



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Facultad de Educación y Humanidades.
Departamento de Ciencias Sociales.
Escuela de Psicología.

Análisis descriptivo con alcance explicativo respecto de la percepción de síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en estudiantes universitarios.

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO.

Integrantes: Mauricio Alejandro Mercado Aravena.
Diego Ignacio Hernández Márquez.
Profesora Guía: Paulina Benavente.

Chillán 2010

Dedicatoria.

No hubiese sido posible concluir este proceso sin el apoyo constante de Ana Aravena, mi madre, quien en todo momento confió en mis capacidades. También se agradece el cariño y la paciencia entregada por la Psicofamilia compuesta por Yasna, Gloria, Diego, Isabel y Emmanuel, durante todos estos años de formación universitaria.

A Patricia quien nos ayudó con la delimitación de la muestra universitaria, y como no agradecer a mi compañero de Tesis, Diego, quien en todo momento fue contenedor de las frustraciones y dificultades que se presentaron durante la ejecución del estudio.

A mis hermanos Pablo, Pamela y Julián, quienes son parte fundamental de mi crecimiento, y a todas las personas que contribuyeron y creyeron en este proyecto.

Mauricio Mercado Aravena.

En primer lugar, dedico esta tesis a mi familia, en especial quien, a través de su apoyo y contención, supo demostrarme en este período su amor y preocupaciones, Laura Márquez, mi madre. A mi hermana, Carol y a Enrique, mi padre. Por último, dedico esta tesis a mis sobrinos, Sofía y Rodrigo.

También a quienes brindaron su disposición voluntaria y desinteresada para la ejecución de este proyecto: Patricia, Andrea, Pamela, Natalia, Camila, Paulina, Rodrigo, Francisco, José Miguel, Carol, Rolando, Leonardo y tantos/as otros/as que estuvieron para ayudarnos en cualquier momento de la tesis.

Mi querida psicofamilia y amigos/as de la universidad (Gloria, Yasna, Emmanuel, Nicolás, Cintia, Isabel) y amigos de siempre (Ana y Beto). Por último, mi compañero de tesis y amigo Mauricio, con quien pude concluir de manera exitosa esta difícil tarea.

Diego Hernández Márquez.

Índice.

I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
II.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
II.2 JUSTIFICACIÓN.....	9
II.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	10
II.4 OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS.....	10
III. MARCO REFERENCIAL.....	11
III.1 ANTECEDENTES TEÓRICOS.....	11
III.1.1 <i>Historia del Constructo.....</i>	<i>11</i>
III.1.2 <i>Trastornos Somatomorfos:.....</i>	<i>13</i>
III.1.3 <i>Trastorno de Somatización:.....</i>	<i>17</i>
III.1.4 <i>Somatización.....</i>	<i>22</i>
III.1.5 <i>Criterios Diagnósticos.....</i>	<i>25</i>
III.1.6 <i>Percepción.....</i>	<i>29</i>
III.2 ANTECEDENTES EMPÍRICOS.....	31
III.3 MARCO EPISTEMOLÓGICO.....	34
IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....	40
IV.1 METODOLOGÍA.....	40
IV.2 DISEÑO.....	40
IV.3 HIPÓTESIS.....	41
IV.4 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	42
IV.5 INSTRUMENTOS.....	42
IV.5.1 <i>Análisis de Fiabilidad y Reducción de Datos en hombres.....</i>	<i>44</i>
IV.5.1.1 <i>Análisis de Fiabilidad y de Reducción de Datos del Componente Dolor.....</i>	<i>45</i>
IV.5.1.2 <i>Análisis de Fiabilidad y de Reducción de Datos del Componente Gastrointestinal.....</i>	<i>48</i>
IV.5.1.3 <i>Análisis de Fiabilidad y Reducción de Datos en el Componente Pseudoneurológico.....</i>	<i>51</i>
IV.5.1.4 <i>Análisis de Fiabilidad y Reducción de Datos en el Componente Sexual.....</i>	<i>53</i>
IV.5.1.5 <i>Análisis de Fiabilidad General en Cuestionario de Hombres.....</i>	<i>56</i>
IV.5.2 <i>Análisis de Fiabilidad y Reducción de Datos en mujeres.....</i>	<i>56</i>
IV.5.2.1 <i>Análisis de Fiabilidad y de Reducción de Datos del Componente Dolor.....</i>	<i>57</i>
IV.5.2.2 <i>Análisis de Fiabilidad y de Reducción de Datos del Componente Gastrointestinal.....</i>	<i>60</i>
IV.5.2.3 <i>Análisis de Fiabilidad y Reducción de Datos en el Componente Pseudoneurológico.....</i>	<i>62</i>
IV.5.2.4 <i>Análisis de Fiabilidad y Reducción de Datos en el Componente Sexual.....</i>	<i>65</i>
IV.5.2.5 <i>Análisis de Fiabilidad General para el Cuestionario de Mujeres:.....</i>	<i>67</i>
IV.6 POBLACIÓN/MUESTRA:.....	68
IV.6.1 <i>Muestra Piloto para la Validación.....</i>	<i>69</i>
IV.6.2 <i>Muestra Final:.....</i>	<i>70</i>
IV.6.2.1 <i>Muestra Final Mujeres:.....</i>	<i>70</i>
IV.6.2.2 <i>Muestra Final Hombres:.....</i>	<i>71</i>
IV.7 ANÁLISIS DE DATOS PROPUESTOS.....	72
IV.8 CRITERIOS DE CALIDAD.....	74

IV.8.1	Confiability.....	74
IV.8.2	Validez.....	75
IV.8.3	Objetividad.....	77
V.	ASPECTOS ÉTICOS.....	78
VI.	PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	81
VI.1	ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN.....	81
VI.1.1	Presencia de Sintomatología del Trastorno de Somatización en Hombres.....	81
VI.1.2	Análisis de Hipótesis 1.....	84
VI.1.3	Presencia de Sintomatología del Trastorno de Somatización en Mujeres.....	86
VI.1.4	Análisis de Hipótesis 2.....	90
VI.2	CONFRONTACIÓN DE DATOS EN HIPÓTESIS 3.....	91
VII.	CONCLUSIONES.....	93
VII.1	EL GRADO DE ERROR Y EL GRADO DE VERDAD.....	93
VII.2	DE LA SUBJETIVIDAD A LA OBJETIVIDAD.....	93
VII.3	APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EN OTROS CONTEXTOS.....	94
VII.4	RIESGO MÍNIMO EN LA INVESTIGACIÓN.....	95
VII.5	LA CONFIABILIDAD Y LA VALIDEZ.....	95
VII.6	FRECUENCIA TEMPORAL RESPECTO DE LA PRESENCIA DE SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA AL TRASTORNO... 97	97
VII.7	LA SUBDIVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS DOLOROSOS EN HOMBRES.....	97
VII.8	PREVALENCIA DE SÍNTOMAS: MUJERES V/S HOMBRES.....	98
VII.9	PREVALENCIA DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS EN EL EXTRANJERO.....	100
VII.10	DIFERENCIAS DE LOS RESULTADOS DE INVESTIGACIONES CON BASES EN CRITERIOS DE LA CIE-10 Y EL DSM IV-TR POR SEPARADO.....	101
VII.11	PREVALENCIA DE LA PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS CLÍNICOS DEL TRASTORNO DE SOMATIZACIÓN EN MUJERES, RESPECTO DE LA TEORÍA.....	102
VII.12	CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS.....	103
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	104
IX.	ANEXOS.....	113
IX.1	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	113
IX.2	CUESTIONARIO DE HOMBRES PREVIO A LA VALIDACIÓN.....	115
IX.3	CUESTIONARIO DE MUJERES PREVIO A LA VALIDACIÓN.....	120
IX.4	CUESTIONARIO DE HOMBRES VALIDADO.....	125
IX.5	CUESTIONARIO DE MUJERES VALIDADO.....	129
IX.6	TABLAS DE VALIDACIÓN COMPONENTE DOLOR EN HOMBRES.....	133
IX.7	TABLAS VALIDADAS COMPONENTE DOLOR EN HOMBRES.....	135
IX.8	TABLAS DE VALIDACIÓN COMPONENTE GASTROINTESTINAL EN HOMBRES.....	137
IX.9	TABLAS VALIDADAS COMPONENTE GASTROINTESTINAL EN HOMBRES.....	139
IX.10	TABLAS DE VALIDACIÓN COMPONENTE PSEUDONEUROLÓGICO EN HOMBRES.....	140
IX.11	TABLAS VALIDADAS COMPONENTE PSEUDONEUROLÓGICO EN HOMBRES.....	142
IX.12	TABLAS DE VALIDACIÓN COMPONENTE SEXUAL EN HOMBRES.....	144
IX.13	TABLAS VALIDADAS COMPONENTE SEXUAL EN HOMBRES.....	146
IX.14	TABLAS DE VALIDACIÓN COMPONENTE DE DOLOR EN MUJERES.....	147

IX.15	TABLAS VALIDADAS COMPONENTE DOLOR EN MUJERES.....	149
IX.16	TABLAS DE VALIDACIÓN COMPONENTE GASTROINTESTINAL EN MUJERES.....	150
IX.17	TABLAS VALIDADAS COMPONENTE GASTROINTESTINAL EN MUJERES.	152
IX.18	TABLAS DE VALIDACIÓN COMPONENTE PSEUDONEUROLÓGICO EN MUJERES.	154
IX.19	TABLAS VALIDADAS COMPONENTE PSEUDONEUROLÓGICO EN MUJERES.....	156
IX.20	TABLAS DE VALIDACIÓN COMPONENTE SEXUAL EN MUJERES.	158
IX.21	TABLAS VALIDADAS COMPONENTE SEXUAL EN MUJERES.....	160
IX.22	GRÁFICOS DE LA MUESTRA PILOTO.	161
IX.23	TABLAS DE LA MUESTRA FINAL MUJERES.	162
IX.24	TABLAS DE LA MUESTRA FINAL HOMBRES.....	163

I. Introducción.

El presente trabajo investigativo, tiene por objetivo investigar acerca de la percepción de síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en la población de estudiantes universitarios.

Estadísticas históricas respecto de la prevalencia de los Trastornos Mentales en Chile son limitadas. La dificultad para llevar a cabo investigaciones respecto de la salud mental en la década de los setenta y ochenta, produjo un estancamiento en el estudio de estos fenómenos en la población nacional. (Escobar, 2004).

En años posteriores se implementó el Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría, que introdujo en su gestión a los trastornos mentales de mayor prevalencia que se presentaban en el país (Zaccarria y Minoletti, 2005). No obstante, este plan no ha desarrollado estrategias que contribuyan al conocimiento sobre el porcentaje de personas que presenten alguno de los Trastornos Somatomorfos.

En la actualidad nacional, se han desarrollado estudios relacionados con el Trastorno de Somatización y su prevalencia en servicios públicos de atención primaria. (Florenzano, Fullerton, Acuña y Escalona, 2002a; Florenzano, Acuña y Fullerton, 2002b). Sin embargo, dichas investigaciones se han realizado en muestras representativas sólo para los casos de atención primaria, desestimando otras poblaciones, como por ejemplo, la población estudiada.

Se han llevado a cabo investigaciones en el nivel primario de atención, respecto de la somatización y la prevalencia de ésta en comorbilidad con enfermedades médicas (Florenzano y cols. 2002b). La somatización se presenta como un fenómeno frecuente en la práctica médica general (Florenzano y cols, 2002a), la cual muchas veces es difícil de diagnosticar. Esto provoca altos índices de deserción en los/as pacientes y la consecuente frustración en los profesionales de la salud mental que implementan los tratamientos.

El objetivo de la tesis es establecer la prevalencia de la percepción de síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en universitarios/as y, además, comprobar si se presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres respecto de la percepción de síntomas de dicho Trastorno. La muestra elegida se extrajo de la población de estudiantes de pregrado, pertenecientes a Universidades del Consejo de Rectores (en adelante UCR) de la ciudad de Chillán.

La investigación aporta estadísticas locales acerca de la prevalencia de la percepción de síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en estudiantes de pregrado de Universidades pertenecientes al Consejo de Rectores (en adelante UCR) el grupo mencionado anteriormente. Además, se presenta el instrumento creado para pesquisar percepción de síntomas clínicos, el cual podrá ser utilizado en otros contextos investigativos.

Para poder medir la percepción de los síntomas clínicos del Trastorno estudiado, fue necesario crear un instrumento en base a los criterios del Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales en su cuarta versión revisada (DSM IV-TR, 2002). El instrumento está creado, tanto para hombres como para mujeres.

II. Presentación del Problema.

II.1 Planteamiento del Problema.

La escasa evidencia estadística acerca de la sintomatología del Trastorno de Somatización (u otros Trastornos Somatomorfos) en población universitaria de estudiantes de pregrado en Chile, limita la posibilidad de establecer parámetros fehacientes respecto de la percepción sintomática en esta población. No se ha encontrado evidencia de datos afines a esta investigación en la población normal nacional.

Los factores fisiológicos diarios, el exceso de fatiga, o las circunstancias ambientales, influyen en la aparición de algún tipo de malestar físico en la población, a pesar de que dicho malestar no presente una génesis corporal/biológica (García, 2007).

La población en estudio se eligió puesto que, la aparición de los síntomas del Trastorno en estudio, comienzan a presentarse antes de los treinta años de edad (APA, 2002), siendo el período crítico entre los 18 y 24 años. Además, dicho grupo está expuesto a las diferentes circunstancias, que pudiesen ser desencadenantes de síntomas somáticos (González, Landero y Carcía-Campayo, 2009).

Se estima que el 2% de la mujeres presenta este Trastorno y el 0.2% de los hombres lo padece (APA, 2002). Como ha sido mencionada anteriormente, datos estadísticos contextualizados para la población universitaria en Chile no existen, salvo investigaciones realizadas en pacientes clínicos de atención primaria en Santiago (Florenzano, 2002a).

No se ha encontrado evidencia en Chile de algún instrumento que sólo mida el Trastorno de Somatización, su sintomatología o la percepción de ésta, puesto que ningún test o cuestionario extranjero que lo evalúe se ha validado, adaptado o estandarizado. El diagnóstico de este Trastorno puede ser erróneo al no poseer una herramienta fiable que lo determine.

La investigación toma como variable la percepción de los síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en torno a la prevalencia que se pueda presentar tanto en mujeres, como en hombres estudiantes de pregrado que acuden a UCR en la ciudad de Chillán.

II.2 Justificación.

La relevancia social de la investigación es transversal a la población en estudio. Por un lado, se aportan datos estadísticos a las casas de estudios sobre la cantidad de personas que presentan la percepción de síntomas clínicos del Trastorno y por otro, los establecimientos de salud, pueden tener acceso a estos resultados como también a los instrumentos.

En la página web del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), no se registran datos acerca del Trastorno de Somatización en la población nacional. Tampoco se evidencian investigaciones en la población estudiada. En la página web del Ministerio de Salud (MINSAL) no hay registros de este trastorno, ni de su porcentaje en la población, ya que sólo se presentan datos acerca de la prevalencia de los trastornos mentales que cubre el plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas en Salud (AUGE).

Para la medición del Trastorno de Somatización, se llevó a cabo la creación y validación de un cuestionario basado en: los criterios diagnósticos A y B del DSM IV-TR (2002), como también en la Escala de Hipocondría del Inventario Multifásico de Personalidad de Minesotta, en su segunda versión (MMPI-2) y finalmente en la Escala Body Dismorphic Disorder Examination (BDDE).

El instrumento creado para la investigación se denominó “Cuestionario Clínico de la Percepción del Trastorno de Somatización” (CCPTS), el cual pretende medir la percepción de los síntomas clínicos de dicho trastorno. El cuestionario como tal será puesto a disposición de todas aquellas personas ligadas al ámbito psicológico, psiquiátrico y/o investigativo.

La investigación pudo llevarse a cabo, ya que se tuvo la disponibilidad de la muestra universitaria. La recolección de datos fue factible, puesto que sólo se necesitó del consentimiento de los estudiantes que participaron en la investigación. También fue viable en el ámbito monetario, puesto que sólo se necesitó de fotocopias del instrumento.

II.3 Pregunta de Investigación.

¿Qué porcentaje de la población universitaria de pregrado (de universidades pertenecientes al Consejo de Rectores) de la ciudad de Chillán presentan percepción de síntomas clínicos del Trastorno de Somatización? Y en base a los resultados ¿Existen diferencias significativas entre universitarios y universitarias?

II.4 Objetivos General y Específicos.

General:

Investigar la prevalencia de la percepción de los síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en población universitaria de pregrado (de universidades pertenecientes al Consejo de Rectores) de la ciudad de Chillán, y determinar si existen diferencias significativas entre universitarias y universitarios.

Específicos:

1) Establecer el porcentaje de la percepción de los síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en población universitaria de pregrado (de universidades pertenecientes al Consejo de Rectores) de la ciudad de Chillán.

2) Determinar si existen diferencias significativas entre universitarias y universitarios de pregrado de la ciudad de Chillán, respecto a la prevalencia de la percepción de síntomas clínicos del Trastorno de Somatización.

3) Validar el instrumento creado para la investigación denominado Cuestionario Clínico de la Percepción del Trastorno de Somatización (CCPTS), en la ciudad de Chillán.

III. MARCO REFERENCIAL.

III.1 Antecedentes Teóricos.

III.1.1 Historia del Constructo.

En el antiguo Egipto, se consideraba que la causa por la cual las mujeres padecían el Trastorno de Somatización era la presencia de un útero displásico. Esta situación causaba a la mujer alteraciones difusas en órganos del cuerpo donde se desarrollaban otros síntomas. Por su parte, los griegos también daban como causa de dichos síntomas una alteración en el útero. Éste era la fuente de los síntomas físicos inexplicables, lo que se tradujo culturalmente como un síndrome casi exclusivo de las mujeres (Rangel-Urrea, Barrera-Guío y Escobar-Córdoba, 2009). En el período del renacimiento, la idea que esta enfermedad tuviera una causa en el sistema nervioso comenzó a tomar mayor relevancia (Bombana, 2006). En el siglo XVII Thomas Sydenham le quitó la exclusividad femenina a este trastorno, extendiéndolo también a los hombres, y comenzó a considerar que se presentaban factores psicológicos en su etiología. En el siglo XIX, se volvió a retomar casi exclusivamente la causa orgánica como origen de esta enfermedad. Por último, el siglo XX fue testigo del resurgimiento de una causa psicológica de este trastorno, difundándose así la idea de psicogénesis, proponiendo nuevas maneras de realizar tratamientos psicológicos para este síndrome (Rangel-Urrea y cols., 2009).

En 1859, el científico Paul Briquet, en su obra “Traite Clinique et Therapeutique de L'histerie” (1859), denominó al Trastorno de Somatización como una ramificación y una entidad nosológica diferente a lo que se conocía en esos años como la “histeria”. Los estudios y la prevalencia se presentaban en mujeres que manifestaban dolores y quejas sexuales. De esta forma, Briquet describía las conductas de estas mujeres como extravagantes y emocionales, sin presentar atisbos de racionalidad. De Cristóforis agrega que “siempre se unió conversión a la histeria (...) esto sería parecido a la facilitación somática que Freud planteaba” (De Cristóforis, 2006, pp. 155). Lo mencionado corrobora los conocimientos que se manejaban en torno al síndrome de Briquet, los cuales estaban

ligados a la relevancia social que en esa época se le daba a la histeria y a su relación con las mujeres.

López y Belloch (2002) señalan que, de cada 20 mujeres que presentaban el Síndrome de Briquet en el siglo XIX, solo un hombre lo desarrollaba. Por otro lado, Giménez-Roldán (2006) indica que la proporción del trastorno por somatización en la actualidad se encuentra en la razón 20: 1, es decir, de cada 20 mujeres con esta enfermedad, un hombre la padece. Estos datos son corroborados en el año 2002 por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA). A pesar del tiempo transcurrido desde que se identificó el antecesor del Trastorno de Somatización hasta la actualidad, éste ha mantenido la misma prevalencia entre hombres y mujeres.

Giménez-Roldán (2006) no ocupa como sinónimo de Trastorno de Somatización al Síndrome de Briquet, como lo hizo el Manual Diagnóstico de Trastornos Mentales en su cuarta edición (DSM-IV, 1992), puesto que manifiesta que de esta manera, sólo conlleva a error y no busca una aproximación nosológica de ambas enfermedades. Los criterios diagnósticos estandarizados para este trastorno son más estrictos y rígidos, en contraposición a los que se utilizaron para definirlo como similar al síndrome de Briquet (APA, 2002), ya que en décadas anteriores se cometieron errores en los diagnósticos del Trastorno de Somatización, debido a que este síndrome tiene una carga subjetiva mayor, que puede relacionarse más fácilmente con los trastornos conversivos (Giménez-Roldán, 2006).

La evolución taxonómica del Trastorno de Somatización ha variado desde su aparición con respecto a sus características. El DSM III (1980) lo incluye en su clasificación como un conjunto de múltiples quejas experimentadas a nivel corporal sin delimitar una cantidad de tiempo de aparición, y sin evidencia médica con base biológica. Más adelante, la versión revisada de este manual (DSM-III TR, 1987) define al trastorno de manera similar a su anterior versión. El DSM-IV (1992) delimita este trastorno como un conjunto de síntomas somáticos reiterativos, variados y clínicamente significativos, que no pueden ser explicados totalmente por la presencia de una enfermedad física. Por último, la definición brindada por la Clasificación Internacional de Trastornos Mentales, en su décima

versión (CIE-10, 1992) alude a “síntomas somáticos múltiples y variables para los que no se ha encontrado una adecuada explicación somática, que han persistido al menos durante 2 años” (CIE-10, pp. 203).

III.1.2 Trastornos Somatomorfos:

El término *somatomorfo* se utilizó por primera vez en la versión número III del DSM (1980), en el cual, sólo se hacía referencia a aquellas enfermedades que imitaban trastornos somáticos. (Noguera, Bayona y Dávila, 2007). El Trastorno Somatomorfo, junto con otros trastornos (como los Trastornos Disociativos), se establecía dentro del grupo de las neurosis, debido a la consideración de que era la ansiedad como principal factor desencadenante de estos trastornos (Davison y Neale, 2000).

Para poder identificar y diferenciar los Trastornos Somatomorfos, se necesita pesquisar las características en común que poseen todos los trastornos que se describen y especifican a partir de éste (Giménez-Roldán, 2006). Dichos trastornos, como los describe el DSM-IV TR (2002), se configuran en base a “la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica (...) y que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental” (DSM-IV TR, 2002, pp. 545). En el proceso de diagnóstico, se deben indagar dos aspectos importantes: los síntomas que se evidencian no deben ser provocados deliberadamente por el paciente con un fin manipulador; y segundo, se requiere de un ojo vivaz del clínico para determinar si el inicio, proceso y mantención de los síntomas tienen una real causa psicológica (Florenzano, 1998). Por otro lado, la CIE 10 (1992) los describe como “la presentación repetida de síntomas físicos junto a la petición persistente de que sean médicamente investigados” (CIE-10, pp. 204), todo esto a pesar de que los pacientes ya han recibido una explicación exhaustiva por parte de su médico acerca de la inexistencia de una causa física.

Los Trastornos Somatomorfos están compuestos por un total de 7 entidades diagnósticas distintas: 1) Trastorno de Somatización, 2) Trastorno Somatomorfo Indiferenciado, 3) Trastorno de Conversión, 4) Trastorno por Dolor, 5) Trastorno

Dismórfico Corporal, 6) Hipocondría y 7) Trastorno Somatomorfo No Especificado (APA, 2002).

Los síntomas que se expresan en estos tipos de trastornos, provocan un deterioro clínicamente significativo en todas las áreas en donde se desenvuelve y desarrolla la persona, por lo que merma su habitual y normal funcionamiento e integridad. Los síntomas no son intencionados, como ocurre en otro tipo de trastorno denominados Trastornos Ficticios (APA, 2002). Además, estos síntomas son generalmente confusos, vagos y tienden a indicar la afección de uno o varios sistemas o funciones (Gaedicke y González-Hernández, 2010).

Se han establecido criterios consensuados, en lo que respecta a los síntomas que presentan los Trastornos Somatomorfos, los cuales se describen como: 1) interpretación alterada de aquellos estímulos benignos procedentes del cuerpo, los cuales se vivencian como síntomas malignos que les puedan afectar; 2) una atención selectiva de aquellos síntomas específicos que se sienten corporalmente; 3) no existe una capacidad para tolerar algunos síntomas físicos desagradables y por último, 4) la presencia de un comportamiento exagerado y anormal con respecto a la necesidad de abordar la mayor cantidad de especialistas médicos para verificar la existencia de una enfermedad con causa biológica, aun cuando los estudios no verifiquen ninguna alteración orgánica (Noguera y cols., 2007).

Estos Trastornos se consideran como uno de los más frecuentes en lo que respecta a la práctica médica general, abarcando un 16% de pacientes clínicos (Noguera y cols., 2007). Sin embargo, el diagnóstico oportuno de estos trastornos se ve dificultado ante la presencia de comorbilidad de síntomas (Florenzano, Fullerton, Acuña, Escalona, 2002a), siendo esta 3 veces mayor cuando los pacientes padecen Trastornos de Ansiedad, Trastorno Depresivo Mayor y/o Trastornos de Personalidad (Noguera y cols., 2007). Los Trastornos Somatomorfos generalmente no son consultados en escenarios psiquiátricos (Gaedicke y González-Hernández, 2010) más bien, estas quejas somáticas son tratadas por internistas, neurólogos y médicos generales, lo que se traduce en tratamientos, medios para los diagnósticos e intervenciones más costosas. Producto de esto, se realizan

tratamientos médicos tradicionales a enfermedades que no coinciden con los síntomas reales, resultando de esto poca o nula mejoría, lo que deriva en frustración tanto para el médico interviniente, como para la persona misma (Noguera y cols., 2007).

La presencia de somatización no indica necesariamente el padecimiento de algún Trastorno Somatomorfo, puesto que la somatización como síntoma puede deberse a procesos normales de un estado de duelo así como de trastornos depresivos, de ansiedad o incluso de algunas psicosis. Sólo “cuando la somatización es el síntoma principal, (...) el cual no puede explicarse fisiopatológicamente, el diagnóstico debe ser el de Trastorno Somatomorfo” (Muñoz, 2009, pp. 57) del tipo indiferenciado.

En un estudio realizado en el Departamento de Neurología del Hospital del Condado de Vejle, en Dinamarca en el año 2003, se demostró una alta prevalencia de los Trastornos Somatomorfos con pacientes jóvenes, de mediana edad y mujeres que presentaban patologías neurológicas (Fink, Hansen, Søndergaard y Frydenberg, 2003).

Con respecto a lo anterior, estudios acerca de este Trastorno (Noguera y cols., 2007), demostraron que el Servicio de Neurología es uno de los lugares donde más se procede a consultar por estos pacientes. Se ha calculado que, del total de personas que acuden a este servicio, un tercio de ellos llegan con síntomas somáticos sensitivos o motores, los cuales no son atribuibles a causa orgánica. La Neurología considera importante ubicar a este Trastorno como objeto de estudio para posteriores investigaciones, debido la frecuencia con la que acuden las personas a consulta de atención primaria.

Para el tratamiento de los Trastornos Somatomorfos en la atención clínica, Muñoz (2009) establece como primera recomendación un abordaje bio-psico-social, lo que se considera como una regla inflexible. Se debe considerar, además, un trato respetuoso y paciencia por parte del médico tratante para con el paciente, debido a las dificultades que manifiestan estos últimos y a las enfermedades concomitantes que presentan, incluso tomando en cuenta los rasgos de personalidad que pudiesen tener.

Para el diagnóstico de algún Trastorno Somatomorfo, es necesario descartar la presencia de una enfermedad médica que pueda explicar los síntomas que explicitan o refieren los pacientes, sin solicitar pruebas diagnósticas de laboratorio en exceso, puesto que esta acción incrementa la conducta patológica que manifiestan (Muñoz, 2009). En todos los casos de pacientes que presenten sintomatología de estos Trastornos, es necesario hacer una revisión sistemática y cuidadosa entre las distintas especialidades médicas en las cuales se ha visto involucrado el paciente, puesto que se hace muy difícil asignar clínicamente una categoría de algunos de estos Trastornos (Noguera y cols., 2007).

La investigación diagnóstica debe llevarse a cabo con mucha rigurosidad. Una vez descartadas todas las causas orgánicas, se debe establecer el diagnóstico del Trastorno teniendo en consideración los Diagnósticos Diferenciales (Muñoz, 2009). También se debe tener presente, que al momento de comunicarle el diagnóstico al paciente, éste debe ser claro, preciso y con respeto, puesto que no es menor el hecho de que la causa de los síntomas sea psicológica. Esto no descalifica a la persona ni lo hace poco merecedor de atención médica.

Dentro de este mismo proceso de comunicar los resultados, se deben evitar frases que indiquen una disminución de la importancia de la causa de los síntomas, por ejemplo “usted no tiene nada”, “todo está en su mente”, etc., pues son altamente agresivas para el paciente y levantan barreras para un futuro tratamiento. Si se deriva a atención psiquiátrica, se le deben aclarar todas las dudas a la persona y los motivos por los cuales se llegó a esta conclusión (Muñoz, 2009).

La mayor parte de los pacientes que presentan este Trastorno, tienen una gran dificultad en aceptar y considerar el origen psicológico de los síntomas que vivencian, por lo que se dificulta la aplicación de un tratamiento oportuno y eficaz que permita disminuir los síntomas (Noguera y cols., 2007). De acuerdo a las características de los pacientes, la intervención de distintas especialidades médicas y la dificultad para establecer un diagnóstico fehaciente en cuanto a una enfermedad específica, sin explicitar hallazgos

concluyentes, ejemplifica cómo estas personas representan todo un reto para el personal de salud y de los investigadores de esta área (Noguera y cols., 2007).

Por último, se debe establecer un seguimiento controlado a los pacientes, puesto que se ha encontrado evidencia de que personas diagnosticadas en primera instancia con algún Trastorno Somatomorfo, desarrollan posteriormente enfermedades médicas que sí explican estos síntomas a través de causas orgánicas (Muñoz, 2009).

III.1.3 Trastorno de Somatización:

Se enmarca dentro de la concepción holística de los Trastornos Somatomorfos. Su característica esencial está dada por un “patrón de síntomas somáticos, recurrentes, múltiples y clínicamente significativos” (DSM-IV TR, 2002, pp. 546). Estos no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad orgánica de base.

La prevalencia de este Trastorno difiere entre ambos sexos, siendo más alto en las mujeres, en donde alcanza un 2% de la población. En contraposición, se estima que la existencia de este trastorno en los hombres bordea alrededor de un 0.2% (APA, 2002). La aparente baja presencia de este trastorno en la población, hace muy difícil su consideración en encuestas (Creed, 2006).

En base a la aparición y desarrollo de este trastorno, se evidencian factores psicosociales y biológicos, los cuales influyen de manera significativa para el diagnóstico, puesto que “todo síntoma involucra una comunicación hacia el medio circundante” (Florenzano, 1998, pp. 139). Este autor aporta una visión conductual (psicosocial), en donde estos pacientes se han desarrollado en familias dentro de las cuales abundan las molestias físicas y en las cuales se inculca el comportamiento de esquivar responsabilidades. Esto influye en que se supriman las respuestas fisiológicas adaptativas que impliquen un buen manejo de situaciones personales.

Los factores biológicos, evidencian una prevalencia del 29% de posibilidad de presentar el Trastorno de Somatización entre gemelos monocigotos. También se

considera la predisposición neuropsicológica debido a un inadecuado proceso mediante el cual, el cuerpo hace lectura y es capaz de establecer aquellos síntomas que el mismo posee. Por último, se considera dentro del diagnóstico, la historia clínica referida de forma vaga y con pocas conexiones entre las enfermedades y sus posibles causas (Florenzano, 1998).

Florenzano (1998) concluye que entre las mujeres que padecen el Trastorno de Somatización existe un 20% de probabilidad que un familiar de primer grado presente dicha enfermedad. Este autor señala que personas adoptadas por alguien que padezca este Trastorno, también lo pueden manifestar, ya que influye tanto el componente genético como el ambiental. También se han observado correlaciones con el Trastorno de Personalidad Antisocial, siendo más común en familiares del sexo masculino. Se ha sugerido que tanto el Trastorno de Somatización, como el Trastorno Antisocial, tienen la misma causa genética, presentándose este último con mayor prevalencia en hombres y el Trastorno de Somatización en mujeres (Florenzano, 1998). Finalmente, aun cuando existe evidencia de deterioro en la comunicación entre las células cerebrales en el hemisferio izquierdo, debido a la disminución de la liberación de neurotransmisores, la etiología de base orgánica de este Trastorno, no se conoce a cabalidad (Hossain, Sadat, Hossain, Qusan, Islam, S., Islam, Sb. y Hasnat, 2007).

En el intento por definir, a través de evidencia empírica, la relación existente entre el Trastorno en estudio con anomalías fisiológicas, se ha demostrado, por medio de exámenes neuropsicológicos, un deterioro bifrontal del hemisferio cerebral no dominante (Hossain y cols., 2007). Sin embargo, a pesar de no ser ampliamente aceptada la presencia de una fisiopatología de este Trastorno, se han descrito cuatro mecanismos que desarrollan estos individuos: en primer lugar, se establece una amplificación de las sensaciones corporales por parte de estas personas, lo cual aumenta la preocupación por éstas. En segundo lugar, en el momento en que un sistema familiar pasa por un evento estresor crítico, generalmente uno de los miembros de la familia pasa a ser objeto de síntomas como forma de recibir atención por parte de agentes externos y la introducción de ayuda para la dinámica familiar. Tercero, se establecería como una necesidad inconsciente de desarrollar síntomas para tomar un rol de enfermo como medio de

expresión de una dolencia psicológica. Por último, el cuarto mecanismo se refiere a la disociación, la cual se afirma a través de estudios de neuroimágenes que se realizan en ciertas experiencias disociativas como sueños, reviviscencias o *flashbacks*, lo anterior sugiere que se activan las mismas áreas cerebrales cuando se está atravesando por un evento psicosocial estresante, por ejemplo “percepción de síntomas físicos e interpretación de éstos como enfermedades” (Rangel-Urrea, Barrera-Guío y Escobar-Córdoba, 2009 pp. 338).

Se presentaron muchas dificultades para la consideración de este Trastorno en entidades nosológicas importantes. La prevalencia del Trastorno por Somatización es tan baja, que resulta muy dificultoso recurrir a fuentes confiables para describir las características propias del Trastorno (Creed, 2006).

Las personas que padecen este Trastorno mantienen una vinculación estrecha con la atención primaria de salud, llevando a cabo múltiples exámenes, e incluso intervenciones quirúrgicas innecesarias debido a la afectación que presentan a nivel corporal, postuló la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1992. Los sujetos que manifiestan los síntomas de este Trastorno, los vivencian como insoportables, debido a sus características crónicas y fluctuantes, provocando una dependencia con las figuras significativas. La presencia de estos síntomas influye en que las personas no se den cuenta de que su conflicto es psicológico, por lo que buscan continuamente ayuda médica (Zegarra y Guzmán, 2007).

En relación a la comorbilidad, se presenta en un 87% con el Trastorno Depresivo Mayor y Distimia, en un 45% con el Trastorno de Pánico y en un 39% con Fobias Simples. En cuanto a la historia de vida, las personas con este Trastorno, suelen presentar conductas disruptivas, relaciones interpersonales pobres, escasa adaptación social y referencias de abuso sexual en la infancia (Muñoz, 2009). Por otro lado, Hossain y cols. (2007) corroboran la comorbilidad de este Trastorno con alteraciones neurológicas, al demostrar que aquellos pacientes con enfermedades neurológicas tienen una mayor probabilidad de presentar un Trastorno de Somatización.

Se consideran como diagnóstico diferencial para este Trastorno, enfermedades sistémicas, las cuales presentan síntomas en diversas partes del cuerpo, como lupus eritematoso sistémico; esclerosis múltiple; hiperparatiroidismo y porfiria intermitente aguda. También Trastornos de Ansiedad, Trastornos Depresivos Leves y Moderados con síntomas somáticos, Esquizofrenia, Simulación y otros Trastornos Somatomorfos (Muñoz, 2009).

El DSM-IV TR (2002) incluye en el apartado de Trastornos Somatomorfos al Trastorno de Conversión, en donde también se encuentran, entre otros, el Trastorno de Somatización. Sin embargo, la CIE-10 lo considera como un Trastorno Disociativo, agrupando en esta categoría a trastornos motores disociativos, convulsiones disociativas, anestesia disociativa y pérdida sensorial, entre otros. Ambos sistemas de diagnóstico lo ubican en diferentes grupos (Hatice, Zahide, Aysen, o., Esra, Aysen, T., y Gokhan, 2004).

Estudios realizados por Hatice y cols. (2004) acerca del Trastorno de Conversión y el Trastorno de Somatización, revelan que la prevalencia es superior en mujeres. De acuerdo a investigaciones realizadas en base a estos mismos Trastornos, se ha observado una alta frecuencia en pacientes con un nivel educativo bajo pertenecientes a grupos socioeconómicos más deprivados.

Florenzano (1998) considera que el tratamiento puede ser realizado por el médico general o internista que ha estado tratando habitualmente al paciente. Se debe evitar, en lo posible, caer en una sobreintervención del paciente, debido a que según las características de su historial médico, es probable que haya sido constante su exceso de consultas en diferentes áreas médicas en distintos centros de salud. Se observa la importancia de que las intervenciones se realicen en forma periódica una vez al mes, con exámenes físicos repetidos y en la medida que se pueda, evitar demasiados exámenes de laboratorio (Florenzano, 1998).

Se ha encontrado mucha dificultad en el tratamiento de personas que presentan este Trastorno, debido a la incapacidad de aceptar una causa psíquica a sus problemas físicos. Además, se evidencia una dificultad en la interpretación de los síntomas y la

manera de abordar los casos, puesto que si un paciente escucha frases como “esto es sólo producto de su imaginación”, situación que es muy frecuente en pacientes que acuden a atención primaria de salud, comienzan a perder la confianza en su médico y a establecer una creencia errónea de que sus malestares no son realmente considerados o son de poca importancia para una indagación médica. Por lo tanto, se considera también el buen trato de las distintas áreas de atención clínica hacia el paciente y un trato digno para aquellas personas que se ven afectadas por este Trastorno, debido a la poca información de esta alteración psíquica (Rangel-Urrea, Barrera-Guío y Escobar-Córdoba, 2009).

Una vez realizado el diagnóstico, el médico debe comenzar a leer los síntomas físicos como expresiones emocionales. En el momento en que el paciente reconozca que la causa de sus síntomas físicos tienen una raíz emocional, es la instancia en la cual el médico tratante pueda derivarlo a un profesional de la salud mental (Florenzano, 1998).

Smith et al. (1998, en García-Campayo, Alda, Moreno, 2005), diseñaron un método de tratamiento para el Trastorno de Somatización en atención primaria, el cual se basaba en: tener como único coordinador al médico de cabecera en visitas programadas regularmente, la confianza en los signos y no los síntomas; y evitar los diagnósticos diferenciales innecesarios o repetitivos. Sin embargo, García-Campayo y cols. (2005), postularon la dificultad de llevarlos a la práctica en el largo plazo, por lo que diseñaron y evaluaron un curso piloto, basado en normas de Smith, en la formación de médicos generales para la gestión diaria de los pacientes con Trastorno de Somatización en atención primaria. Lo que propusieron fue un marco teórico y metodológico fundamentado en la enseñanza de “micro habilidades” que permitiesen un tratamiento a largo plazo, las que, en gran medida, se reducen a hacer partícipe al paciente de la delimitación de la enfermedad, a evitar las culpas del paciente por padecerla, a reconocer al médico como un agente que comparte y cree en la existencia de esta enfermedad. A comenzar a realizar un proceso de psicoeducación en donde se explique las bases psicológicas y biológicas de la enfermedad, y también en potenciar las capacidades del paciente para superar la enfermedad e infundir esperanza en ellos y sus familias. Sin embargo, a pesar de los buenos resultados de este curso piloto, su aplicación a población clínica es limitada,

puesto que sólo se evaluó la capacidad de los médicos en torno al manejo de habilidades relacionadas con el Trastorno de Somatización y no a los resultados de los pacientes que presentan el Trastorno. Todo lo anterior se debe a la escasa literatura de tratamientos psicológicos para esta enfermedad (García-Campayo y cols., 2005).

Florenzano (1998) agrega que se ha demostrado la efectividad de los tratamientos psicoterapéuticos, y que estos pueden reducir hasta un 50% los gastos médicos y mejorar de manera óptima los resultados en las personas. “La psicoterapia ayuda a estos pacientes a enfrentar y a buscar alternativas para sus problemas interpersonales, a expresar emociones reprimidas y a mirar de otro modo a sus molestias físicas” (Florenzano, 1998, pp. 140).

III.1.4 Somatización.

El Trastorno de Somatización presenta la “*somatización*” como síntoma fundamental en su concepción nosológica. El concepto somatización se define como “la tendencia que presentan algunos sujetos a experimentar y comunicar molestias somáticas y síntomas no justificados por hallazgos patológicos, atribuyéndolos a enfermedades físicas y buscando ayuda médica para ellos” (Zegarra y Guzmán, 2007, pp. 144). Específicamente la somatización se considera como un proceso en el cual las personas utilizan síntomas físicos para expresar malestares emocionales o psicosociales.

En 1920, el psicoanalista Wilhelm Stekel fue el primer autor en referirse a la somatización (Di Silvestre, 1998), otorgándole una definición similar a la conocida en esa época como conversión, la que se explicaba como un mecanismo que actúa convirtiendo la energía psíquica en síntomas físicos (Zegarra y Guzmán, 2007). Esto demuestra la existencia de un problema psíquico en una manifestación somática. Por otro lado, para la psicología, el término somatización se considera como “un mecanismo de defensa inconsciente mediante el cual una persona sin proponérselo, convierte el malestar emocional en un síntoma físico, desviando así la atención del conflicto psicológico que le genera ansiedad” (Muñoz, 2009, pp 55). La palabra “somatización” resultó de una mala traducción de la palabra alemana “*organsprache*”, que literalmente significa “el habla de

los órganos”, el concepto resultó complejo y difícil de comprender, por lo que se intentó simplificar el término acuñado y dio como resultado una palabra que se considera en la actualidad como omnipresente. La palabra ya ha alcanzado mucha popularidad debido a su connotación de neutralidad y al poder autoritario del sistema de clasificación del DSM (Mai, 2004).

En el momento de establecer un concepto de somatización, se debe realizar una distinción entre el “estar enfermo” y “sentirse enfermo” (Rangel-Urrea, Barrera-Guío y Escobar-Córdoba, 2009). Cuando se está enfermo, se presenta una demostración objetiva de alguna anomalía en el funcionamiento correcto del cuerpo. En cambio, cuando se siente enfermo, es la experiencia subjetiva que se da a conocer causada por la percepción individualizada de los síntomas corporales. “El desacuerdo entre “estar enfermo” y “sentirse enfermo” es lo que constituye el Trastorno de Somatización” (Rangel-Urrea y cols., 2009, pp. 335).

Los síntomas somáticos pueden provocarse por tres causas: la primera de ellas se debe a los procesos fisiológicos diarios (cambios hormonales, digestión, respiración, entre otros). La segunda se debe a circunstancias que no son enfermedades (modificaciones en la dieta, exceso de fatiga, etc.). Y por último, el medio ambiente que puede afectar a la persona, producto del exceso de luz, humedad, ruido, etc. (García, 2007).

Por su parte, Safer (2008) considera que la clase social baja y de poca educación en la que se desarrolle la persona, el sexo (debido a que es más común en mujeres que hombres), la personalidad, la incapacidad de expresar la angustia emocional a través del lenguaje y los Trastornos de Personalidad Antisocial, Trastorno de Abuso de Sustancias, Trastorno de Angustia, Ansiedad o Depresión, son factores de riesgo que pueden contribuir al desarrollo de síntomas somáticos.

Las sensaciones corporales, entre las cuales se encuentran los síntomas físicos, poseen dos componentes característicos: por un lado, está la sensación periférica propiamente tal, y por otro lado se encuentra la interpretación que se realiza de esta sensación por parte del cerebro. Durante el día, normalmente el ser humano experimenta

sensaciones somáticas que generalmente pasan desapercibidas, puesto que no se les da un significado en particular. Es aquí donde los pacientes que somatizan, dan mayor atención a estas sensaciones (Muñoz, 2009).

No solo existe como síntoma la somatización, puesto que también se presenta la Fijación Somática. Se denomina de esta manera a aquellas conductas en las que la (s) persona (s) magnifica los síntomas, manteniendo una conducta hipervigilante, por lo que se ve amenazado, procediendo a consultar a especialistas sobre aquellos síntomas que se consideran ordinarios para el resto de las personas, pero que son considerados de importancia para los somatizadores (Muñoz, 2009).

García (2007) explica que el concepto de somatización incluye tres componentes: 1) el componente experimental, expresa lo que el individuo percibe en relación a su cuerpo, sea dolor u otras manifestaciones corporales desacostumbradas, disfuncionales o de cambio de apariencia. 2) el componente cognitivo, que es la interpretación que el sujeto realiza de estas percepciones y a qué las atribuye. Y por último 3) el componente conductual, que incluye las acciones verbales y no verbales que subyacen a las atribuciones realizadas (Di Silvestre, 1998).

En la etiología de la somatización se encuentran causas genéticas, biológicas y experiencias de índole familiar (Zegarra y Guzmán, 2007). Las causas genéticas se vinculan con la predisposición hereditaria con los familiares de primer grado del sexo femenino. Las causas biológicas ponen en evidencia que las funciones cerebrales derechas se han desarrollado por sobre las funciones izquierdas en pacientes somatizadores. Las causas concernientes a las experiencias familiares, indican carencias afectivas en la infancia y a un modelado erróneo de alguna enfermedad por parte de los padres.

Zegarra y Guzmán (2007) crean un listado de síntomas y síndromes más comunes que se presentan en los pacientes somatizadores: En primer lugar los gastrointestinales, tales como el vómito, dolor abdominal, náuseas, flatulencias, hinchazón y diarrea; luego se muestran los pseudoneurológicos como la amnesia, pérdida de voz, ceguera, sordera; en

tercer lugar los síntomas dolorosos como el dolor difuso, dolor de espalda o de articulaciones. También se encuentran síntomas que afectan el aparato reproductor como la dispareunia, dismenorrea, hipermenorrea, y finalmente los síntomas que afectan el sistema cardiopulmonar.

Al igual que el Trastorno de Somatización, generalmente se utiliza la palabra conversión como sinónimo de somatización. Sin embargo, esta última se refiere a la condición de estados mentales y experiencias que se expresan en los síntomas corporales, en cambio la conversión implica que los mecanismos inconscientes de defensa son operativos (Mai, 2004).

III.1.5 Criterios Diagnósticos.

Resulta difícil establecer criterios diagnósticos para esta entidad nosológica al presentar síntomas similares que se manifiestan en enfermedades somatomorfas o psiquiátricas (Florenzano y cols, 2002a). Se deben pesquisar los síntomas específicos para no caer en error diagnóstico, y así no realizar una intervención terapéutica incongruente con la patología.

Para optimizar el diagnóstico es relevante indagar el historial clínico que el/la paciente presente, con el fin de averiguar si la aparición de los síntomas fue antes de los 30 años, y si su duración fue extensa (varios años), lo cual haya incitado a la búsqueda de atención médica, además de provocar un “deterioro significativo a nivel social, laboral o de otras áreas importantes en la actividad del individuo” (DSM-IV TR, 2002, pp. 550). Además se considera la presencia de síntomas dolorosos que afecten por lo menos cuatro partes del cuerpo. Deben existir también un mínimo de dos síntomas gastrointestinales, un síntoma de característica sexual y finalmente un síntoma pseudoneurológico. Se considera que la manifestación de estos síntomas no ha sido provocada por la presencia de una enfermedad médica conocida o debido a la ingesta de fármacos o drogas sin prescripción médica (APA, 2002). Con respecto a la manifestación de los síntomas, éstos pueden aparecer o cesar en cualquier momento de la alteración, donde no es estrictamente necesario que se presenten todos al mismo tiempo (Rangel-Urrea y cols., 2009).

Los síntomas que se manifiestan en esta enfermedad, no son producidos intencionalmente, como ocurre en otros Trastornos que involucran un compromiso de afectación corporal (APA, 2002).

La clasificación nosológica de la CIE-10 (1992), para este Trastorno, aporta criterios más estrictos en cuanto a su duración (en comparación al DSM-IV TR), puesto que delimita el tiempo del síntoma a dos años como un punto a considerar al momento de diagnosticarlo. Además incluye el rechazo a aceptar los diagnósticos médicos cuando se evidencia la no existencia de una enfermedad somática de base. La naturaleza de los síntomas influye en el deterioro del comportamiento familiar y social de la persona que lo padece.

La búsqueda incesante de ayuda médica y la obsesión por tratamientos que calmen los síntomas refuerza la dependencia farmacológica que mayoritariamente tienen características analgésicas (OMS, 1992).

El diagnóstico diferencial se realiza en torno a diversas enfermedades, dentro de las cuales se encuentra el Trastorno Facticio. En este, la principal diferenciación radica en la simulación de la enfermedad para la obtención de una ganancia secundaria, no existe un dolor “real”. Además se establece la simulación como síntoma principal. Si bien no está considerada dentro de los Trastornos Somatomorfos, se debe tener presente para el diagnóstico del Trastorno de Somatización, puesto que la persona, cuando presenta simulación, inventa el síntoma y engaña, sólo para obtener un beneficio, en donde conocen claramente el por qué de su conducta. En el caso del Trastorno Somatomorfo Indiferenciado, la principal característica es la presencia de uno o más síntomas físicos que persisten por lo menos 6 meses, en cambio en el Trastorno de Somatización los síntomas son múltiples con una data de varios años. Otra entidad nosológica es el Trastorno por Dolor, en el cual la gravedad de los síntomas merece atención médica, siempre y cuando no se explique mejor por episodios de un Trastorno Psicótico. Se diferencia también del Trastorno de Conversión, puesto que alude a un déficit que afecta las funciones motoras y sensoriales, y además sugiere una enfermedad orgánica de base. Difiere también de la Hipocondría, en donde se presenta una preocupación o miedo a

padecer una enfermedad grave a partir de la interpretación individual de uno o más síntomas somáticos. El Trastorno Dismórfico Corporal presenta, como característica esencial, la preocupación por algún defecto a nivel físico sin que este exista (o en el caso de que exista, esta preocupación se exagera). Por último, está el Trastorno Somatomorfo no Especificado, en el cual se incluyen los Trastornos Somatomorfos que no cumplan con algún criterio en específico, estos pueden ser la “seudociosis”, “síntomas hipocondriacos” con una frecuencia de duración menor a 6 meses o un “trastorno con síntomas explicados” manifestado en un mínimo de 6 meses de duración y no debido a un trastorno mental (DSM-IV TR, 2002).

Además de los trastornos descritos por el DSM-IV TR (2002), se agregan enfermedades endocrinas, las cuales pueden desarrollar patologías con múltiples síntomas. “La hipocalcemia crónica se manifiesta a través de apatía, estupor, depresión, así como cambios cutáneos, alopecia, piel seca, onicorexis e hiperexcitabilidad muscular” (Rangel-Urrea y cols., 2009, pp. 341).

Se ha establecido que, en casos de somatización severa, sólo dos características son necesarias para proporcionar una alta probabilidad de establecer un diagnóstico positivo para personas que acuden a atención primaria. La primera característica se refiere a la aparición de tres o más síntomas indeterminados o que presenten una exagerada sintomatología, los cuales se deben desarrollar frecuentemente en diferentes órganos y sistemas. La segunda característica tiene relación con la presencia de estos síntomas en un período de por lo menos dos años, en donde deben presentarse de forma crónica (Rangel-Urrea y cols., 2009).

Existen una serie de enfermedades orgánicas que, en su clínica, se asemejan al Trastorno de Somatización. De acuerdo a lo descrito antes, es muy necesario realizar un estudio acucioso, considerando las características antes descritas, para descartar enfermedades que realmente presenten causa orgánica. Las enfermedades que describe Rangel-Urrea y cols (2009) son: el lupus eritematoso sistémico corresponde a una patología neuronal que afecta tanto el sistema nervioso central, como al periférico y autónomo. Con respecto a la relación hombre/mujer, éste se presenta mayormente en

mujeres (5 es a 1). Entre los síntomas comunes a los del Trastorno de Somatización, se encuentran cefalea, convulsiones, disestesias, anestias atípicas, expresiones gastrointestinales, y sexuales (Rángel-Urrea y cols., 2009). La esclerosis múltiple se establece como otra patología de origen biomédico que presenta características similares a la somatización y al Trastorno de Somatización, propiamente tal. Las personas que padecen de esta enfermedad exhiben alteraciones tanto sensitivas como motoras, cambios en el afecto y la consiguiente disminución de la vida social, llegando incluso a desarrollar cuadros de Depresión. Son frecuentes síntomas relacionados a dolores gastrointestinales, alteraciones sexuales y dolores indeterminados. Para confirmar o descartar esta patología, es necesario realizar estudios cerebrales a través de imagen cerebral y medular por medio de una resonancia magnética (Rángel-Urrea y cols., 2009).

En relación a la aparición de síntomas en múltiples sistemas, también se considera la sífilis dentro de las patologías que presentan características similares con el Trastorno de Somatización, encontrándose alteraciones en el ánimo, cefaleas, parálisis de grupos musculares, alteraciones sensitivas, disfunciones urinarias, fecales y sexuales, entre otros síntomas. Para el abordaje en el diagnóstico diferencial, sólo es necesario recurrir a un examen de bajo costo y fácil acceso (Rángel-Urrea y cols., 2009).

Existen tumores neuroendocrinos que se desarrollan en bronquios, islotes pancreáticos, y retroperitoneo. Estos tumores llamados carcinoides, se caracterizan por producir ciertos péptidos y hormonas que generan síndromes neuroendocrinos. Dentro de los síntomas clínicos, se destacan aquellos relacionados con diarreas, broncoespasmos, hipotensión y taquicardia. Para el diagnóstico diferencial se procede a una exploración imagenográfica en aquellos lugares en donde se presenten con mayor frecuencia los síntomas (Rángel-Urrea y cols., 2009).

Dentro de las enfermedades endocrinas, también se encuentran cuadros con múltiples síntomas que pueden asimilarse a las características del Trastorno de Somatización. La hipocalcemia crónica se caracteriza por presentar, al igual que el Trastorno de Somatización, síntomas pseudoneuronales y gastrointestinales (Rángel-Urrea y cols., 2009).

III.1.6 Percepción.

La percepción se define como “todo acto en la toma de conocimientos de los datos sensoriales del mundo que nos rodea” (Capponi, 1987, pp. 64). Es a través de la percepción que el ser humano obtiene información tanto del mundo interno como el externo. (Capponi, 1987).

El dato sensorial es un impulso nervioso que viaja a través de las neuronas al cerebro. En éste órgano se procesa la información a nivel cognitivo, transformándose en una percepción para la persona (Capponi, 1987).

Se considera a la Gestalt como una de las corrientes que más se ha dedicado a estudiar y definir este concepto. La percepción, según la gestalt, no está sometida a la información proveniente de los órganos sensoriales, sino que es la encargada de regular y modular la sensorialidad (Oviedo, 2004).

Wertheimer, Koffka y Köhler, consideraban la percepción como un proceso “fundamental de la actividad mental” (Oviedo, 2004, pp. 89), siendo el pensamiento, el aprendizaje y la memoria, actividades mentales que dependen de un adecuado proceso de la organización perceptual.

La percepción tiene ciertas normas por las cuales se rige:

- El todo es más que la suma de sus partes: Se concibe al conjunto por sobre la suma de los elementos que componen al conjunto (Capponi, 1987).
- Tendencia a la estructuración: “Los elementos perceptivos aislados tienen una tendencia espontánea a la organización de formas” (Capponi, 1987, pp 65).
- Tendencia a la generalización perceptiva: Si se percibe una forma determinada, se generaliza la percepción a otras formas que significan lo mismo (Capponi, 1987).

- Tendencia a la pregnancia: Se considera como la facilidad con la que un objeto se percibe como figura por sobre el fondo, dependiendo de sus cualidades (Capponi, 1987).
- Principio de constancia: “Las figuras tienden a ser percibidas como simétricas y completas aunque no lo sean” (Capponi, 1987, pp 66).
- Evolución de preformas a forma pregnantes diferenciadas: La percepción está condicionada por preformas en su estado primitivo. (Capponi, 1987)

La Gestalt considera que los seres humanos no consideramos al mundo tal cual es, sino que la realidad se extrae y se selecciona la información con claridad y nitidez de forma consciente, lo cual permite un desempeño con mayor racionalidad y coherencia con el mundo próximo (Oviedo, 2004).

Di Silvestre (1998), se refiere al concepto de “percepción subjetiva de enfermedad”, el cual lo conceptualiza como un resultado en donde influyen factores psicológicos, psicosociales, sociológicos y culturales, dejando de lado aquellos factores dependientes de la genética, la fisiología y la biología de la enfermedad. Agrega la influencia cultural del “sentirse enfermo”.

El concepto de “sentirse enfermo”, es definido por Mechanic (1960 en Di Silvestre, 1998) en función de la forma en que se percibe, evalúa y actúa un determinado síntoma.

Los factores socioculturales influyen la experiencia subjetiva de lo que se considera como enfermedad. Es este contexto el que entrega las directrices de lo que se debe hacer cuando se siente dolor o disconformidad, de cómo dar a conocer esta disconformidad o dolor (verbal y no verbalmente), a quién se debe acudir y lo que se espera de la respuesta de la sociedad en base a sus normas y roles (Di Silvestre, 1998).

III.2 Antecedentes Empíricos.

Históricamente se ha considerado que los Trastornos de Somatización, no son Trastornos importantes y que no son comunes en la atención clínica, sin embargo, se ha encontrado evidencia de una prevalencia muy alta a lo que se consideraba, en investigaciones llevadas a cabo en el Massachusetts General Hospital, en donde se concluyó que de una muestra de 5000 personas que consultan en centros de salud, un 47% de las personas, no presentaron causa orgánica en su sintomatología (Cabot en Rangel-Urrea y cols., 2009).

En Chile existen escasas investigaciones que evalúen la prevalencia de alteraciones a nivel psicopatológico en pacientes hospitalizados o en la población normal, a pesar de la relevancia que significa tener estos conocimientos para establecer diagnósticos certeros, tratamientos a fines, saber cómo evolucionan y determinar los costos de atención que implican (Fullerton, Acuña, Florenzano, Cruz y Weil, 2003).

Estudios circunscritos al Trastorno por Somatización en Chile basados en criterios del DSM-IV TR o en sus versiones anteriores, no se evidencian. Sin embargo, estudios cimentados en criterios de la CIE-10 (Florenzano, R; Fullerton, C; y Acuña, J; 2000; Florenzano y cols., 2002a; Florenzano, Acuña, Fullerton, 2002b) aportan datos estadísticos a la población de atención primaria de salud con respecto a este trastorno.

Los estudios realizados en Chile, concluyen que el Trastorno de Somatización es uno de los más frecuentes en pacientes con enfermedades crónicas, con un 24,9% según cifras de la OMS en los años 1991-1992. La muestra correspondió a pacientes entre 15 y 65 años que acudían a atención primaria en Santiago (Florenzano y cols, 2002a). Otro estudio profundiza la relación que existe entre trauma psíquico, somatización y personalidad en pacientes internados en hospitales de Santiago, donde se establece una fuerte asociación entre personas que presentan más de tres acontecimientos traumáticos y el Trastorno de Somatización, con un 64% (Florenzano y cols, 2002b). Un tercer estudio arroja que la prevalencia del Trastorno en la población que acude a atención primaria es de un 0,98% en la localidad de Iquique (Florenzano y cols 2002a).

En Santiago de Chile el 17,7% de las personas que acuden a atención primaria de salud, presentan “Trastorno de Somatización” (OMS, 1995, en Florenzano y cols, 2002b). La prevalencia de este trastorno en pacientes con enfermedades médicas crónicas corresponde a un 7% en el caso de las mujeres y a un 6,34% en hombres (Florenzano R, Acuña J, Fullerton C; 1998).

No se han encontrado estudios nacionales realizados en contextos universitarios que apunten a la prevalencia del trastorno de somatización en dicha población. En el Instituto Nacional de Estadística (INE), datos numéricos sobre la salud de la población universitaria que presente Trastornos Somatomorfos, o específicamente Trastornos de Somatización, no se evidencian. Lo mismo ocurre en la población que acude a atención primaria de salud de la ciudad de Chillán.

Se han desarrollado políticas públicas acerca de tratamientos multidisciplinarios y comunitarios en donde se potencia una educación continua de médicos generales y otros profesionales del área de la salud sobre los trastornos mentales. Los objetivos de esto no son especificar los conocimientos acerca del Trastorno de Somatización o de los Trastornos Somatomorfos en general. Sin embargo, acercan la brecha teórica existente entre los nuevos hallazgos clínicos y la atención pública (Florenzano y cols, 2002a).

En políticas públicas de reparación, establecidas por el Ministerio de Salud de Chile (MINSAL) para víctimas de la dictadura militar, está considerada la atención de salud tanto física como mental, a través del Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos (PRAIS), basados en leyes de reparación (Ley 19.123, ley 18.994, ley 19.128, ley 19.074, ley 19.881). El Trastorno de Somatización está dentro de las 9 categorías de trastornos de mayor frecuencia, postulados por la CIE-10, que presentaron personas beneficiadas por este programa. La experiencia traumática vivida por las personas que sufrieron la dictadura, provoca desajuste a nivel biopsicosocial, que desencadena en la manifestación de diferentes tipos de trastornos mentales graves que afectan su posterior desarrollo psicosocial (Madariaga, 1995)

González y Landero (2008) realizaron un estudio con una muestra de 365 estudiantes de la facultad de psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, en México, y encontraron que los síntomas somáticos se relacionaban con la depresión, la ansiedad y la autoestima de manera significativa. En este mismo país, un estudio realizado por González, Landero y García (2009), arrojó resultados de la existencia de un 25,5% de enfermedades psicosomáticas en el total de la muestra, como también una alta comorbilidad con los Trastornos Depresivos Mayores, con un 55% de los casos, demostrando además un porcentaje considerable de comorbilidad con angustia, en un 34% del total de los pacientes.

En España se realizó una investigación con el objeto de implementar un tratamiento farmacológico y psicológico en la población penal que presentaba Trastornos de Somatización. Sin embargo, no presentan datos estadísticos de la cantidad de personas que mostraban este Trastorno, pero la prevalencia de Trastornos Somatomorfos se encuentra entre el 5%-15% de la población penitenciaria (García, 2007).

En 2004, Hakala y cols. publicaron un estudio en donde se examinó “el volumen del núcleo caudado, el putamen y las estructuras hipocampales cerebrales por resonancia nuclear magnética” en población femenina que presentara Trastorno de Somatización o Trastorno Somatomorfo Indiferenciado. Se realizó una comparación con una población sana, sirviendo como población de control, dando como resultado que las primeras presentaban “alargamiento bilateral de los volúmenes del núcleo caudado comparadas con las voluntarias sanas”, por lo que se concluyó que estas diferencias físicas podrían ser causa de la somatización. Sin embargo, la fisiopatología de este Trastorno aún no está ampliamente aceptada.

García (2007) estima que en la población española, el 1% de las familias que consultan a su médico tratante por alguna nueva afectación son diagnosticados con un Trastorno de Somatización. Además agrega que el coste medio por presentar este Trastorno en un país (por persona) equivale a un gasto cercano a los US\$ 1000; asimismo a nivel personal también tiene un coste relacionado con el deterioro de la calidad de vida. También agrega este autor que los pacientes somatizadores con el tiempo comienzan a

ponerse agresivos, generando que los médicos de atención primaria (que ya poseen conocimiento sobre sus antecedentes clínicos), en un 70% de los casos, se nieguen a realizar algún tipo de intervención con ellos. Este sentimiento de agresividad aumenta en los contextos carcelarios.

De acuerdo a un ensayo realizado por Nimnuan, Rabe-Hesketh, Wessely, y Hotopf (2001), en población de pacientes que son atendidos en clínicas generales, existe una prevalencia de una a dos terceras partes de personas que sus quejas no tienen una explicación biomédica. Se agrega que estas quejas son más comunes en mujeres y en personas que sus edades fluctúan entre los 16 y los 25 años de edad.

III.3 Marco Epistemológico.

La investigación realizada se sustenta epistemológicamente en el Paradigma Neopositivista.

La epistemología se define como una variante o una ramificación de la filosofía, la cual tiene por objetivo resolver los problemas filosóficos que se generan a partir de los supuestos establecidos por el conocimiento científico (Toledo, 1998).

El paradigma es un conjunto de conocimientos y creencias que establecen una perspectiva al momento de investigar, la cual intenta sintetizar la comprensión de cómo funciona la realidad (Cerdeira, Chapela y Jarillo, 2009).

El Neopositivismo nace en relación a los cuestionamientos epistemológicos que el Positivismo no podía responder, puesto que el Paradigma Positivista establece un reduccionismo absolutista, dentro del cual la racionalidad humana queda supeditada a la racionalidad matemática (Bunge, 1995). La realidad y conocimiento se conciben a lo que matemáticamente se puede comprobar, radicalizando la información entregada por los sentidos. Es decir, el objeto de estudio, mientras sea conmensurable es objetivo. De esta manera, se establece una incompatibilidad entre éste paradigma epistemológico y la experiencia de lo investigado.

Tradicionalmente, se indica como uno de los iniciadores del movimiento Neopositivista a Karl Popper (1934, en Queraltó, 1996) desencadenando que él creara su propio paradigma, el falsacionismo. Define a la producción del conocimiento como conjetural, supeditado a hipótesis y falible en su desarrollo. Dentro de esta línea, también se sitúa a Imre Lakatos (1978; en Chamlers, 1999) con sus programas de investigación científica. Lo particular es que en esta línea, se asume el relativismo científicista, además de los límites propios del conocimiento científico y del conocimiento humano en general, identificando e intentando precisar las tareas de la ciencia y de el/la investigador/a dentro del desarrollo del pensamiento científico. Así nociones tales como las de verdad, objetividad, observación, entre otras, son revisadas y reformuladas asumiendo una postura constructivista y de desarrollo permanente del conocimiento científico, ligado a la propia historia de la ciencia (Chamlers, 1996).

El Paradigma Neopositivista se define en base al relativismo científicista, como también a los alcances de la ciencia, puesto que ésta al ser realizada por personas, presenta límites propios del ser humano (Chamlers, 1996).

El Neopositivismo considera cognoscible todo aquello que pueda ser comprobado empíricamente. La percepción, como mediadora entre el observador y lo observado, no se considera como una limitante dentro del proceso científico de generar conocimiento, más bien incluye estos aspectos subjetivos de la naturaleza humana, para determinar lo que se va a conocer mediante el método científico (Chamlers, 1996). Éste paradigma asume una concepción apriorística de la realidad, ya que se establecen categorías *a priori* de lo que se va a estudiar (Cuevas, 2002).

Éste paradigma se apoya en la idea de que los datos y experiencias entregadas por los sentidos, se transforman en conocimiento empírico y, por ende, verificables. De ésta manera podrían ser considerados significativos siempre y cuando sean sometidos a análisis conmensurables y establezcan los límites propios de la percepción del observador (Carrillo de la Rosa, 2008). El neopositivismo cuestiona cuantitativamente la realidad descubierta. De esta manera, se va contrastando con el conocimiento acumulado,

reformulándolo, corroborándolo, de tal manera que se establece un dinamismo respecto a las investigaciones realizadas y las posteriores a realizar (Chacón, 1998). Así, busca que el conocimiento continuamente se esté analizando, sin pretender establecer un conocimiento puro, puesto que en ésta producción considera sus limitantes.

De lo anterior, se extrae que el Neopositivismo utiliza el lenguaje como una necesidad “de comunicar las experiencias del mundo físico sintetizadas en los núcleos sensoriales, lo cual permite tomar al cuerpo como denominador común” (Cerdea y cols., 2009, pp.5). Se reconocen las propias limitaciones sensoriales y se utilizan a favor dentro de la dialéctica entre el/la objeto investigado/a y el/la investigador/a observador/a. En otras palabras, se eliminan todas aquellas percepciones o experiencias que no puedan ser referidas a las dimensiones conmensurables del espacio-tiempo, y de esta forma se optimiza y se desenvuelve dentro del terreno que entrega el paradigma conductista, es decir, entre el estímulo y la respuesta efectuada frente a dicho estímulo.

La ciencia es el “conocimiento racional, sistemático, exacto, verificable y por consiguiente falible” (Bunge, 1995, pp.13). Se entiende como el resultado de una serie de secuencias y procesos realizados que generan un resultado determinado con el cual comienzan a teorizarse enunciados propios y categorías pertenecientes a la rama específica de cada una de éstas (Guyot, 2005). La teorización da como consecuencia un conocimiento basado en un conglomerado de conceptualizaciones relacionadas entre sí, que tienen como referente a él o los objetos estudiados. Se estima y acepta su legitimidad siempre y cuando los conceptos mantengan una concordancia *ad hoc* entre lo establecido/teorizado y el o los objeto/s estudiado/s (Toledo, 1998). De esta manera, da paso al conocimiento científico, el cual se constituye en base a un sistema de ideas establecidas de manera provisional, hasta que otro conocimiento o teoría las desplace (Bunge, 1995).

La ciencia intenta explorar, describir o explicar fenómenos naturales y sociales. El campo de estudio de las ciencias, está mediado por las características sociales y culturales contextuales, por lo que el conocimiento entregado por las ciencias está influenciado por las causas que motivaron la investigación. No obstante, los resultados

obtenidos pueden ser generalizables a otros contextos naturales o sociales, bajo ciertas condiciones experimentales (Acevedo, Vásquez y Mannasero, 2007).

Para lograr el conocimiento científico, las ciencias se basan en un método estructurado y riguroso llamado Método Científico, el cual se define como “el conjunto de procedimientos por los cuales se plantean los problemas científicos y se ponen a prueba las hipótesis científicas” (Bunge, 1995, pp. 67). Al ser estructurado por éste método, se le obliga a la investigación a regirse por la teoría de base, lo que le da la cualidad de ser deductiva (Hernández-Sampieri, 2006).

El método se constituye en base a la acumulación de enunciados teórico-científicos que cumplen con determinadas condiciones metodológicas. De esta manera se transforma en el camino a seguir dentro de la investigación (Chacón, 2001).

El Neopositivismo explicita que carecen de total sentido (racional) aquellos postulados o aseveraciones que no están cimentados o supeditados a verificación empírica, puesto que no cumplen con uno de los criterios establecidos por este paradigma para propugnar un conocimiento como científico (Chacón, 2001).

El Neopositivismo en las ciencias permite que la objetividad logre, mediante las teorías lógicas que conforman el cuerpo teórico que rodean al objeto de estudio, el fin último, el cuál es la producción de conocimiento científico, a través de los procedimientos e instrumentos creados para alcanzar la comprensión de lo que se pretende conocer (Guyot, 2005).

La objetividad dada por el paradigma protege al investigador de no verse influenciado -completamente- por el objeto de estudio, como tampoco el objeto se ve influenciado por el investigador. No es una postura totalmente neutra, ya que asume una existencia de la realidad que no es absolutamente cognoscible, de esta manera, la objetividad se encuentra en la rigurosidad entregada por el o los instrumentos con los que se investiga, además del lenguaje artificial creado por las ciencias e investigadores. Estas conceptualizaciones son propias de cada ciencia, con el fin de traspasar los conocimientos

a la comunidad científica y al público. Debe considerarse que el lenguaje artificial, nace a partir del lenguaje de uso cotidiano u ordinario (Bunge, 2004).

La objetividad es sólo una de las características necesarias en la construcción del conocimiento científico, ya que el paradigma también debe entregar una conceptualización adecuada mediante la combinación de reglas lógicas con el sistema de ideas (Bunge, 1995) que subyace el proceso de acumulación de conocimiento teórico en base a la verificación empírica necesaria del neopositivismo (Chacón, 2001).

Desde ésta perspectiva, el objeto estudiado por la ciencias cuantitativas se concibe como estático en el tiempo. Debido a esta cualidad puede medirse, no permuta ni cambia (Hernández- Sampieri, 2006). Es por eso que las observaciones empíricas sistemáticas, más las explicaciones lógicas generan el conocimiento de una realidad concreta, sujeta a experimentación, refutación o confirmación teórica (Bunge, 1995).

La subjetividad limitante del observador, o la percepción que presenta al momento de comenzar con la observación empírica, se transforma en objetividad al momento en que se generaliza dicho suceso dentro de una comunidad científica. Esto reivindica la objetividad mediante el consenso entre los miembros de una comunidad científica (Chacón, 2001).

El neopositivismo aporta a la investigación realizada la objetividad para la medición de la percepción de los síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en los/as sujetos entrevistados/as, puesto que el cuestionario se analiza en base a conceptualizaciones científicas que entregan un aporte teórico de lo que se pretende medir. Además, se parte de la base que el sistema de medición es imperfecto, por lo que no se puede acceder completamente al objeto de estudio. Por esta razón, se pesquisa la medición en torno a la percepción de los síntomas de este Trastorno que se presentan en los/as estudiantes, otorgándole un margen de error a lo que se estudia, puesto que el objeto de estudio presenta dos componentes; por un lado un componente verdadero y, por otro, un componente de error, como lo señalan Kerlinger y Lee (2002).

La objetividad entonces, se entrelaza con la investigación, en cuanto menos error se presente en el cuestionario aplicado para la medición. El neopositivismo no se presenta omnipotente frente a la explicación del conocimiento, puesto que en sus cimientos, describe que hay conocimientos que se escapan a lo cuantificable. De esta manera nunca se podrá acceder al conocimiento totalmente verdadero.

Concluyendo en base a investigaciones, experimentaciones, conceptualizaciones, entre otras características ya mencionadas, el Paradigma Neopositivista es capaz de otorgar un conocimiento científico. A pesar de que éste conocimiento es objetivo, se considera como un conocimiento provisional, puesto que investigaciones posteriores al tema en específico realizado, pueden arrojar conocimiento científico que refute lo anteriormente postulado. (Acevedo y cols., 2007).

IV. DISEÑO METODOLÓGICO.

IV.1 Metodología.

El procedimiento utilizado en la investigación tuvo por objetivo asignar números a los atributos o características de la variable en cuestión, estableciendo los límites sobre los que se fundamentan las asignaciones (Morales, 1990). Se traduce en un (cierto) control que dirige, verifica y sistematiza el quehacer científico, en conjunto con la teoría y las hipótesis en las que se fundó la investigación (Kerlinger y Lee, 2002).

Esta metodología proviene de la tradición positivista, la que postula que el conocimiento procede del mundo físico conmensurable, en la cual el investigador infiere y establece-cuantitativamente- la realidad. Se diferencia de la metodología cualitativa, al no intentar construir los fenómenos internos de las personas (Kerlinger y Lee, 2002).

De esta manera se pretende medir la percepción de la sintomatología clínicamente significativa asociada al Trastorno de Somatización, asignándole un valor numérico a la variable para poder cuantificarla, por lo tanto la investigación es cuantitativa.

IV.2 Diseño.

El diseño es el plan que guía y determina lo que puede realizarse o no realizarse en la investigación. Esto es, para que el estudio sea coherente y logre la atención científica, ya que establece si el control de las variables será total o parcial. Además, constituye cómo será el proceso llevado a cabo en el análisis de los datos (Kerlinger y Lee, 2002).

El diseño utilizado en el estudio es de tipo *cuasiexperimental*, puesto que no es posible llevar a cabo una manipulación directa de la variable en cuestión. No obstante, se establece un control parcial de ésta, en base al instrumento, sea éste creado o esté previamente validado (Hernández-Sampieri, 2006).

(Ho) 2 : La prevalencia de la percepción de síntomas clínicos acerca del Trastorno de Somatización en estudiantes universitarias de pregrado (pertenecientes a universidades del consejo de rectores) de Chillán, supera el 2%.

(He) 2 : He: $X < 2\%$ Ho: $X > 2\%$

Hipótesis 3 : Existen diferencias significativas acerca de la prevalencia de la percepción de síntomas clínicos del Trastorno de Somatización entre hombres y mujeres universitarios/as de pregrado (pertenecientes a universidades del consejo de rectores) de la ciudad de Chillán.

(Ho) 3 : No existen diferencias significativas acerca de la prevalencia de la percepción de síntomas clínicos del Trastorno de Somatización entre hombres y mujeres universitarios/as de pregrado (pertenecientes a universidades del consejo de rectores) de la ciudad de Chillán.

(He) 3 : He: $X_1 \neq X_2$ Ho: $X_1 = X_2$

IV.4 Técnicas de Recolección de Datos.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue una entrevista de carácter individual. En ésta, se le hacía entrega del Consentimiento Informado (anexo 1) y se le explicaba en qué consistía su participación en la investigación. Posterior a esto, se le hacía entrega de un cuestionario autoaplicado, el cual la persona debía responder. Finalizado el cuestionario se terminaba la entrevista, agradeciendo la participación.

IV.5 Instrumentos.

El instrumento aplicado fue un cuestionario creado para la investigación (anexo 2, anexo 3) denominado "Cuestionario Clínico de la Percepción del Trastorno de Somatización" (CCPTS). Se tomaron como referencia los Criterios Diagnósticos A y B

entregados por el Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM) en su cuarta edición revisada (2002), la Escala de Hipocondría del Inventario Multifásico de Personalidad de Minesotta (MMPI) en su segunda versión y por último la medición de la Escala Body Dismorphic Disorder Examination (BDDE).

Previo a la creación y redacción del cuestionario se revisaron los síntomas somáticos frecuentes que manifiestan las personas que presentan sintomatología asociada al Trastorno de Somatización. La investigación fue realizada por Noguera y cols. (2007), quienes realizaban una descripción sintomática de un paciente que padecía dicho Trastorno.

El instrumento pretende evidenciar la presencia de síntomas clínicos de este Trastorno, mediante la percepción de ciertas sintomatologías presentes en los/as universitarios/as de la ciudad de Chillán. Dicho cuestionario presenta especificaciones en el apartado de preguntas con características sexuales, por lo que se establecieron formatos distintos de éste para hombres y mujeres.

Previo a su validación, el cuestionario constaba de 36 preguntas politómicas (anexo 2 y 3), las cuales debían ser respondidas por los/as sujetos. Las respuestas eran cerradas y configuradas en base a una escala tipo Likert de cinco puntas. Los gradientes de las respuestas son “*siempre*”, “*frecuentemente*”, “*a veces*”, “*rara vez*” y “*nunca*”. Se estableció un formato para hombres y otro para mujeres, con la misma cantidad de preguntas por cada subdivisión que se presentaba. Esta subdivisión estaba determinada por los cuatro componentes que establece el Criterio B, entregado por el DSM IV-TR (2002). Posterior a su validación el cuestionario se configuró con un total de 24 preguntas para hombres y 25 preguntas para el cuestionario de mujeres (anexo 4, anexo 5).

El Criterio A, para diagnosticar el Trastorno de Somatización, alude a la frecuencia temporal que presentan los síntomas. Por esta razón, las 36 preguntas se confeccionaron en torno a la presencia mínima de 12 meses de los síntomas, respecto de su manifestación somática (APA, 2002).

Dicho instrumento se subdivide en 4 tópicos, los cuales son: Síntomas Dolorosos, Síntomas Gastrointestinales, Síntomas Pseudoneurológicos, y finalmente están los Síntomas Sexuales. Las cuatro subdivisiones aluden al criterio “B”, expuestos en el DSM-IV TR (2002).

El cuestionario presenta instrucciones claras y precisas de cómo se contesta. Además el investigador estaba presente para aclarar cualquier duda que emergiera en la realización del cuestionario.

A continuación se presenta la validación del instrumento, tanto para hombres universitarios como para mujeres universitarias.

IV.5.1 Análisis de Fiabilidad y Reducción de Datos en hombres.

La Tabla 1 muestra el resumen del procesamiento de los estudiantes hombres de edades entre 18 y 24 años. Ninguno de los 67 encuestados se excluye, dando el 100% de la muestra para la validación del instrumento.

La siguiente Tabla (2) se presenta el estadístico de fiabilidad, el cual da como resultado un Alfa de Cronbach inicial de 0,911, para las 36 preguntas respondidas por cada sujeto. Esto significa que el Cuestionario Clínico acerca de la Percepción del Trastorno de Somatización presenta una sobresaturación de datos, de acuerdo a la configuración de preguntas referidas a la percepción de síntomas dolorosos, gastrointestinales, pseudoneurológicos y sexuales (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

Tabla 1.

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	67	100,0
	Excluidos (a)	0	,0
	Total	67	100,0

Tabla 2.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,911	36

Por esta razón se decidió agrupar las preguntas en relación a lo que expone el *Criterio B* del Manual Estadístico de los Trastornos Mentales, en su cuarta versión revisada (DSM-IV TR). El *Criterio A* se incluye en cada una de las preguntas del cuestionario. Este criterio hace alusión a la temporalidad de los Síntomas.

De esta manera se busca comprobar el Alfa de Cronbach por cada uno de los cuatro componentes mediante el Análisis de la Fiabilidad, como también la validez de éstos, a través del Análisis de Reducción de Datos, en específico mediante la utilización del Análisis Factorial. Una vez realizado esto, se verificará el Coeficiente Alfa de Cronbach del cuestionario en general.

IV.5.1.1 Análisis de Fiabilidad y de Reducción de Datos del Componente Dolor.

Tabla 3.
Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,795	11

El Análisis de Fiabilidad en el componente Dolor de la muestra de hombres concluye que del total de once elementos evaluados mediante la correlación inter-ítem, se obtiene un Alfa de Cronbach inicial de 0,795, demostrando que el componente presenta una consistencia interna significativa (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

Las Comunalidades dadas por el primer análisis factorial se expresan en la Tabla 4 (anexo 6). Estas muestran el grado de relación que se establece entre los distintos ítems que componen los factores. Se presentan dos preguntas con tendencia media, cuyos valores son 0,363 y 0,369. Dichos valores se pueden presentar porque pueden medir aspectos distintos del componente. También se correlacionan con tendencia considerable entre sí, siete preguntas (cuyos valores fluctúan entre 0,534 y 0,695). Finalmente, se evidencian dos preguntas con una correlación muy fuerte al momento de explicar la variable. Sus valores son 0,725 y 0,776 (Gardner, 2003).

La Tabla 5 (anexo 6) muestra la Matriz de Componentes. Se presentan tres factores. Se expresa que el Factor 1 tiene saturaciones positivas y sustanciales. Está compuesto por un total de 8 preguntas que expresan una correlación con tendencia considerable a muy fuerte, con valores desde 0,502 hasta 0,681. El Factor 2 presenta saturaciones positivas y negativas. A éste corresponderían tres preguntas con tendencia considerable (de 0,544 a 0,570). Finalmente el Factor 3 se configura con una pregunta cuyo valor es de 0,706, la cual presenta una correlación considerable respecto a los Síntomas Dolorosos establecidos por el DSM IV-TR (2002). Esta es la cantidad de factores encontrados en las respuestas entregadas por los universitarios (Gardner, 2003).

La Tabla 6 muestra la Varianza Total Explicada (anexo 6). En esta tabla se establece en un primer análisis que el Componente Dolor se configura por tres factores. El primer autovalor es de 3,743 y explica el 34,029% de la varianza. El segundo autovalor es de 1,751, configurando el 15,921% de la varianza. El último autovalor es de 1,190, explicando el 10,814% de la varianza. En conjunto expresan una suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción de un 60,795% en relación a la varianza acumulada, es decir, se explica por sobre un 60% este componente (Gardner, 2003).

Una vez analizadas estas tablas (4, 5, 6), se realizó la Extracción de Datos, mediante el Análisis Factorial. Se concluyó lo siguiente:

Las Comunalidades encontradas en la Reducción de Datos final para la percepción de *Síntomas Dolorosos* (tabla 7, anexo 7) muestran que tres preguntas presentan una tendencia media (de 0,326 a 0,495). Sin embargo, no se extraen ya que su comunalidad puede estar dada por la aleatoriedad de muestra en la que fue aplicada la prueba. Además cumple con los requisitos de delimitados, sobre 0,5 en Matriz de Componentes (tabla 8, anexo 7). Las demás preguntas presentan una relación inter-ítem de tendencia considerable a tendencia muy fuerte, ya que sus valores fluctúan entre 0,614 a 0,770 (Gardner, 2003).

También se concluye que el Componente Dolor se configura en dos Factores (tabla 8, anexo 7). El Factor 1, presenta saturaciones positivas y sustanciales. Se conforma por

el total de las 8 preguntas, presentando una tendencia considerable a muy fuerte de correlación entre sí. Los valores que presenta van desde 0,519 hasta 0,759. Este factor se denomina *Síntomas Dolorosos Generales*, puesto que engloba todas las preguntas (Gardner, 2003).

El Factor 2 está compuesto por 3 preguntas, las cuales tienen una correlación inter-ítem de tendencia considerable, es decir, presentan gran sintonía con los síntomas dolorosos de la variable en estudio. El paso de las variables de este factor oscilan entre 0,502 y 0,667. Este factor se denomina *Síntomas Dolorosos Específicos*, ya que estos ítems aluden a partes del cuerpo en particular. Este factor tiene saturaciones de datos positivos y negativos, sin embargo, son sustanciales (Gardner, 2003).

El Factor *Síntomas Dolorosos Generales* o *primer autovalor* tiene un peso de 3,212, el cual explica el 40,145% de la varianza. El segundo autovalor (*Factor Síntomas Dolorosos Específicos*) es de 1,532, explicando el 19,147% de la varianza. En conjunto la suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción expresan 59,292%, al momento de evidenciar la percepción que presentan los hombres frente a este tipo de síntomas (tabla 9, anexo 7). El instrumento mide aproximadamente en un 60% la presencia de la percepción de Síntomas Dolorosos (Generales y Específicos), en hombres de entre 18 y 24 años (Gardner, 2003).

Realizado el proceso de validación del Componente Síntomas Dolorosos (Generales y Específicos), se prosiguió con el Análisis de Fiabilidad de ambos factores.

Tabla 10.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,771	8

Tabla 11.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,752	3

El Componente percepción de Síntomas Dolorosos de la variable Trastorno de Somatización, se configuró en 8 preguntas y dos factores. El análisis de confiabilidad para

el total de ítems (Factor 1, tabla 10) dada por el Alfa de Cronbach es de 0,771. Para el Factor 2 (tabla 11) el Alfa de Cronbach es de 0,752. En ambos casos se determina que presentan una correlación inter-ítem de tendencia muy fuerte en cada una de las preguntas de dolor, por lo que el instrumento es confiable para su aplicación, dada la consistencia interna que presenta (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

IV.5.1.2 Análisis de Fiabilidad y de Reducción de Datos del Componente Gastrointestinal.

Al utilizar el Análisis de Fiabilidad con todas las preguntas aplicadas al total de la muestra de hombres (ver tabla 1), se concluyó lo siguiente:

Tabla 12.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,829	9

El componente gastrointestinal presenta un Alfa de Cronbach de 0,829 (tabla 12) en los nueve ítems. Esto significa que los Síntomas Gastrointestinales presentan una saturación aceptable a nivel estadístico, denotando consistencia interna en el instrumento. (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

Realizado el Análisis de Fiabilidad del componente, se prosigió con el Análisis de Reducción de Datos.

Del total de ítems alusivos a la percepción de *Síntomas Gastrointestinales* presentes en las *Comunalidades* (tabla 13, anexo 8) se extrae lo siguiente: tres preguntas presentan una correlación inter-ítem con tendencia media, es decir sus valores inferiores a 0,500. De las preguntas restantes, cuatro de ellas presentan una correlación entre sí de tendencia considerable, cuyos valores fluctúan entre 0,540 y 0,667. Finalmente dos preguntas presentan una tendencia muy fuerte (0,737 y 0,738) en torno a la correlación establecida entre los ítems (Gardner, 2003).

Al analizar la tabla 14, correspondiente a la Matriz de Componentes (anexo 8) se concluye que la percepción de los *Síntomas Gastrointestinales* pesquisados en el cuestionario se dividen en dos factores, dentro de los cuales el Factor 1 se compone por siete ítems, que presentan una tendencia considerable a muy fuerte. Los valores van desde 0,548 hasta 0,780. Además, presenta saturaciones positivas y sustanciales en sus datos, lo que le entrega significancia estadística. El factor 2 está compuesto por dos preguntas, las cuales muestran una correlación con tendencia considerable, respecto de las demás. Este factor tiene saturaciones negativas y positivas. El peso de los datos corresponde a 0,546 y 0,694 (Gardner, 2003).

El análisis de la Varianza Total Explicada (tabla15, anexo 8) muestra que el primer autovalor es 3,849, y explica un 42,786% de la varianza, en relación a las 7 preguntas gastrointestinales que lo componen. El segundo autovalor es 1,849, explicando el 13,602% de la varianza. En conjunto los dos autovalores presentan una suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción de 56,369% de la varianza, en base a los dos autovalores que lo componen. Los dos factores pesquisan la percepción de la sintomatología gastrointestinal cercana a un 60% que se presentan en el total de la muestra piloto, lo que se considera estadísticamente significativo (Gardner, 2003).

Una vez realizado este primer análisis, se prosigue con el Análisis de Reducción de Datos, mediante el Análisis Factorial. Para esto se elimina la pregunta que presentaba un peso de tendencia considerable (0,694) en el Factor 2 de la Matriz de Componente. Además, se extrajo la pregunta siguiente, cuyo peso se considera de tendencia débil (-0,023), ya que alteraba los valores en la tabla 13 de Comunalidades. Realizado esto, el Factor 2 se elimina para que el Componente *Síntomas Gastrointestinales* del Trastorno de Somatización sólo se explique en su mayoría por el Factor 1, configurando la cantidad de preguntas definitivas para estos Síntomas.

La Reducción de Datos final, realizada mediante el Análisis Factorial arroja que las Comunalidades (tabla 16, anexo 9) expresadas en la percepción del Componente *Síntomas Gastrointestinales* presentan los siguientes valores: dos preguntas con una correlación de tendencia media entre sí (0,396 y 0,448). Además, los cuatro valores

restantes denotan una correlación inter-ítem de tendencia considerable al momento de explicar los aspectos comunes de este componente, ya que los pesos de éstos oscilan entre 0,545 y 0,685 (Gardner, 2003).

La Matriz de Componentes (tabla 17, anexo 9) expresa que el Factor *Síntomas Gastrointestinales* presenta dos valores que corresponden a una tendencia considerable (0,629 y 0,669), mientras que las cuatro preguntas restantes, cuyos valores van desde 0,738 a 0,828, muestran una correlación con tendencia muy fuerte, denotando una alta significancia a nivel estadístico y una saturación positiva de los datos (Gardner, 2003).

Finalmente, la Varianza Total Explicada (tabla 18, anexo 9) muestra que el Factor *Síntomas Gastrointestinales*, primer autovalor es 3,289, y explica el 54,819% de la varianza. Por esta razón la suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción, respecto de este Factor en el total de hombres, presenta el mismo porcentaje de la varianza (Gardner, 2003).

Establecidas el total de preguntas para este componente, se realiza el Análisis de Fiabilidad (tabla 19), mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach para el total de la muestra utilizada.

Tabla 19.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,833	6

El Análisis de Fiabilidad arroja que el Factor *Síntomas Gastrointestinales* presenta un Alfa de Cronbach de 0,833, es decir las relaciones inter-ítem que se realizan al interior del Factor presenta una tendencia muy fuerte al momento de explicarlo de manera estadística. Por lo tanto, presenta una consistencia interna para ser aplicado (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

IV.5.1.3 Análisis de Fiabilidad y Reducción de Datos en el Componente Pseudoneurológico.

Al realizar el Análisis de Fiabilidad en las 8 preguntas referentes al componente pseudoneurológico del Trastorno de Somatización, en los hombres de la muestra piloto (ver gráfico 1) se encuentra que:

Tabla 20.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,842	8

Este tipo de preguntas presentan un Alfa de Cronbach de 0,842, es decir, el componente registra una correlación inter-ítem de tendencia muy fuerte, respecto a estos síntomas. Se utilizará la Reducción de Datos mediante el Análisis Factorial, en el total de las preguntas referidas a características pseudoneurológicas (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

El análisis de las Comunalidades (tabla 21, anexo 10) muestra dos ítems con un tendencia media (0,395 y 0,491) en relación al Componente Pseudoneurológico. Esto puede deberse a que en la muestra, estas variables representan una variación aleatoria. Se presenta una pregunta con una tendencia considerable (0,587) en correlato con el cuestionario. Finalmente el resto de preguntas denota una tendencia muy fuerte, con valores desde 0,709 hasta 0,813, al momento de explicar este tipo de síntomas en hombres (Gardner, 2003).

La tabla 22 (anexo 10) muestra la Matriz de Componentes. En ésta se evidencia que el Factor 1 presenta cuatro preguntas, las cuales tienen una correlación con tendencia considerable desde 0,526 hasta 0,641, mientras que las demás variables presentan una correlación con tendencia muy fuerte (valores entre 0,804 y 0,849), respecto de los *Síntomas Pseudoneurológicos*. Además, sus datos saturan positiva y sustancialmente. El factor 2 muestra cinco variables con una correlación entre sí de tendencia débil (entre 0,068 y 0,290) y dos preguntas con una correlación de tendencia media, cuyos valores son

0,388 y -0,420. Estas variables se configuran como poco confiables, ya que sus valores interfieren en la medición de los síntomas, respecto de la agrupación en este factor. Sólo un ítem expresa una correlación con tendencia muy fuerte (0,732) al medir este tipo de síntomas. Además, sus datos saturan negativa y positivamente (Gardner, 2003).

Al realizar el Análisis de la Varianza Total Explicada (tabla 23, anexo 10), se encuentra que el Componente Pseudoneurológico explicitado por el *Criterio B-3* del DSM IV-TR se configura en base a dos factores. El Factor 1 presenta un autovalor de 4,131 y explica el 51,633% de la varianza, mientras que el Factor 2 muestra un autovalor de 1,106, expresando el 13,823% de la varianza. En conjunto expresan una suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción de un 65,456% en relación a la varianza acumulada. Además, es cercana a un 70% en torno a la percepción de los *Síntomas Pseudoneurológicos* en hombres de entre 18 y 24 años (Gardner, 2003).

Establecidos los análisis anteriores, se continúa con la Extracción de Datos para el posterior Análisis de Fiabilidad.

En el análisis definitivo de las Comunalidades (Tabla 24, anexo 11) se encuentran dos valores con tendencia media (0,326 y 0,458). Estos valores no se extraen, ya que presentan una alta correlación dentro de la Matriz de Componentes (Tabla 25). Esta disminución en sus pesos puede estar dada por la variación aleatoria de la muestra. Un ítem presenta una tendencia considerable (0,673) al momento de establecer la correlación dentro del Factor. Por último, los valores restantes presentan una tendencia muy fuerte al momento de establecer un correlato inter-ítem. Los valores oscilan entre 0,712 y 0,780 (Gardner, 2003).

En la tabla 25 (anexo 11) se muestra el análisis de la Matriz de Componentes de los *Síntomas Pseudoneurológicos*. Todas las correlaciones establecidas en este factor presentan saturaciones positivas y sustanciales (Gardner, 2003). Se presentan dos valores con tendencia considerable ($> 0,500$ y $< 0,700$). Los valores restantes expresan una relación inter-ítem con tendencia muy fuerte, característica estadísticamente significativa para la validación del instrumento.

La tabla 26 (anexo 11) muestra la Varianza Total Explica de los síntomas pseudoneurológicos. Esta arroja que el primer autovalor es de 3,681 y explica el 61,353% de la varianza. La suma de las saturaciones al cuadro de la extracción presenta el mismo porcentaje del primer autovalor. Esto se debe a que estos síntomas sólo se explican por un Factor denominado Síntomas Pseudoneurológicos (Gardner, 2003).

Tabla 27.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,856	6

En la tabla 27 se muestra el Análisis de Fiabilidad realizado al Factor *Síntomas Pseudoneurológicos*. Este presenta una correlación inter-ítem muy fuerte (0,856), otorgándole consistencia interna a este Factor (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

IV.5.1.4 Análisis de Fiabilidad y Reducción de Datos en el Componente Sexual.

El Componente Sexual es el último tipo de síntoma que configura el *Criterio B* para diagnosticar el Trastorno de Somatización. Se redactaron ocho preguntas. La confiabilidad arroja:

Tabla 28.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,760	8

Las correlaciones que se establecen inter-ítem entre cada una de las ocho preguntas referidas a Síntomas Sexuales, indican que el Alfa de Cronbach (0,760) expresa una tendencia muy fuerte, presentando una consistencia interna significativa (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

Se realiza el primer Análisis Factorial. La tabla 29 (anexo 12) muestra las Comunalidades. Dos valores presentan una tendencia media ($<0,50$). Dos preguntas presentan valores con tendencia considerable, cuyos pesos son 0,523 y 0,580. Finalmente los cuatro valores (de 0,733 hasta 0,853) restantes expresan una tendencia muy fuerte al momento de explicar la presencia de Síntomas Sexuales en hombres universitarios (Gardner, 2003).

La Matriz de Componentes (tabla 30, anexo 12) muestra que en el primer análisis el Factor 1 tiene saturaciones positivas y sustanciales (Gardner, 2003). Dos de los valores presentan una tendencia media ($<0,500$) al momento de correlacionar estos síntomas. Tres preguntas expresan valores de correlato con tendencia considerable, cuyos pesos van desde 0,509 y 0,681. Por último, tres valores presentan una correlación inter-ítem de tendencia muy fuerte (desde 0,711 hasta 0,773).

El Segundo Factor tiene una combinación de saturaciones positivas y negativas (Gardner, 2003). Cuatro valores no logran alcanzar una puntuación de 0,500, es decir, presentan una tendencia media de correlación. Los ítems restantes presentan una tendencia considerable dentro de este factor (mayor a 0,500 e inferior a 0,700).

La Varianza Total Explicada (tabla 31, anexo 12) arroja que el primer autovalor es 3,137, y explica 39,212% de la varianza, mientras que el segundo autovalor es 2,025 el cual explica el 25,314% del total de la varianza. La suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción muestra un 64,527% de la varianza, cuando se intenta establecer la prevalencia de los *Síntomas Sexuales* en universitarios (Gardner, 2003).

Una vez finalizado estos análisis, se procede a realizar la Extracción de Datos para establecer el único factor que explique los *Síntomas Sexuales*.

La Reducción de Datos, mediante el Análisis Factorial arroja que las Comunalidades (tabla 32, anexo 13) en este componente, presentan distintos valores. Uno de estos presenta una tendencia media ($<0,50$). A pesar de esto, el ítem se deja por el valor que entrega en la Matriz de Componentes (tabla 33, anexo 13), ya que el peso que

muestra puede estar influenciado por la variación aleatoria. También expresa un valor (0,523) con tendencia considerable y dos ítems con una tendencia muy fuerte (mayor a 0,700), en relación a la percepción de los Síntomas Sexuales presentes en estudiantes universitarios (Gardner, 2003).

La Matriz de Componentes (tabla 33, anexo 13) muestra que el Factor *Síntomas Sexuales* tiene saturaciones positivas y sustanciales. Un ítem expresa una tendencia considerable (0,696), en relación a lo que mide el factor. También están presentes dos valores con tendencia muy fuerte (0,723 y 0,858) al intentar explicar estos síntomas. Por último un valor presente una consistencia con tendencia perfecta (0,908) en torno a la percepción de los Síntomas Sexuales del Trastorno de Somatización en hombres universitarios (Gardner, 2003).

La Varianza Total Explicada (tabla 34, anexo 13) muestra que el autovalor del factor es de 2,568%, explicando el 64,208% de la varianza. Como es un sólo factor, la suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción presenta el mismo valor que el porcentaje de la varianza. Esto es estadísticamente significativo frente al factor que se pretende medir (Gardner, 2003).

Al tener el Factor Síntomas Sexuales, se realiza el Análisis de Fiabilidad, para ver si este componente es confiable en el total de la muestra piloto (gráfico 1).

Tabla 35.
Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,810	4

El Análisis de Fiabilidad, realizado mediante el coeficiente alfa de Cronbach arroja que el Factor Síntomas sexuales es confiable para ser considerado dentro del cuestionario, ya que presenta una correlación inter-ítem de tendencia muy fuerte (0,810), es decir, es posible aplicarlo un mismo sujeto tener resultados similares respecto de este tipo de síntomas en hombres universitarios de entre 18 y 24 años, que pertenezcan a universidades estatales (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

IV.5.1.5 Análisis de Fiabilidad General en Cuestionario de Hombres.

Para verificar si el cuestionario mide lo que pretende medir, se realizará el análisis de fiabilidad al instrumento completo, en la muestra piloto (gráfico 1).

Tabla 36.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,874	24

El Análisis de Confiabilidad (tabla 36) mediante Coeficiente Alfa de Cronbach expresa un 0,874, es decir, presenta una tendencia muy fuerte en la correlación inter-ítem al momento de medir la Percepción de los Síntomas Clínicos del Trastorno de Somatización, por ende se ha minimizado el margen de error frente a la evaluación en hombres universitarios que estudien en universidades pertenecientes al Consejo de rectores en la ciudad de Chillán, que tengan entre 18 y 24 años (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

El cuestionario final para hombres consta de 24 preguntas. Ocho preguntas corresponden a los Factores *Síntomas Dolorosos Generales*. De éstas, se desprenden tres preguntas que configuran el segundo factor denominado *Síntomas Dolorosos Específicos*. También, 6 ítems corresponden al Factor nombrado *Síntomas Gastrointestinales*. El Factor señalado como *Síntomas Pseudoneurológicos* está compuesto por un total de seis preguntas. Finalmente el Factor *Síntomas Sexuales*, está configurado por cuatro preguntas. El cuestionario presenta la consistencia interna para ser aplicado a la muestra final de estudiantes universitarios. Solamente mide la percepción de los síntomas clínicos del Trastorno de Somatización.

IV.5.2 Análisis de Fiabilidad y Reducción de Datos en mujeres.

La Tabla 37 muestra el resumen del procesamiento del total de estudiantes mujeres de edades entre 18 y 24 años. Ninguna de las 68 entrevistadas se excluye, dando el 100% de la muestra para la validación del instrumento.

En la siguiente Tabla (38) se presenta el estadístico de confiabilidad, el cual da como resultado un Alfa de Cronbach inicial de 0,919, para las 36 preguntas respondidas por cada sujeto. Esto significa que el Cuestionario Clínico acerca de la Percepción del Trastorno de Somatización, presenta una sobresaturación de datos, de acuerdo a la configuración de preguntas de dolor, gastrointestinal, pseudoneurológicas y sexuales (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

Tabla 37.

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	68	100,0
	Excluidos(a)	0	,0
	Total	68	100,0

Tabla 38.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,919	36

Se procede a agrupar las preguntas de acuerdo a los síntomas expuestos en el Criterio B del DSM IV-TR (2002), de la misma manera que el cuestionario para los hombres. También se comprobará el Alfa de Cronbach para cada uno de los componentes y la validez de los datos, mediante el Análisis de Fiabilidad y el Análisis de Reducción de Datos, con la utilización del Análisis Factorial. Una vez realizado esto, se verificará el Coeficiente Alfa de Cronbach del cuestionario en general.

IV.5.2.1 Análisis de Fiabilidad y de Reducción de Datos del Componente Dolor.

Al utilizar el Análisis de Fiabilidad con todas las preguntas aplicadas al total de la muestra de mujeres (ver Tabla 36), se concluyó lo siguiente:

Tabla 39.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,866	11

Las once preguntas referidas a síntomas dolorosos, son evaluadas mediante el Análisis de Fiabilidad del Alfa de Cronbach. Se expresa como resultado una correlación

con tendencia muy fuerte (0,866) al evaluar la consistencia interna (Campo-Arias y Oviedo, 2008) de este componente en la muestra piloto aplicada a universitarias de entre 18 y 24 años, que pertenezcan a universidades del Consejo de Rectores.

El Análisis de Reducción de Datos aplicadas al total de preguntas del Componente de Dolor, arroja lo siguiente:

Las Comunalidades (tabla 40, anexo 14) expresan que del total de preguntas, ocho presentan una correlación de tendencia considerable. Sus valores van desde 0,505 hasta 0,698. Las restantes presentan una correlación con tendencia muy fuerte (superior a 0,700). Las Comunalidades expresan además, que las variables dentro de este componente miden la sintomatología asociada al dolor somático en mujeres universitarias (Gardner, 2003).

La Matriz de Componentes (tabla 41, anexo 14) muestra que el componente dolor se divide en tres factores. El Factor 1 se configura por seis ítems que presentan una tendencia considerable, es decir sus valores se ubican entre 0,568 y 0,699. Además, tiene tres preguntas que expresan una tendencia muy fuerte, es decir sus valores están sobre 0,700. El Factor 2 se compone por dos ítems que muestran una tendencia considerable (-0,546 y 0,552). Finalmente el último factor también se configura por dos preguntas que presentan una tendencia considerable, puesto que sus valores están sobre 0,500. Cada Factor presenta valores significativos para explicar la sintomatología (Gardner, 2003).

La tabla 42 (anexo 14) muestra la Varianza Total Explicada. El primer autovalor es de 4,622 y explica el 42,019% de la varianza. El segundo autovalor es de 1,111 configurando el 10,098% de la varianza. El último autovalor es de 1,018, explicando el 9,253% de la varianza. En conjunto expresan una suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción de un 61,370% en relación a la Varianza acumulada de estos síntomas (Gardner, 2003).

Realizado estos análisis, se prosiguió con la Reducción de Datos para este Factor. Las Comunalidades finales para la percepción de los *Síntomas Dolorosos* (tabla 43, anexo

15) muestran que cuatro preguntas presentan una tendencia media, es decir, sus valores no superan el 0,500. Sin embargo, no se extraen ya que sus valores pueden estar dados por la aleatoriedad de la muestra en la que fue aplicada la prueba. Además cumple con los requisitos de delimitados (sobre 0,5 en Matriz de Componentes, tabla 44, anexo 15). Las otras preguntas presentan una relación inter-ítem de tendencia considerable al momento de exponer la base común de estos síntomas dentro del Trastorno en estudio. Los valores van desde 0,512 hasta 0,599 (Gardner, 2003).

La Matriz de Componentes (tabla 44, anexo 15) muestra que el Factor presenta dos valores con tendencia considerable, es decir, sus valores e entran entre 0,648 y 0,663. Los ítems restantes expresan una tendencia muy fuerte (sus valores se encuentran sobre el 0,700) al momento de explicar la presencia de los Síntomas Dolorosos en la muestra aplicada. Además, este Factor presenta saturaciones positivas y sustanciales (Gardner, 2003).

La Varianza Total explicada (tabla 45, anexo 15) muestra que el autovalor del Factor Síntomas Dolorosos es de 4,021, el cual explica el 50,268% de la varianza. La suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción expresa el porcentaje antes señalado. El instrumento mide sobre un 50% la presencia de Síntomas Dolorosos en mujeres entre 18 y 24 años (Gardner, 2003).

Finalmente se realiza el análisis de Fiabilidad, para determinar si el instrumento es reproducible en un mismo sujeto con similares resultados.

Tabla 46.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,855	8

El Factor Síntomas Dolorosos presenta un Alfa de Cronbach de 0,855 en los 8 ítems que lo conforman. Por lo tanto, presenta una consistencia interna con tendencia muy fuerte al determinar estos síntomas en la muestra universitaria (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

IV.5.2.2 Análisis de Fiabilidad y de Reducción de Datos del Componente Gastrointestinal.

Al utilizar el Análisis de Fiabilidad con todas las preguntas aplicadas al total de la muestra de mujeres, se concluyó lo siguiente:

Tabla 47.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,884	9

El componente gastrointestinal presenta un Alfa de Cronbach de 0,884 en los nueve ítems, en la muestra piloto. Presenta una saturación adecuada, ya que el componente muestra una consistencia interna significativa (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

Posteriormente se realizó el Análisis de Reducción de Datos Final. Para esto, se revisaron las Comunalidades, la Matriz de Componentes y La Varianza Total Explicada, hasta configurar el Componente Síntomas Gastrointestinales.

Del total de ítems referidos a *Síntomas Gastrointestinales* presentes en las *Comunalidades* (tabla 48, anexo 16) se extrae lo siguiente: 2 preguntas presentan una correlación inter-ítem con tendencia media, es decir sus valores no alcanzan a ser 0,5. De las preguntas restantes, cuatro de ellas presentan una correlación entre sí de tendencia considerable, es decir sus valores se encuentran entre 0,551 y 0,659. Finalmente tres preguntas presentan una tendencia muy fuerte en torno a la correlación entre los ítems. Los valores son mayores a 0,700 (Gardner, 2003).

Al analizar la tabla 49 (anexo 16) se concluye que la percepción de los *Síntomas Gastrointestinales* pesquisados en el cuestionario se dividen en dos factores, dentro de los cuales el Factor 1 se compone por nueve ítems, que presentan una tendencia considerable a muy fuerte. Sus valores se encuentran entre 0,551 y 0,860. Además, presenta saturaciones positivas y sustanciales en sus datos. El Factor 2 está compuesto

por dos preguntas, las cuales muestran una correlación con tendencia considerable, respecto de las demás. El peso de los valores corresponde a 0,519 y 0,546. Este factor tiene saturaciones negativas y positivas (Gardner, 2003).

El análisis de la Varianza Total Explicada (Tabla 50, anexo 16) muestra que el primer autovalor es 4,695, y explica un 52,162% de la varianza, en relación a las 7 preguntas gastrointestinales que lo componen. El segundo autovalor es 1,003, explicando el 11,140% de la varianza. En conjunto los dos autovalores presentan una suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción de 63,302% de la varianza, en base a los dos ítems que lo componen. Los dos factores pesquisan la sintomatología gastrointestinal cercana a un 60% que se presentan en el total de la muestra piloto, lo que se considera estadísticamente significativo (Gardner, 2003).

Una vez realizado este primer análisis, se prosigue con el Análisis de Reducción de Datos, mediante el Análisis Factorial. Para esto se eliminan las preguntas de tendencia considerable ($>0,500 < 0,700$) que configuraban el Factor 2 (tabla 50, anexo 16).

La Reducción de Datos final, realizada mediante el Análisis Factorial arroja que las Comunalidades (tabla 51, anexo 17) expresadas en el Componente *Síntomas Gastrointestinales* presentan los siguientes valores: dos preguntas con una correlación de tendencia media entre sí ($<0,500$). Tres ítems presentan una correlación de tendencia considerable, es decir, sus valores son mayor a 0,500 y menor a 0,700. Finalmente, los dos valores restantes muestran una correlación inter-ítem de tendencia muy fuerte al momento de explicar los aspectos comunes de este componente, ya que sus pesos corresponden a 0,711 y 0,712. A continuación se muestra la cantidad de preguntas definitivas para el Factor *Síntomas Gastrointestinales* (Gardner, 2003).

El Factor Síntomas Gastrointestinales (tabla 52, anexo 17) presenta dos preguntas con una tendencia considerable (0,604 y 0,648) y cinco preguntas con una tendencia muy fuerte al momento de explicar estos síntomas en la población de mujeres, cuyos valores van desde 0,710 hasta 0,843. Además presenta saturaciones positivas y sustanciales de los datos (Gardner, 2003).

La Varianza Total Explicada (tabla 53, anexo 17) muestra que el autovalor es 4,024, y explica el 57,493% de la varianza. Por esta razón la suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción, respecto de este Factor, presenta el mismo porcentaje de la varianza (Gardner, 2003).

Establecidas el total de preguntas para este componente, se realizó el Análisis de Confiabilidad (tabla 54), mediante el Coeficiente Alfa de Cronbach para el total de la muestra de universitarias.

Tabla 54.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,876	7

El Análisis de Fiabilidad arroja que el Factor *Síntomas Gastrointestinales* expresa un Alfa de Cronbach de 0,876, es decir, las relaciones inter-ítem que se realizan al interior del factor presentan una tendencia muy fuerte al momento de explicarlo de manera estadística. Este factor muestra una consistencia interna significativa (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

IV.5.2.3 Análisis de Fiabilidad y Reducción de Datos en el Componente Pseudoneurológico.

El análisis de fiabilidad del componente alusivo a la percepción de los síntomas pseudoneurológicos del Trastorno de Somatización, se compone por 8 preguntas. En la muestra piloto de mujeres, se encuentra que:

Tabla 55.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,804	8

El resultado de Confiabilidad en el Componente Pseudoneurológico, arrojó un Alfa de Cronbach de 0,804, es decir, el componente registra una correlación inter-ítem de tendencia muy fuerte, en relación a estos síntomas. Este componente presenta una consistencia interna significativa (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

Se utilizó la Reducción de Datos mediante el Análisis Factorial, en el total de las preguntas referidas a características pseudoneurológicas, para extraer aquellas que no presenten una correlación inter ítem consistente.

En el análisis de las Comunalidades en la tabla 56 (anexo 18), se expresa un ítem con tendencia media (<0,500) en relación a este componente. Esto puede deberse a una variación aleatoria en la muestra piloto. Se presentan tres preguntas con tendencia considerable en correlato con el cuestionario. Sus valores oscilan entre 0,519 y 0,589. Finalmente, el resto de preguntas denota una tendencia muy fuerte, sobre un 0,700, al momento de explicar los síntomas pseudoneurológicos en mujeres universitarias entre 18 y 24 años (Gardner, 2003).

La tabla 57 (anexo 18) muestra la Matriz de Componentes de los Síntomas Pseudoneurológicos, en donde se muestra que el Factor 1 presenta un ítem con tendencia débil (<0,500). Tres preguntas expresan una correlación con tendencia considerable, entre 0,500 y 0,700. Las demás variables presentan una correlación con tendencia muy fuerte, es decir, sus valores oscilan entre 0,709 y 0,874. Sus datos saturan positiva y significativamente (Gardner, 2003).

Con respecto al Factor 2, solamente una pregunta presenta una correlación con tendencia considerable, cuyo peso es de 0,538. Sus datos saturan negativa y positivamente (Gardner, 2003).

En el Análisis de la Varianza Total Explicada (tabla 58, anexo 18), se encuentra que el Componente Pseudoneurológico explicitado por el Criterio B del Trastorno de Somatización, se configura en base a dos factores. En el factor 1, se presenta un autovalor de 3,713 y explica el 46,418% de la varianza. El factor 2 muestra un autovalor de 1,221, explicando el 15,266% de la varianza. En conjunto expresan una suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción de un 61,684% en relación a la Varianza acumulada (Gardner, 2003).

Las tablas analizadas entregan la validez de cómo se configuró el Componente Síntomas Pseudoneurológicos. La Extracción de Datos arrojó lo siguiente:

El análisis concluyente de Comunalidades de la tabla 59 (anexo 19) da como resultados dos ítems con tendencia media (<0,500), tres preguntas con tendencia considerable en relación al componente, cuyos valores fluctúan entre 0,541 y 0,662. Por último, se evidencia un solo ítem con tendencia muy fuerte (0,760) al momento de explicar los Síntomas Pseudoneurológicos clínicos del Trastorno en estudio (Gardner, 2003).

El análisis definitivo de la Matriz de Componentes, se expresa en la tabla 60 (anexo 19). Se presentan 2 ítems con tendencia considerable, puesto que expresan valores 0,664 y 0,668. Con tendencia muy fuerte, se evidencian las cuatro preguntas restantes con respecto al componente pseudoneurológico, es decir, los pesos de los datos están sobre el 0,700. Finalmente, todas las correlaciones establecidas en este factor presentan saturaciones positivas y sustanciales (Gardner, 2003).

La Varianza Total Explicada (tabla 61, anexo 19) muestra que el autovalor del primer componente, corresponde a un total de 3,406, el cual explica un 56,774% de la varianza. El mismo resultado da en el total de la suma de la saturación al cuadrado de la extracción (Gardner, 2003).

Por último, la tabla 66 muestra el Análisis de Fiabilidad del Factor *Síntomas Pseudoneurológicos*.

Tabla 62.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,825	6

El Alfa de Cronbach de la percepción de los *Síntomas Pseudoneurológicos*, da como resultado una confiabilidad de 0,825, es decir, presenta una correlación inter-ítem de tendencia muy fuerte en el total de mujeres entrevistadas. Por lo tanto, presenta una consistencia interna significativa (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

IV.5.2.4 Análisis de Fiabilidad y Reducción de Datos en el Componente Sexual.

El último síntoma considerado en el Criterio B del Trastorno de Somatización, es el componente Sexual. Ocho preguntas componen, en un principio, dicho apartado. En relación a la confiabilidad, la tabla 63 arroja el siguiente resultado:

Tabla 63.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,564	8

El Alfa de Cronbach presenta una tendencia considerable (0,564) al momento de establecer la medición de este componente al momento de realizar una correlación inter-ítem. Sin embargo, este componente no es confiable, ya que no presenta una consistencia interna estadísticamente significativa. Por esta razón se realizará Análisis Factorial (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

La tabla 64 (anexo 20) expresa las Comunalidades iniciales del componente sexual. Cuatro ítems se encuentran con tendencia considerable, es decir sus valores se encuentran entre 0,548 y 0,674. Las cuatro preguntas restantes evidencian una tendencia muy fuerte al momento de explicar la presencia de Síntomas Sexuales en las mujeres. El peso de estos datos se localiza entre 0,715 y 0,846 (Gardner, 2003).

La Matriz de Componentes (tabla 65, anexo 20) muestra que en el primer análisis el Factor 1 tiene saturaciones, tanto positivas como negativas, al no poseer una consistencia interna significativa. Tres de los valores presentan una tendencia débil al momento de correlacionar las preguntas de síntomas sexuales. Es decir, sus valores son inferiores a 0,300. Una pregunta expresa valor con tendencia media ($<0,500$). Finalmente, los ítems restantes presentan una correlación inter-ítem de tendencia considerable a muy fuerte en el primer factor, ya que sus pesos oscilan entre 0,672 y 0,898 (Gardner, 2003).

El siguiente factor presenta una combinación de saturaciones positivas y negativas. Cuatro valores presentan una tendencia débil ($<0,300$). Los cuatro ítems restantes presentan una tendencia considerable ($>0,500$ y $<0,700$). Por último, el tercer factor expresa tres preguntas con tendencia débil ($<0,300$), cuatro de ellas con tendencia media, cuyos valores se encuentran entre 0,303 y 0,419. Por último, un valor tiene una tendencia considerable (-0,587) (Gardner, 2003).

En relación a la tabla 66 (anexo 20), correspondiente a la Varianza Total Explicada, el autovalor inicial, es de un 2,666 con una explicación total de la varianza de un 33,326%. El segundo autovalor es de 1,862, el cual explica el 23, 271% de la varianza. El autovalor correspondiente al tercer componente, es de 1,044 y explica el 13, 048% de la varianza. La suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción, muestra un 69,645% de la varianza total (Gardner, 2003).

Realizada la Reducción de Datos del Componente Síntomas Sexuales, se configura el último factor del Criterio B del DSM IV-TR (2002).

El Análisis Factorial, arrojó mediante la Reducción de Datos, que las Comunalidades en la tabla 67 (anexo 21), expresan distintos valores. Una pregunta presenta una tendencia media ($<0,5$). No obstante, el ítem se mantiene en el factor, puesto que expresa un valor considerable en la Matriz de Componentes (tabla 72, anexo 24). Una de las preguntas tiene tendencia considerable (0,511) y dos ítems poseen tendencia muy fuerte, en las preguntas de Síntomas Sexuales en las universitarias. Los valores son 0,740 y 0,840 (Gardner, 2003).

La tabla 68 (anexo 21), muestra la Matriz de Componentes, la cual muestra que el Factor *Síntomas Sexuales* tiene saturaciones positivas y sustanciales. Uno de los ítems presenta una tendencia considerable, cuyo valor es de 0,685. Dos de las cuatro preguntas que componen el factor muestran tendencia muy fuerte, con valores 0,745 y 0,860. Por último, la pregunta restante da como resultado una tendencia perfecta en torno a la percepción de los Síntomas Sexuales del Trastorno de Somatización en mujeres universitarias, ya que su peso es de 0,916 (Gardner, 2003).

La tabla 69 (anexo 21) muestra la Varianza Total Explicada. El primer autovalor es de un 2,560, explicando el 64,001% que explica el total de la varianza. La suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción presenta el mismo porcentaje de la varianza del primer autovalor (Gardner, 2003).

Para concluir los análisis de validación de instrumento se realizó el Análisis de Fiabilidad del Factor *Síntomas Sexuales*.

Tabla 70.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,806	4

La tabla 70 muestra el Alfa de Cronbach final para el *Factor Síntomas Sexuales*, evidenciando una tendencia muy fuerte (0,806) en la confiabilidad inter-ítem entre las preguntas del cuestionario para el total de la muestra piloto en mujeres universitarias. Por lo tanto, el factor presenta una consistencia interna estadísticamente significativa (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

IV.5.2.5 Análisis de Fiabilidad General para el Cuestionario de Mujeres:

Para verificar si el cuestionario mide lo que pretende medir, se realizará el análisis de fiabilidad al instrumento completo, en la muestra piloto (gráfico 1).

Tabla 71.**Estadísticos de fiabilidad**

Alfa de Cronbach	N de elementos
,897	25

El Análisis de Fiabilidad mediante Coeficiente Alfa de Cronbach expresa un 0,897, es decir, presenta una tendencia muy fuerte en la correlación inter-ítem al momento de medir la Percepción de los Síntomas Clínicamente significativos del Trastorno de Somatización. Por ende se ha minimizado el margen de error frente a la evaluación en mujeres universitarias que estudien en universidades pertenecientes al Consejo de rectores en la ciudad de Chillán, y que tengan entre 18 y 24 años (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

El cuestionario final para mujeres consta de 25 preguntas. Ocho preguntas corresponden al Factor *Síntomas Dolorosos*. También, siete ítems corresponden al Factor nombrado *Síntomas Gastrointestinales*. El Factor señalado como *Síntomas Pseudoneurológicos* está compuesto por un total de seis preguntas. Finalmente el Factor *Síntomas Sexuales*, está configurado por cuatro preguntas. El cuestionario presenta la consistencia interna para ser aplicado a la muestra final de estudiantes universitarias. El instrumento sólo mide la percepción de los síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en mujeres.

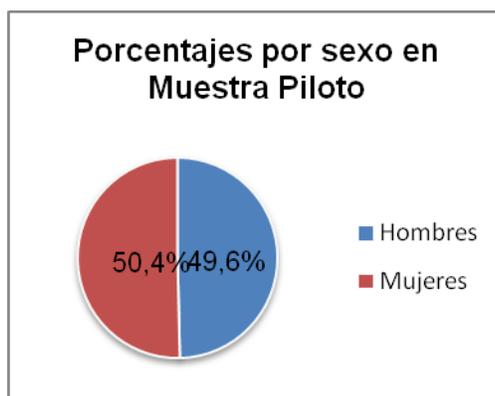
IV.6 Población/Muestra:

La población total de estudiantes universitarios/as matriculados/as en universidades pertenecientes al Consejo de Rectores de la ciudad de Chillán, corresponde a 5.492 personas al finalizar el año 2009. Sin embargo, la población total de estudiantes que tenían entre 18 y 24 años de edad era de 5.124, de los cuales 3.308 son mujeres y 1.816 son hombres.

La elección de la muestra fue del tipo aleatorio simple, ya que de esta manera cada sujeto tuvo la misma posibilidad de ser elegido entre el total de la muestra para cada subpoblación. El proceso de selección aleatoria simple, se efectuó mediante el uso de una tómbola. Se escogió aleatoriamente la cantidad de personas que asisten a universidades pertenecientes al Consejo de Rectores de la ciudad de Chillán.

IV.6.1 Muestra Piloto para la Validación.

Gráfico 1.



La prueba piloto se aplicó a 68 estudiantes universitarias, equivalente al 50,4% y a 67 universitarios, correspondiente al 49,6% del total. Ambos grupos son de universidades tradicionales de la ciudad de Chillán (gráfico 1). Para la validación, se utilizó al 10% de la muestra final, por cada grupo, según el programa STATS v2.0.

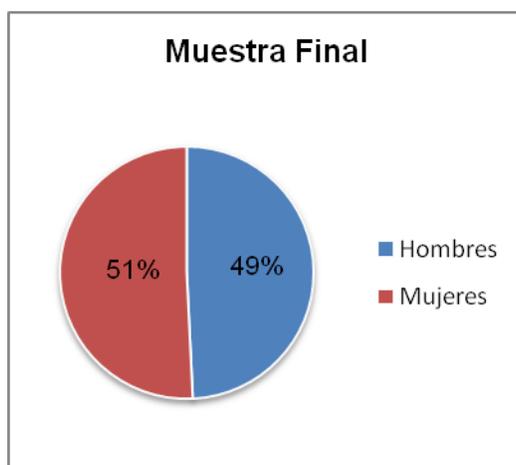
El total de las edades fluctuaba entre los 18 y 24 años. El 29,7% de los/as entrevistados/as se encuentran entre 18 y 20 años. 54 estudiantes tenían una edad entre 21 y 22 años. Finalmente el 30,4% presentaba entre 23 y 24 años (gráfico 2, anexo 22, pp. 107).

Del total de la muestra piloto se obtiene que el 34,8% cursa las carreras de Psicología, Educación Física, Fonoaudiología, Medicina Veterinaria e Ingeniería en Alimentos. 57 estudiantes corresponden a las carreras de Ingeniería en Informática, Pedagogía en Matemática, en Educación Básica con Especialidad, Ciencias Naturales e Inglés. De los/as participantes un 14,8% estudia Trabajo Social e Ingeniería Civil Agrícola.

Por último un total de 11 estudiantes pertenece a las carreras de Ingeniería Agroindustrial y Derecho (gráfico 3, anexo 22).

IV.6.2 Muestra Final:

Gráfico 4.



La muestra general arrojada por el programa STATS v2.0, al 10% de la población universitaria, da como resultado un total de 133 mujeres y 129 hombres (gráfico 4).

IV.6.2.1 Muestra Final Mujeres:

Tabla 72.

Frecuencia de edad de mujeres.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18,00	2	1,5	1,5	1,5
	19,00	11	8,3	8,3	9,8
	20,00	18	13,5	13,5	23,3
	21,00	31	23,3	23,3	46,6
	22,00	32	24,1	24,1	70,7
	23,00	19	14,3	14,3	85,0
	24,00	20	15,0	15,0	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

Del total de la muestra (gráfico 4) se extrae que 31 mujeres tienen una edad entre 18 y 20 años. El 47,4% del total tiene entre 21 y 22 años de edad. Sólo 19 mujeres tienen 23 años. Finalmente el 15% de la muestra tiene una edad de 24 años.

La tabla 73 (anexo 23) muestra que no se presenta ningún valor inválido. Las medidas de tendencia central expresan que el promedio de la edad se encuentra en los 21,6 años. El 50% de las edades se encuentran entre los 18 y los 22 años, mientras que la otra mitad se encuentra entre los 22 y 24 años de edad. El valor que más se presenta en la variable es de 22 años. La desviación de los datos respecto de la media es de 1,54. La asimetría muestra que los valores se agrupan al lado derecho de la distribución normal, además la curva se presenta platicúrtica respecto de la población normal. El rango de edad en la muestra de mujeres es de 6.

La tabla 74 (anexo 23) muestra que, del total de la muestra, 55 mujeres estudian en las carreras de Psicología, Educación Física, Fonoaudiología, Enfermería y Medicina Veterinaria. El 10,6% de las universitarias están cursando las carreras de Ingeniería en Alimentos, Nutrición e Ingeniería en Informática. 29 mujeres estudian Pedagogía en Matemática, Educación Básica con Especialidad, Ciencias Naturales e Inglés. Las estudiantes participantes en la investigación que cursan Ingeniería Civil Agrícola, Ingeniería Agroindustrial y Trabajo social, alcanzan el 24,8%. Finalmente, participó una estudiante de Derecho y una estudiante de la carrera Contador Público y Auditor.

IV.6.2.2 Muestra Final Hombres:

Tabla 75.
Frecuencia de edad en hombres.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	18,00	3	2,3	2,3	2,3
	19,00	21	16,3	16,3	18,6
	20,00	25	19,4	19,4	38,0
	21,00	17	13,2	13,2	51,2
	22,00	21	16,3	16,3	67,4
	23,00	16	12,4	12,4	79,8
	24,00	26	20,2	20,2	100,0
	Total	129	100,0	100,0	

Del total de la muestra, se extrae que 49 hombres tienen entre 18 y 20 años. El 29,5% del total tienen entre 21 y 22 años de edad. Sólo 16 hombres tienen 23 años. Finalmente el 20,2% de la muestra tiene una edad de 24 años.

La tabla 76 (anexo 24) arroja que el promedio de la edad de los sujetos se encuentra en 21,4 años. El 50% de los sujetos presenta una edad entre 18 y 21 años, mientras que la otra mitad tiene entre 21 y 24 años. La edad que más se repite en los entrevistados es de 24 años. La magnitud relativa de las desviaciones de los valores respecto a la media es de 1,83. La varianza es de 3,371. La suma de los cubos de las desviaciones de las observaciones respecto a la media es de 0,19. La muestra se presenta platicúrtica respecto de la distribución normal. La diferencia entre el valor mínimo (18) y el valor máximo (24), da un rango de 6.

La tabla 77 (anexo 24) muestra la distribución de frecuencias de las carreras a las que pertenecían los hombres. La asignación numérica de las carreras fue al azar. Psicología se codifica con 1, para finalizar en el lugar 19 con la carrera de Ingeniería Civil. El porcentaje válido para el total de los estudiantes de Psicología es de 10,9. Tres participantes pertenecen a la carrera de Educación física. El 2,3% de la muestra estudia Fonoaudiología. Doce sujetos pertenecen a las carreras de Diseño Gráfico, Enfermería y Veterinaria. El 11,8% de la muestra estudia Ingeniería en Alimento, Nutrición y Dietética o Ingeniería en Informática. Siete sujetos estudian Pedagogía en Matemática. Los participantes de Educación Básica con Especialidad alcanzan al 3,1%. 20 personas estudian las carreras de Pedagogía en Ciencias Básicas, Pedagogía en Inglés o Trabajo Social. El 20,2% de la muestra estudia Ingeniería Civil Agrícola. Participaron en total 22 estudiantes de Ingeniería Agroindustrial y Derecho. Finalmente, el 4,5% de la muestra corresponde a estudiantes de las carreras de Contador Público y Auditor e Ingeniería Civil.

IV.7 Análisis de Datos Propuestos.

El análisis de las respuestas recolectados se efectuó mediante la creación e ingreso de éstos a una Matriz de Datos realizada en el Programa Estadístico SPSS v15. Esta se

dividió en dos fases. La primera Matriz se creó para la validación de ambos cuestionarios, es decir, se ingresaron los datos de la muestra piloto, mientras que en la segunda se ingresaron los datos de la muestra final. De esta manera se buscó la comprobación o rechazo de las hipótesis (Kerlinger y Lee, 2002).

La validación del cuestionario se realizó mediante el Análisis de Fiabilidad del cuestionario en general, dividiéndolo en sexos. Luego de esto, se realizó este mismo análisis por cada uno de los componentes del Criterio B que entrega el DSM IV-TR (2002). También se realizó la Reducción de Datos mediante el Análisis Factorial, para extraer aquellas preguntas que alteraban cada uno de estos componentes.

Al finalizar la Reducción de Datos por cada componente, como también el Análisis de fiabilidad por cada uno de estos, se concluyó con un Análisis de Alfa de Cronbach. Dicho análisis sirvió para determinar que los cuestionarios presentaban consistencia interna. Todos estos análisis se realizaron en ambos instrumentos.

Se realizó diagramación de las variables sexo, edad y carreras en Gráficos Circulares y Tablas de Frecuencias, ya que exhiben de manera parsimoniosa los resultados obtenidos en ambas muestras, tanto para la muestra piloto, como para la muestra final.

Con el fin de comprobar las hipótesis, se prosiguió con el análisis de la muestra final. De acuerdo al nivel de medición de las variables, el primer análisis realizado fue Descriptivo, en el cual se analizaron la Distribución de las Frecuencias en tablas Descriptivas. El análisis descriptivo sistematiza y ordena la información encontrada en el proceso investigativo (Kerlinger y Lee, 2002). Posteriormente, se efectuó un Análisis de las Medidas de Tendencia Central, es decir, de los estadísticos de Media, Mediana y Moda, además del Análisis de Variabilidad, interpretándose ambos análisis.

Luego se llevó a cabo un Análisis Explicativo, en el cual se confrontaron los grupos, para ver si presentaban diferencias significativas acerca de la percepción de síntomas clínicamente significativos para el Trastorno de Somatización, mediante la prueba T de

Student. Esta prueba estadística sirve para establecer si dos grupos difieren entre sí de manera significativa respecto a sus medidas, basándose en una distribución muestral o poblacional. Esta distribución se identifica por los grados de libertad, los cuales constituyen el número de veces en el cual los datos pueden variar libremente. Estos son determinantes, ya que indican qué valor se debe esperar de T, dependiendo del tamaño de los grupos que se comparen (Kerlinger y Lee, 2002). También se analizó la comparación de los grupos mediante el Estadístico de Levene para comprobar si existían o no homogeneidad de Varianzas.

IV.8 Criterios de Calidad.

Los criterios de calidad en la metodología cuantitativa se centran en la confiabilidad, validez y objetividad. De esta manera, se busca resguardar los aspectos necesarios para que la investigación realizada cumpla con criterios científicos.

IV.8.1 Confiabilidad.

Todo instrumento de recolección de datos, para ser aceptado en una investigación, debe cumplir con dos requisitos fundamentales: ser confiable y válido. La confiabilidad se describe como el grado en que su reiterada aplicación al mismo sujeto produce resultados iguales, consistentes y coherentes (Hernández-Sampieri, 2006). También se expresa como “el grado de conformidad o divergencia entre los puntajes obtenidos de una muestra y los puntajes o medidas verdaderas” (Pichot, 1963, pp. 141). Se mide en base a la consistencia interna que presente el instrumento aplicado.

Para su definición, se han considerado tres apartados: estabilidad, fiabilidad y predictibilidad. El primero es el grado en el que la medición concuerda consigo misma. El segundo se refiere a la falta de distorsión. Se asocia con la primera, sin embargo, se considera que es menos intuitiva pero más fundamental. El tercero y último se refiere al error de medición, el cual consiste en la menor cantidad de error que presente un instrumento (Kerlinger y Lee, 2002).

En la presente investigación, la confiabilidad se realizó mediante el cálculo Fiabilidad del Coeficiente Alfa de Cronbach. Este tipo de confiabilidad es recomendable utilizarlo, sobre todo, cuando se trata de puntuaciones tipo Likert (Kerlinger y Lee, 2002), puesto que correlaciona entre sí todas las respuestas entregadas.

La confiabilidad entregada por el CCPTS presenta un Alfa de Cronbach de 0.897 para las mujeres (ver página 69), mientras que para los hombres el Alfa de Cronbach es de 0.874 (ver página 57). Esto se obtuvo mediante la aplicación del instrumento a la muestra piloto, por lo que el cuestionario expresa consistencia interna (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

El CCPTS se configuró como tal en base al MMPI-2 (adaptación colombiana que presentó un Alfa de Cronbach que osciló entre 0,78 y 0,90) y la BDDE (adaptación colombiana que presentó un Alfa de Cronbach inicial de 0,81).

IV.8.2 Validez.

La validez consiste en el “grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir” (Hernández y cols., 1991, pp. 243). La validez implica la confiabilidad de un instrumento. Sin embargo, un instrumento puede presentar confiabilidad, pero no validez (Kerlinger y Lee, 2002).

No se presenta un único tipo de validez, puesto que depende de los fines con los cuales se construya el instrumento de recolección de datos (Kerlinger y Lee, 2002). Existen 3 tipos de validez, los cuales son: 1) la validez de contenido, 2) validez de criterio y 3) validez de constructo (Kerlinger y Lee, 2002; Hernández y cols., 2006).

La validez de contenido pretende establecer o determinar la representatividad del instrumento en relación con la muestra a la cual se le aplicó. Esto es, porque la propiedad psicológica que se intenta medir, existe en el universo teórico y mediante la investigación se intenta descubrir si existe en la realidad que se estudia (Kerlinger y Lee, 2002).

La validez de criterio se refiere a la comparación del instrumento creado con algún criterio externo, el cual debe ser estándar (Hernández y cols., 1991). Se considera el o los atributos que se estén midiendo para su posterior contrastación con lo postulado teóricamente (Kerlinger y Lee, 2002). Existen dos tipos de validez de criterio: la validez predictiva, consiste en el criterio fijado a futuro, enfatizándose su valor predictivo (Hernández y cols., 1991; Kerlinger y Lee, 2002). El otro tipo de validez de criterio se refiere a la validez concurrente, la cual se utiliza frecuentemente para validar un nuevo instrumento de medición y es donde los resultados se correlacionan con el criterio en el mismo momento de aplicado el instrumento (Hernández y cols., 1991).

El instrumento creado cumple con la validez de concurrencia, puesto que se basa en la sintomatología asociada al diagnóstico del Trastorno de Somatización que propone la Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2002).

La validez de constructo es el tercer tipo de validez, siendo ésta la que más trascendencia tiene desde una perspectiva científica (Hernández y cols., 1991), debido a que “liga conceptos y prácticas psicométricas con conceptos teóricos” (Kerlinger y Lee, 2002, pp. 608). Sin embargo, la presente investigación contribuye a la formación de la validez de constructo, ya que, para la configuración de ésta se necesita de diversas investigaciones en torno a lo que el instrumento mide. El establecimiento de convergencias entre los resultados de distintas investigaciones permitirá el desarrollo de este tipo de validez (Kerlinger y Lee, 2002).

Los instrumentos, utilizados para la construcción del CCPTS, presentan distintos tipos de validez. Por un lado, el MMPI 2, presenta una validez de contenido (adaptación colombiana), y por otro lado la BBDE evidencia una validez de criterio, debido a que se contrastó con la escala Body Shape Questionnaire (Castrillón y cols., 2007) en su adaptación colombiana, además de la contrastación con el DSM IV-TR (2002), puesto que se consideraron los criterios diagnósticos que establece este manual.

IV.8.3 Objetividad.

La objetividad se resguarda en el grado en que un instrumento es permeable a la influencia de los sesgos de quien lo administra, califica o interpreta (Hernández y cols., 2006). El cuestionario creado para la investigación delimita la objetividad en las consignas claras e instrucciones específicas para quien lo administre, como también, para quien lo realice. Esto garantiza la distancia entre el investigador y el objeto de estudio.

La concepción de objetividad es muy similar al concepto de confiabilidad. Se establece que, al medir un objeto de estudio se presentan dos componentes, uno “verdadero” y otro de “error”. El componente verdadero sólo podría ser conocido por un ser omnisciente, puesto que “el sistema de medición es imperfecto” (Kerlinger y Lee, 2002, pp. 585), por ende, una medición verdadera no es posible.

Por otro lado, está el componente de “error”, el cual no se establece como una falla ocurrida en la medición del objeto, sino que se refiere al aumento o disminución de los factores que influyen en la imposibilidad de realizar una medición “verdadera”. La objetividad se relaciona con la confiabilidad en base a la cantidad del componente de “error”, en contraste con el instrumento y no con la cantidad del componente de “verdad”. Por lo tanto, a menor error, se establece que existe mayor confiabilidad y objetividad en el instrumento (Kerlinger y Lee, 2002). Es decir, la objetividad que se presenta en esta investigación no establece que lo estudiado es el resultado de refinaciones de medidas, sino que se da por el reconocimiento de las limitaciones de los instrumentos utilizados y la “objetivación de los efectos de la subjetividad” (Mavárez, 2002, pp. 143) que están en la investigación.

V. ASPECTOS ÉTICOS.

La ética como disciplina filosófica reflexiona sobre la importancia y el sentido de los comportamientos tanto humanos como sociales, de manera objetiva y sistematizada, que incluya una igualdad de derechos para todas las personas en general (França-Tarragó, 2001).

La ética en investigación psicológica se basa en *valores* o *principios generales*, entre los cuales se encuentran el “Principio de Beneficencia y de No Maleficencia, Fidelidad y Responsabilidad, Integridad, Justicia, y Respeto por los derechos y Dignidad de las Personas” (Shaughnessy, Zechmeister, E. y Zechmeister, J., 2007, pp. 59). Es por estas razones que, al comenzar con el proceso investigativo, se deben prever los aspectos éticos entrelazados al estudio para resguardar la integridad de los/as participantes, como también la de los/as investigadores/as (França-Tarragó, 2001).

Para lograr establecer los parámetros necesarios de la ética en investigación, se recomienda realizar un análisis con personas expertas en este tipo de procedimientos. Éstas, pueden ayudar a facilitar, clarificar y prevenir las dificultades que se presentan al momento de comenzar un proceso investigativo que involucren la participación de sujetos a nivel psicológico o social. Es por eso que en algunas universidades se cuenta con un *Consejo Institucional de Revisión*, el cual delimita si la investigación posee algún riesgo, ya sea mínimo o máximo. La comisión es la que decide si es factible realizarla o no (Shaughnessy y cols., 2007).

En el caso particular de ésta investigación, se realizó y expuso públicamente un anteproyecto el cual constaba de un apartado ético, en el que se presentaban los derechos de los/as participantes. De esta manera, se buscaba el equilibrio subjetivo entre lo que aportaba la investigación como conocimiento científico, a nivel social, y lo que se le entregaba al/la participante, a nivel personal. Se trabajó en prevenir el daño social o psicológico de los/as encuestados/as, ya que el proceso en sí mismo, conlleva una carga de estrés. Es por ésta razón que se estipuló un Riesgo Mínimo, es decir, que la entrevista no afectara más allá de lo que afecta un día de rutina (Shaughnessy y cols., 2007).

Para disminuir el Riesgo Mínimo que producía en el entrevistado/a, se efectuó un consentimiento informado (anexo 1, pp. 88). Para Shaughnessy y cols. (2007, pp. 69) el consentimiento informado:

“tiene la responsabilidad ética de dejar en claro al participante lo que la investigación implica, incluyendo cualquier riesgo para el participante, así como el respeto a la dignidad y a los derechos del individuo durante la experiencia de la investigación”.

Se les explicó detalladamente a los/as participantes que la información entregada era de carácter confidencial y que el público, en general, no iba a tener acceso a la información personal entregada por cada uno/a de ellos/as, por ende, no se les podría identificar (Kerlinger y Lee, 2002).

En este consentimiento, se establecía la libertad de participar, como también, la libertad que el/la participante tenía de retirarse cuando él o ella lo estimara conveniente. Además, resguarda la privacidad como una concepción básica, ya que todo lo aportado al proceso investigativo, sólo cuenta dentro de este estudio y sus datos no son divulgados, por lo que se resguarda de manera holística al/la participante.

Para realizar el proceso lo más transparente posible, una vez finalizada la entrevista se les explicó a las personas participantes qué es lo que se pretendía pesquisar con los datos obtenidos en las respuestas entregadas (Shaughnessy y cols., 2007). Es decir, se realizó una devolución con el/la participante, recalando los aspectos positivos relacionados con el aporte entregado a la investigación.

La información descrita por Shaughnessy y cols. (2007) complementa a lo determinado por França-Tarragó (2001), quienes establecen que dentro de la ética se encuentran las reglas de la psico-ética, la cual consta de tres reglas universales que deben ser respetadas cuando existe un trabajo binario entre persona-psicólogo, basándose en la confidencialidad de los datos que se van a obtener, la veracidad que contiene el fin último de la investigación y el cumplimiento de las palabras expresadas, es

decir, la fidelidad que se expresa en el consentimiento informado; pacto realizado entre el psicólogo-investigador y la persona-investigada.

Dentro de los aspectos éticos, también se resguardan los derechos de autor y los conocimientos entregados por los/as distintos/as literatos/as consultados/as. Esto se evidencia en la utilización de los nombres de dichos autores/as al momento de escribir citas textuales o parafrasear lo expresado por otros/as. De esta forma se complementó la mayoría de los párrafos del marco teórico, epistemológico y metodológico, evitándose el robo o plagio intelectual de los aportes entregados por investigaciones realizadas anteriormente (Shaughnessy y cols., 2007).

VI. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS.

VI.1 Análisis de las Hipótesis de Investigación.

VI.1.1 Presencia de Sintomatología del Trastorno de Somatización en Hombres.

La hipótesis 1, señala que se espera encontrar bajo un 0,2% la prevalencia de la percepción de los síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en los hombres (estudiantes de UCR).

Las siguientes tablas (78, 78.1, 79, 79.1, 80, 81) resumen la presencia o la ausencia de la percepción de síntomas del Criterio B establecido por el DSM IV-TR (2002) para el Trastorno de Somatización. Para definir la “ausencia”, se designó a las puntuaciones que van desde “nunca”, “rara vez” y “a veces”, mientras que la “presencia” se estableció mediante aquellos valores que se encontraron en el gradiente “frecuentemente” y “siempre”.

Tabla 78.

Percepción de síntomas dolorosos en universitarios.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausencia	97	75,2	75,2	75,2
	Presencia	32	24,8	24,8	100,0
	Total	129	100,0	100,0	

Los hombres que puntuaron “nunca”, “rara vez” o “a veces”, en las preguntas referidas a la percepción de Síntomas Dolorosos constituyeron el 75,2% de la muestra, mientras que los que expresaron “frecuentemente” o “siempre” en estos ítems alcanzaron el 24,8%. Sin embargo, no es posible delimitar si los 32 estudiantes universitarios presentaron sintonía con el Factor Síntomas Dolorosos. Para esto, debían responder por lo menos en 4 ítems “frecuentemente” o “siempre”, y así establecer si presentaban o no percepción de los síntomas dolorosos del Trastorno. En la siguiente tabla se expresan los hombres que cumplieron con la delimitación para la percepción de los Síntomas Dolorosos.

Tabla 78.1.

Prevalencia de percepción de síntomas dolorosos que cumplen con Criterio B-1 en universitarios.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausencia	129	100,0	100,0	100,0

La tabla 78.1 muestra la ausencia del Factor Síntomas Dolorosos en los hombres universitarios. El total de 129 hombres no presenta un mínimo de cuatro Síntomas Dolorosos puntuados “frecuentemente” o “siempre”, no alcanzando a presentar una percepción de síntomas clínicos necesarios para la configuración del componente, es decir, no se cumple con el Criterio B-1 del Trastorno de Somatización descrito por el DSM IV-TR (2002).

Tabla 79

Percepción de síntomas gastrointestinales en universitarios

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausencia	105	81,4	81,4	81,4
	Presencia	24	18,6	18,6	100,0
	Total	129	100,0	100,0	

La tabla 79 muestra la percepción de los Síntomas Gastrointestinales que presentaron los entrevistados. El 81,4% de ellos respondió “nunca”, “rara vez” o “a veces”, considerándose ausencia en la percepción de dichos síntomas. El 18,6% de los universitarios presentó una percepción de los síntomas clínicos, ya que respondieron “frecuentemente” o “siempre” a la manifestación de estos.

Tabla 79.1.

Prevalencia de percepción de síntomas gastrointestinales que cumplen con Criterio B-2 en universitarios.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausencia	116	89,9	89,9	89,9
	Presencia	13	10,1	10,1	100,0
	Total	129	100,0	100,0	

La prevalencia de percepción de Síntomas Gastrointestinales se presentan en la tabla 79.1. Dicha tabla expresa que, del total de hombres entrevistados, el 89,9% no refiere percepción de estos síntomas que indique la presencia del criterio B-2 del Trastorno de Somatización, ubicándose en la categoría de “ausencia”. En 13 casos se encuentra la presencia de percepción de Síntomas Gastrointestinales, equivalente al 10,1% de la muestra. Dentro de este porcentaje están todos los hombres que presentan la percepción de los síntomas gastrointestinales.

Los hombres que respondieron a una sola pregunta como “frecuentemente” o “siempre”, quedaron en la categoría de ausencia de la percepción de los síntomas clínicos del criterio B-2 del Trastorno de Somatización.

Tabla 80.

Prevalencia de percepción de síntomas pseudoneurológicos que cumplen con Criterio B-3 en universitarios.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausencia	121	93,8	93,8	93,8
	Presencia	8	6,2	6,2	100,0
	Total	129	100,0	100,0	

La prevalencia de percepción de síntomas pseudoneurológicos que cumplen con Criterio B-3 en universitarios se expresan en la tabla 80. Del total de la muestra, 121 estudiantes respondieron “nunca”, “rara vez” o “a veces” a estas preguntas, alcanzando el 93,8%. Estos se agruparon dentro de la categoría de “ausencia” de la percepción de síntomas clínicos del criterio B – 3 para el Trastorno de Somatización.

Además, esta tabla muestra que sólo 8 hombres (6,2%) cumplen con el criterio del componente Síntomas Pseudoneurológicos del Trastorno de Somatización. Se consideraron dentro este factor, a todos los hombres que puntuaron “frecuentemente o siempre” en al menos una pregunta referido a la percepción de estos síntomas.

Tabla 81.

Prevalencia de percepción de síntomas sexuales que cumplen con Criterio B-4 en universitarios.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausencia	125	96,9	96,9	96,9
	Presencia	4	3,1	3,1	100,0
	Total	129	100,0	100,0	

La percepción referida al Factor Síntomas Sexuales en universitarios, se muestra en la tabla 81. Se extrae que el 96,9% de total de la muestra respondió “nunca”, “rara vez” o “a veces” en las 4 preguntas referidas a la percepción de estos síntomas, por lo que se agrupó en la categoría “ausencia” .

Se desprende de esta tabla, que sólo 4 personas (3,1%) puntuaron “frecuentemente” o “siempre” en una o más preguntas sobre la percepción de los Síntomas Sexuales, indicando la presencia del criterio B-4 del Trastorno de Somatización. Sólo necesita de la percepción de un síntoma sexual.

VI.1.2 Análisis de Hipótesis 1.

La primera hipótesis de investigación se analiza en la siguiente tabla (82). Dicha tabla muestra la percepción de los síntomas clínicos “considerables” o “no considerables” para el cumplimiento del criterio B del Trastorno de Somatización en la muestra de hombres universitarios entre 18 a 24 años pertenecientes a universidades del Consejo de Rectores.

La percepción de los síntomas se agruparon de acuerdo al requisito mínimo que se expresa en cada uno de los cuatro apartados del criterio B (Síntomas Dolorosos, Síntomas Gastrointestinales, Síntomas Pseudoneurológicos y Síntomas Sexuales) del Trastorno de Somatización (APA, 2002). La percepción de los síntomas que se agruparon en la categoría “no considerables”, fueron todas aquellas que no cumplieron con los requisitos mínimos de cada subdivisión del criterio B. En cambio, la percepción de los síntomas

“considerables”, cumplieron con el mínimo de percepción de síntomas requeridos en los apartados de dicho criterio.

Una vez realizada la categorización, se revisó la percepción mínima de síntomas establecidas para el criterio B-1 (Síntomas Dolorosos), B-2 (Síntomas Gastrointestinales), B-3 (Síntomas Pseudoneurológicos) y B-4 (Síntomas Sexuales) del Trastorno de Somatización.

El criterio B-1 debía tener cuatro o más respuestas puntuadas como “frecuentemente” o “siempre”, respecto de la percepción de los Síntomas Dolorosos, agrupándose así, en la categoría “considerable”. De esta manera, se cumplía con la percepción de los síntomas de este criterio. Lo mismo ocurrió con la percepción de síntomas Gastrointestinales, en la cual debían presentarse dos o más respuestas con característica “frecuentemente” o “siempre”. Para el criterio B-3 y B-4 se necesitaba de al menos una respuesta que puntuase “frecuentemente” o “siempre” respecto de la percepción de los síntomas pseudoneurológicos y sexuales.

La percepción de Síntomas Dolorosos y Gastrointestinales, se codificaron “no considerable” de la sintomatología del Trastorno, a pesar de que la persona hubiese respondido algunos ítems “frecuentemente” o “siempre”. Esto ocurrió sólo cuando no se cumplía con el criterio mínimo de percepción de síntomas por cada sub criterio.

Tabla 82.

Prevalencia de percepción de síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en universitarios.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No Considerable	129	100,0	100,0	100,0
	Considerable	0	0	0	100,0

La tabla denominada “Prevalencia de percepción de síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en universitarios”, muestra que del total de hombres entrevistados, ninguno de ellos cumplía con los requisitos del Criterio B del DSM IV-TR (2002), para presentar la percepción de la sintomatología clínica asociada al Trastorno de

Somatización, concluyéndose así la ausencia de la percepción de los síntomas clínicos de este Trastorno en los estudiantes universitarios.

Tabla 83.

Hipótesis estadística 1.

$X < 0,2\%$ SIENDO $0\% < 0,2\%$

La Tabla 83 muestra la comprobación estadística de la primera hipótesis de investigación. El porcentaje de la muestra de los hombres universitarios que presenta la percepción de la sintomatología asociada al Trastorno de Somatización no supera el 0,2%, existiendo una ausencia de éste en la investigación. Esto no quiere decir que los hombres universitarios no presenten percepción de Síntomas Dolorosos, Gastrointestinales, Pseudoneurológicos y/o Sexuales, sino que la cantidad de percepción de síntomas necesarios por cada Factor no cumple con el Criterio B entregado por el Manual Estadístico de Enfermedades Mentales, en su cuarta edición revisada (APA, 2002).

Se debe considerar que el instrumento creado no mide la totalidad del objeto, salvo la percepción los síntomas clínicos que presenta la persona respecto del criterio B del Trastorno de Somatización (APA, 2002).

VI.1.3 Presencia de Sintomatología del Trastorno de Somatización en Mujeres.

La hipótesis 2, señala que los resultados de la investigación, no deben superar el 2% de la prevalencia de la percepción de los síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en mujeres estudiantes de universidades del Consejo de Rectores de la ciudad de Chillán.

Las siguientes tablas (84, 84.1, 85, 85.1, 86, y 87) resumen la presencia o la ausencia de la percepción de síntomas del Criterio B establecido por el DSM IV-TR (2002) para el Trastorno de Somatización. Para definir la “ausencia”, se designó a las puntuaciones que van desde “nunca”, “rara vez” y “a veces”, mientras que la “presencia”

se estableció mediante aquellos valores que se encontraron en el gradiente “frecuentemente” y “siempre”.

Tabla 84.
Percepción de síntomas dolorosos en universitarias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausencia	58	43,6	43,6	43,6
	Presencia	75	56,4	56,4	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

La tabla 84 muestra la percepción de los Síntomas Dolorosos en universitarias. El 43,6% de las estudiantes, respondieron “nunca”, “rara vez” o “a veces” en las preguntas referidas a la percepción de estos síntomas. Este porcentaje se considera como ausencia de la percepción de síntomas clínicos referidos al criterio B-1 del Trastorno de Somatización.

Las estudiantes que respondieron “frecuentemente” o “siempre” alcanzaron el 56,4% de la muestra. Las 75 estudiantes presentan percepción de Síntomas Dolorosos desde hace un año hasta la actualidad. Sin embargo, esto no quiere decir que cumplan con el criterio B-1, ya que deben referir, por lo menos, la percepción de cuatro síntomas dolorosos.

Tabla 84.1
Prevalencia de percepción de síntomas dolorosos que cumplen con Criterio B-1 en universitarias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausencia	119	89,5	89,5	89,5
	Presencia	14	10,5	10,5	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

La tabla 84.1 muestra la prevalencia de percepción de síntomas dolorosos que cumplen con el Criterio B-1 en universitarias. Un total de 119 mujeres se encuentra dentro de la categoría de *ausencia* de percepción de estos síntomas. Sin embargo, un 10,5% de las entrevistadas, presentaron un mínimo de cuatro respuestas en el gradiente

“frecuentemente” o “siempre” referidas a la percepción de síntomas clínicos del Trastorno en estudio, configurando la “presencia” del Factor en el Trastorno (APA, 2002).

Tabla 85.

Percepción de síntomas gastrointestinales en universitarias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausencia	64	48,1	48,1	48,1
	Presencia	69	51,9	51,9	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

La tabla 85 muestra la percepción de síntomas gastrointestinales en universitarias. Todas las estudiantes que respondieron “nunca”, “rara vez” o “a veces”, se agruparon en la categoría “ausencia” de percepción de síntomas clínicos del criterio B-2, alcanzando el 48,1%. Las estudiantes que respondieron “frecuentemente o siempre” configuraron el 51,9% de la muestra.

Tabla 85.1

Prevalencia de percepción de síntomas gastrointestinales que cumplen con el Criterio B-2 en universitarias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausencia	80	60,2	60,2	60,2
	Presencia	53	39,8	39,8	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

La prevalencia de la percepción de síntomas gastrointestinales que cumplen con el Criterio B-2 en universitarias, se presenta en la tabla 85.1. Dicha tabla expresa que, del total de mujeres entrevistadas, el 60,2% de las universitarias pertenecientes a universidades del Consejo de Rectores, no presenta una percepción de los síntomas que configura el criterio B-2. No obstante, en 53 casos se encuentra la presencia de la percepción de Síntomas Gastrointestinales del Trastorno en estudio, equivalentes al 39,8%.

Tabla 86.

Prevalencia de percepción de síntomas pseudoneurológicos que cumplen con Criterio B-3 en universitarias

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausencia	104	78,2	78,2	78,2
	Presencia	29	21,8	21,8	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

La tabla 86 muestra la prevalencia de percepción de síntomas pseudoneurológicos que cumplen con Criterio B-3 en universitarias. Todas las estudiantes que respondieron “nunca”, “rara vez” o “a veces” al total de las preguntas, alcanzaron el 78,2%. Las estudiantes que respondieron “frecuentemente” o “siempre” al menos a una pregunta, configuran el 21,8% de la muestra. La percepción de Síntomas Pseudoneurológicos está presente en el 21,8% de la muestra.

Tabla 87.

Prevalencia de percepción de síntomas sexuales que cumplen con Criterio B-4 en mujeres universitarias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Ausencia	96	72,2	72,2	72,2
	Presencia	37	27,8	27,8	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

La tabla 87 muestra la prevalencia de percepción de síntomas sexuales que cumplen con el criterio B-4 en mujeres universitarias.. Todas las estudiantes que respondieron “nunca”, “rara vez” o “a veces”, se agruparon en la categoría “ausencia” de la percepción de síntomas sexuales, alcanzando el 72,2% del total de la muestra. Las estudiantes que respondieron “frecuentemente” o “siempre” en el CCPTS, configuran el 27,8% de la muestra. Sólo se necesita presentar al menos una respuesta “frecuentemente” o “siempre”, para ser considerada la presencia la percepción de estos síntomas (APA, 2002).

VI.1.4 Análisis de Hipótesis 2.

Al analizar la hipótesis 2, los componentes deben arrojar sus resultados, no por separado como se realizó anteriormente en el análisis descriptivo-estimativo, sino en su conjunto para ver cuánto porcentaje de la muestra puede presentar la percepción de la sintomatología asociada al Trastorno en estudio.

La percepción de los síntomas se agruparon en las categorías “considerable” y “no considerable” de la percepción de los síntomas clínicos del Trastorno de Somatización. Se utiliza la misma configuración realizada en el análisis de la hipótesis 1 (ver página 85).

Tabla 88.

Prevalencia de percepción de síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en universitarias.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No considerable.	131	98,5	98,5	98,5
	Considerable	2	1,5	1,5	100,0
	Total	133	100,0	100,0	

La tabla (88) muestra la prevalencia de percepción de síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en universitarias. Del total de la muestra, 131 mujeres no presentaron la percepción de la sintomatología necesaria en cada Factor para cumplir con todo el criterio B del Trastorno de Somatización. Es decir, el 98,5% no presenta la percepción de síntomas. Sólo dos mujeres universitarias presentaron la percepción de la sintomatología necesaria para establecer la presencia del Trastorno en estudio.

Tabla 89.

Hipótesis estadística 2.

$X < 2\%$ SIENDO $1,5\% < 2\%$

La tabla 89, muestra la segunda hipótesis, la que se comprueba, puesto que el porcentaje de la muestra que presenta la percepción de la sintomatología asociada al Trastorno de Somatización no supera el 2%, siendo 1,5% del total de la muestra.

Se debe considerar que el instrumento creado no mide la totalidad del objeto, salvo la percepción los síntomas clínicos que presenta la persona respecto del criterio B del Trastorno de Somatización (APA, 2002).

VI.2 Confrontación de Datos en Hipótesis 3.

Para probar la existencia de diferencias significativas entre la muestra de hombres y mujeres universitarios/as, fue necesario transformar la puntuación total obtenida por cada uno de los/as participantes en los cuestionarios a *porcentaje de somatización*.

Dicho porcentaje se refiere a la puntuación total que obtuvo cada persona en el cuestionario, multiplicado por cien y dividido por el total de puntuación de los cuestionarios. La puntuación total en el cuestionario de hombres fue distinto al de mujeres, puesto que, el CCPTS-M, tiene un ítem más. Por tal razón se estableció este porcentaje para poder llevar a cabo una contrastación de medias.

Tabla 90.

Estadísticos de grupo

	Sexo	N	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media
Porcentaje Somatización	Mujeres	133	41,041	11,6148	1,0071
	Hombres	129	32,605	8,0039	,7047

Los resultados expuestos en la tabla 90 demostraron que la media del grupo “Mujeres” universitarias, correspondió al 41,04, mientras que la de “Hombres” universitarios fue de 32,605. Ambos grupos difieren significativamente. Se presenta mayor variabilidad respecto de la media en el grupo de las mujeres (11,6) que en el grupo de los hombres (8) (Gardner, 2003).

Tabla 91.

Prueba de muestras independientes

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	T	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Porcentaje de Somatización	Se han asumido varianzas iguales	21,412	,000	6,826	260	,000	8,4360	1,2359	6,0023	10,8696
	No se han asumido varianzas iguales			6,863	234,842	,000	8,4360	1,2292	6,0143	10,8576

Respecto de la tabla 91, la razón F no fue significativa. El test de Levene midió la centralidad de la distribución normal en base a la media, la cual resultó inferior a 0.5, por lo que no se puede comprobar la significancia de T Student (Gardner, 2003).

Al no poder comprobar el T Student, se rechaza la hipótesis de investigación. Se concluye que la diferencia de la desviación estándar, se debe a otras características que influyeron en las respuestas referentes a los síntomas clínicos, por lo que no se presenta una homogeneidad de varianzas (Gardner, 2003).

La percepción de síntomas somáticos, se encuentra presente en la muestra general, sin embargo, ésta no pudo verse reflejada en los valores de la media y en la dispersión de ésta debido al tamaño de la muestra (Gardner, 2003).

Para poder comprobar si se presentan o no diferencias significativas respecto de la media centralizada, será necesario realizar posteriores investigaciones en relación a la percepción de síntomas somáticos en estudiantes o en otra población de estudio. Por el momento, la hipótesis no se comprueba, pero tampoco se rechaza, puesto que los resultados de esta hipótesis no son concluyentes (Kerlinger y Lee, 2002). En conclusión, la tercera hipótesis de investigación no puede comprobarse, por lo que se acepta provisionalmente la hipótesis nula debido a la dispersión de datos presente en la población estudiada.

VII. CONCLUSIONES.

VII.1 El grado de error y el grado de verdad.

Las puntuaciones obtenidas en los resultados de la investigación, no miden la totalidad del objeto en estudio, ya que el Cuestionario Clínico de la Percepción del Trastorno de Somatización (CCPTS), presenta limitaciones propias, intrínsecas a la medición objetiva de la realidad. La causa de dicha limitación se debe a la inexistencia de una herramienta de medición que pueda calcular el total de la variable psicológica (Kerlinger y Lee, 2002).

Kerlinger y Lee (2002, pp.585) en relación a las respuestas entregadas por los sujetos expresan que “cada persona posee una puntuación obtenida (...), dicha puntuación tiene dos componentes: un componente verdadero y un componente de error”. Por lo tanto, como no se puede medir el componente “verdadero”, es decir, la totalidad de la variable, se ha considerado la confiabilidad del instrumento a través de la medición del “error”. A menor error obtenido en el CCPTS, se presenta mayor confiabilidad.

La medición de fiabilidad se hizo en relación al Alfa de Cronbach, el cual dio como resultado un Alfa de 0,874 en el CCPTS-H (hombres) y un Alfa correspondiente a 0,897 en el CCPTS-M (mujeres). Dichas puntuaciones expresan que el cuestionario presenta una alta consistencia interna, por lo que el componente de error se ve significativamente disminuido.

VII.2 De la Subjetividad a la Objetividad.

La creación y posterior aplicación del cuestionario, permitió la transformación de la sensación subjetiva del “sentirse enfermo” del participante, a una elaboración estadística entregada por las puntuaciones obtenidas en el CCPTS (Di Silvestre, 1998). Esto contribuyó a una medición objetiva de la percepción de los síntomas asociados al Trastorno de Somatización. A pesar de que la sensación subjetiva nunca se podrá medir de manera objetiva, la reificación de la subjetividad de la persona en datos numéricos

permitió el establecimiento de prevalencia de la percepción de los síntomas del Trastorno estudiado.

Además, la transformación de la subjetividad a la objetividad, mediante consensos respecto de la percepción de la sintomatología y cómo esta se presenta en los sujetos, se relaciona con el paradigma epistemológico de investigación. El neopositivismo, expresa que hay patrones de la realidad que se escapan a lo cuantificable (Bunge, 2004), por lo que establecer parámetros conmensurables en ellos es algo no posible de realizar. Sin embargo, la percepción de los síntomas en la investigación, es la manera objetiva de medir la prevalencia del trastorno en estudio.

VII.3 Aplicación del instrumento en otros contextos.

Al no encontrarse evidencia de investigaciones acerca de la medición del Trastorno de Somatización, en base a criterios diagnósticos del DSM IV-TR (2002), dificulta la posibilidad de establecer un instrumento que mida el Trastorno de manera fiable. Es por esto que el instrumento creado para esta investigación puede servir para futuras exploraciones acerca de dicho Trastorno. La existencia de un cuestionario basado en los criterios clínicos del DSM IV-TR (2002), permite un trabajo más acucioso en relación a la sintomatología de esta enfermedad y las variaciones del comportamiento respecto de la percepción de los síntomas del Trastorno en otras poblaciones, como lo son la población clínica, población estudiantil, entre otras.

No sólo se pueden evaluar otras poblaciones, sino que también otros contextos, puesto que el factor contextual es decisivo para la percepción de síntomas somáticos (Di Silvestre, 1998), siendo alrededor de un 70% la relación entre la percepción de alteraciones corporales (síntomas somáticos) y factores naturales o ambientales. Por el contrario, sólo un 5% de las molestias que se padecen se deben a reales enfermedades (González y cols., 2009).

VII.4 Riesgo Mínimo en la Investigación.

La población estudiada en la presente investigación, consistió en un grupo de estudiantes de universidades pertenecientes al Consejo de Rectores de la ciudad de Chillán. En esta investigación se llevaron a cabo procedimientos similares a aquellas actividades diarias de los estudiantes. Los cuestionarios se aplicaron en el mismo contexto en el cual se desenvuelven cotidianamente: la universidad.

El instrumento se confeccionó con los materiales que regularmente utilizan los y las estudiantes. Estas características del estudio permitieron el establecimiento de un Riesgo Mínimo en el proceso de la investigación, puesto que “el daño o inconformidad que los participantes experimentaron en la investigación, no fue mayor que el que pueden experimentar en sus rutinas diarias” (Shaughnessy y cols. 2007, pp. 66). De esta manera, se mantuvo un aspecto ético relevante en la investigación y se evitó una aplicación del instrumento en contextos diametralmente diferentes al habitual.

El tener cierto control sobre el Riesgo Mínimo, contribuye a evitar una variable de disturbo: El Estrés, el cual está puede estar presente en los sujetos que participaron y/o en el contexto en el que se desarrolló la investigación (Shaughnessy y cols., 2007). Por esta razón, el minimizar los riesgos, contribuye a que el objeto de estudio, pueda ser alcanzado de manera más objetiva.

VII.5 La Confiabilidad y la Validez.

La consistencia interna entregada por el cuestionario expresa una alta confiabilidad, puesto que el Alfa de Cronbach para el cuestionario de los hombres es de 0,874 y en mujeres es de 0,897, por lo que el instrumento presenta la fiabilidad necesaria para poder obtener resultados similares en un mismo sujeto (Hernández-Sampieri, 2006).

El cuestionario, al ser creado para la investigación no contaba con los tipos de validez requeridos para ser un instrumento fiable (Kerlinger y Lee, 2002).

El instrumento se sometió a un proceso de revisión, en una primera instancia, por parte de un grupo de expertos y expertas en docencia clínica. Los ítems estaban formulados en base a los criterios diagnósticos A y B del DSM IV-TR (2002), por lo que se constaba con un modelo teórico validado. El CCPTS cumple con los indicadores necesarios que definen a los instrumentos de medición con una alta validez de contenido. Dentro del proceso de validación, las expertas y expertos que revisaron el instrumento, expresaron que se encontraba una representatividad en las preguntas (Kerlinger y Lee, 2002).

El análisis teórico para lograr una validez de criterio se establece con manuales estandarizados mundialmente como lo es la Clasificación Internacional de Enfermedades Mentales, en su décima versión revisada (CIE-10, 1992). También contribuye a este tipo de validez el aporte entregado por Noguera y cols. (2007), quienes describen los síntomas somáticos que se presentan en el Trastorno de Somatización. La revisión bibliográfica contribuye a que se establezca este tipo de validez dentro del instrumento creado.

La aplicación del instrumento en diferentes contextos, contribuiría al desarrollo de evidencia empírica acerca de la presencia de la percepción de la sintomatología del Trastorno de Somatización en distintas circunstancias. De esta manera se llevaría a cabo la sistematización de *Convergencias* significativas acerca del constructo, evaluando la similitud (o no) de los resultados, explicados posteriormente por la teoría misma. (Kerlinger y Lee, 2002; Shaughnessy y cols. 2007).

En el instrumento y los resultados obtenidos, también se encuentra la presencia de *Discriminación*, la cual permite la diferencia empírica del constructo en relación a otros constructos. Esto se muestra en la formulación y redacción de las preguntas, ya que se pueden discriminar la presencia de otros Trastornos, tales como la Hipocondría o el Trastorno Facticio (Kerlinger y Lee, 2002; Shaughnessy y cols. 2007).

Sin embargo, en la presente investigación, esto no se logra totalmente, ya que el instrumento necesita ser aplicado en otros contextos para establecer las convergencias y las discriminaciones necesarias para que se configure objetivamente. Es por esto que la

validez de criterio es una limitante que el instrumento, que por el momento, no puede cubrir. En el presente estudio comienza a configurarse como tal esta validez.

VII.6 Frecuencia Temporal respecto de la presencia de sintomatología asociada al Trastorno.

El Criterio A para el diagnóstico del Trastorno de Somatización expresado por el DSM IV-TR (2002), explicita que los síntomas deben tener una perduración regular de por lo menos un año. El CCPTS se confeccionó para medir la percepción de los síntomas del Trastorno en estudio, durante los últimos 12 meses desde aplicado el cuestionario. El mismo manual (2002) explica que la duración de los síntomas se debe a un consenso temporal, respecto de la presencia de éstos. Aquellos síntomas que se presentan antes de 6 meses, pueden considerarse como una expresión de otros Trastornos, como la Depresión, Trastornos de Ansiedad, y Trastornos de Adaptación. En cambio, cuando los síntomas persisten durante más de 6 meses, conforman un cuadro de algún Trastorno Somatomorfo, en particular, un Trastorno de Somatización (Campayo, 2007).

En base a lo mencionado anteriormente, la elaboración del CCPTS, en sus dos versiones (mujeres y hombres), se efectuó con el fin de que pesquisara la percepción los síntomas somáticos, durante el período de los últimos doce meses. Esta característica se entrelaza con un componente que expresa García (2007) para el Trastorno de Somatización: el *componente experimental*, el cual se refiere a la sensación subjetiva del síntoma en el cuerpo que se manifiestan en el tiempo. El *componente cognitivo* se refiere a la interpretación que se hace de las manifestaciones corporales, mientras que el *componente conductual*, hace alusión a las acciones que ha podido llevar a cabo la persona en relación a aquellas manifestaciones corporales que considera disfuncionales.

VII.7 La subdivisión de los Síntomas Dolorosos en hombres.

La descripción del Criterio B para el diagnóstico del Trastorno de Somatización en el DSM IV-TR (2002), se basa en 4 síntomas principales, los cuales son: Síntomas de Dolor, Síntomas Gastrointestinales, Síntomas Sexuales y Síntomas Pseudoneurológicos.

Al reducir los datos, por cada uno de los componentes que expresa el DSM IV-TR (2002) en el cuestionario de hombres, dio como resultado una subdivisión en la percepción de los Síntomas Dolorosos, ya que se presentaban dos factores, respecto de la agrupación de las puntuaciones obtenidas. Los factores se formularon base al peso que presentaba cada ítem dentro de cada factor. El Factor 1 presentó todos los valores sobre 0,5, por lo que se denominó Síntomas Dolorosos Generales, puesto que abarcaba la percepción de estos síntomas en zonas de todo el cuerpo. El segundo factor presentó un total de tres valores sobre 0,5, por lo que presentaba ítems necesarios para poder configurarlo (Lazcano, 2008). Este factor se denominó Síntomas Dolorosos Específicos, ya que aludía a percepciones de síntomas dolorosos en partes específicas del cuerpo.

De acuerdo a los resultados de dichos factores, se logró desprender la relevancia de la percepción “síntomas dolorosos” en los estudiantes y cómo se configuraron. Dicha percepción pudiese explicarse en relación a sus experiencias previas (Di Silvestre, 1998), u otras situaciones que se presentaban al momento de realizar el cuestionario.

VII.8 Prevalencia de síntomas: Mujeres v/s Hombres.

La presencia de preguntas sexuales, provocaron particular rechazo en las mujeres, evidenciándose en la dificultad para responder las preguntas relacionadas con este aspecto o en comentarios posteriores a la entrega de los cuestionarios.

Sin embargo, los resultados obtenidos por el CCPTS, arrojaron una alta prevalencia en la percepción de los síntomas sexuales respecto de lo que expresaban las mujeres al contestar el cuestionario, encontrándose un 27,8% en la percepción de estos síntomas, 6% más que la presencia de síntomas pseudoneurológicos (tabla 86).

En relación a la percepción de los síntomas sexuales, los resultados de los hombres, arrojaron una prevalencia del 3,1% (tabla 80), porcentaje significativamente menor al arrojado por las mujeres universitarias.

Tabla 92.

Distribución de los ítems en común y diferentes para los cuestionarios de hombres y mujeres.

	Hombres (CCPTS-H)	Mujeres (CCPTS-M)
Preguntas únicas.	<ul style="list-style-type: none"> • Reflujos gastroesofágicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vómitos y náuseas. • Intolerancia a distintos alimentos.
Preguntas en común.	<ul style="list-style-type: none"> • Colon irritable. • Hinchazón al estómago. • Acidez y ardor estomacal. • Diarreas 	

Las diferencias entre ambos cuestionarios respecto de la percepción de los Síntomas Gastrointestinales se grafican en la tabla 92. Por un lado, la validación del cuestionario para la percepción de los Síntomas Gastrointestinales, dio como resultado un ítem más en el cuestionario de mujeres que en el cuestionario de hombres. Las preguntas que tienen en común ambos cuestionarios, se relacionan con colon irritable, acidez estomacal, e indigestión en general. En el caso del cuestionario para hombres, la pregunta que es exclusiva de esta versión del CCPTS, se relaciona con los reflujo alimenticios. El cuestionario de mujeres, se caracterizó por presentar dos preguntas en particular, que no compartía con el cuestionario de hombres: los ítems relacionados con la manifestación de náuseas y/o vómitos e intolerancia a distintos alimentos.

El ítem relacionado a la presencia de reflujo alimenticios en el cuestionario de hombres, se considera relevante en los resultados de este estudio. En el año 2003 el Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (2004) realizó una encuesta nacional en donde midió la prevalencia de síntomas crónicos de reflujo gastroesofágico. Los resultados de tal investigación presentaron una frecuencia del 26% en hombres y 33% en mujeres. Dicha investigación se realizó en torno a la presencia de ese síntoma en particular y no la asociación del reflujo con otra patología, como el Trastorno de Somatización.

Lo anterior indica que el cuestionario pudo medir realmente la percepción de los síntomas del Trastorno en estudio, puesto que la existencia de dicho ítem, se relaciona con el abanico de síntomas que presenta el Trastorno de Somatización. En el caso de las mujeres, la eliminación del ítem relacionado con el reflujo en el proceso de validación,

indicaría la poca prevalencia de estos síntomas en las mujeres y la asociación que se realiza entre este síntoma con los ítems de vómitos e intolerancia a distintos alimentos cuando las mujeres no están embarazadas.

VII.9 Prevalencia de Síntomas Somáticos en el extranjero.

En un estudio realizado el año 2005 por González, Landero y García (2009) en Universidades del estado de Nuevo León, México, se encontró una mayor preocupación sobre los síntomas relacionados con dolores físicos de distintas zonas corporales (dolores de cabeza, genitales y de espalda). En relación a los resultados de la investigación, el CCPTS dio como resultado una prevalencia del 24,8% de los síntomas de dolor en los hombres. Mientras que en las mujeres, se presentó una prevalencia del 56,4% de los síntomas dolorosos.

En contraste con el mismo estudio antes citado, se encuentra una discordancia entre los síntomas relacionados con las relaciones sexuales, puesto que en dicho estudio, los problemas durante las relaciones sexuales se encontraron dentro de los síntomas de menor preocupación con un 93% del total (González y cols. 2009). Por el contrario, los resultados del cuestionario administrado en población universitaria de Chillán, en relación a los síntomas sexuales, se encontró la presencia de un 27,8% en población de mujeres universitarias y un 3,1% en población de hombres universitarios.

Hay que considerar que el estudio realizado por González y cols. (2009) se basó en la relación existente entre la depresión, la ansiedad y síntomas psicósomáticos, por lo que no se midieron exclusivamente los síntomas clínicos del Trastorno de Somatización, sino la presencia de “una dolencia física (...) sin que se alcance un diagnóstico médico que explique suficientemente esos síntomas” (González y cols. 2009, pp. 142).

VII.10 Diferencias de los resultados de investigaciones con bases en criterios de la CIE-10 y el DSM IV-TR por separado.

Si bien, se pudo comprobar la hipótesis acerca de la prevalencia del trastorno en población universitaria, tanto en hombres como en mujeres, datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) demuestran otros resultados. En 1997 se llevó a cabo un estudio realizado por esta institución en 14 países (González y cols., 2009), entre los cuales se encontraba Chile. La investigación abarcó la población de personas que acudían a atención primaria con manifestaciones somáticas. Se consideró tanto a los pacientes que no cumplían los criterios para el Trastorno de Somatización y aquellos que si cumplían con los criterios para diagnóstico de dicho Trastorno.

Se concluyó que existía un alto porcentaje de prevalencia del Trastorno de Somatización, siendo el país que tenía la mayor prevalencia del trastorno. El 36,8% de los hombres presentaban este Trastorno, mientras las mujeres alcanzaban el 11,2% (González y cols., 2009).

A pesar de estas cifras, se debe considerar que el estudio de la OMS se hizo en relación a los criterios diagnósticos establecidos por el CIE-10 (1992) al contrario de esta investigación, la cual cuenta con un instrumento basado sólo en los criterios diagnósticos establecidos por el DMS IV-TR (2002) para el Trastorno de Somatización. Los resultados obtenidos del CCPTS, arrojaron prevalencias muy alejadas a las obtenidas en aquella investigación. Esto se debe a los bajos índices de concordancia que se establece entre los criterios diagnósticos de ambas clasificaciones psiquiátricas (CIE-10,1999; DSM IV-TR, 2002), haciendo imposible el comparar dichos estudios (García, 2007).

Sin embargo, los resultados de la presente investigación son significativamente similares a la prevalencia establecida por el DSM IV-TR (2002). Los hombres alcanzaron una estimación de un 0% respecto de la percepción de los síntomas del criterio B expuesto para el Trastorno de Somatización, mientras que un 1,5% de las mujeres presentaron la percepción de síntomas clínicos de éste Trastorno. La prevalencia que establece el DSM IV-TR (2002) en la población corresponde a un 2% en las mujeres y a

un 0,2% en hombres. Esto se correlaciona con la prevalencia entregada por distintas investigaciones (López y Belloch, 2002; De Cristóforis, 2006; Giménez-Roldán, 2006; entre otros).

VII.11 Prevalencia de la percepción de síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en mujeres, respecto de la teoría.

La teoría estima que la prevalencia del trastorno, desde sus primeras apariciones, es mayor en mujeres que en hombres (De Cristóforis, 2006). Los resultados de esta investigación, confirman la teoría, al presentar una mayor prevalencia de la percepción del Trastorno de Somatización en mujeres.

Briquet (1859) estableció que la prevalencia de estos síntomas se presentaba en mayor cantidad en mujeres que en hombres, centrándose en dolores y quejas sexuales (De Cristóforis, 2006). Los resultados de la tesis corroboran parte de estos datos. La percepción de los síntomas dolorosos se manifestaron en mayor cantidad, encontrándose un 56,4% en mujeres, en contraposición al 24,8% presente en los hombres. También se presentan diferencias en torno de la prevalencia de la percepción de los síntomas sexuales en ambos grupos. Un 27,8% de las universitarias presentan percepción de estos síntomas, mientras que el 3,1% de los hombres, evidencian la percepción de los síntomas sexuales.

Se mantiene la proporción establecida del Trastorno de Somatización en hombres y mujeres, expuesta por el DSM IV-TR (2002), el cual estima que la prevalencia del Trastorno en mujeres y hombres se da en 2% y 0,2%, respectivamente.

Se debe tener en consideración que el CCPTS sólo mide la percepción de los síntomas clínicos del Trastorno de Somatización, por lo que diagnosticarlo en una primera instancia no es viable, ya que para esto, es necesario un examen clínico más exhaustivo.

En base a los resultados obtenidos, se estima conveniente considerar los síntomas somáticos más frecuentes que se presentaron en la investigación, particularmente la

percepción de los Síntomas Dolorosos y Síntomas Gastrointestinales, puesto que fue mayor su prevalencia en ambos sexos. Indagar acerca de la percepción de estos síntomas en el contexto universitario puede significar un gran aporte en relación a la influencia que puede provocar la presencia de estos síntomas en estudiantes y el correlato con el rendimiento académico (González y cols., 2009).

Además, se establece la posibilidad de investigar la presencia de la percepción clínica del Trastorno de Somatización en otras poblaciones de estudiantes y estimar una comparación con la población de estudiantes de la investigación.

VII.12 Contrastación de Hipótesis.

La contrastación de las medias de ambos grupos no presentó la significancia estadística necesaria en el Test de Levene, por lo que la T de Student no pudo aplicarse. Si bien es cierto, la percepción de síntomas somáticos está presente en la muestra general, esta no pudo verse reflejada en los valores de la media y en la dispersión de datos respecto de ésta (Clark-Carter, 2002; Gardner, 2003).

No se puede comprobar si existen diferencias significativas respecto de la homogeneidad de varianza, pero tampoco se puede decir que ésta sea heterogénea. Se concluye que la diferencia de la desviación estándar, se debe a otras características que influyeron en las respuestas referentes a la percepción de los síntomas clínicos, por lo que no se presenta una homogeneidad de varianzas (Gardner, 2003). Se necesitan de posteriores investigaciones que corroboren o refuten lo encontrado en la presente investigación.

Para poder comprobar si se presentan o no diferencias significativas respecto de la media, será necesario realizar posteriores investigaciones en relación a la percepción de síntomas somáticos en estudiantes o en otra población de estudio. La tercera hipótesis de investigación no puede comprobarse, por lo que se acepta provisionalmente la hipótesis nula debido a la dispersión de datos presente en la población estudiada (Kerlinger y Lee, 2002; Clark-Carter, 2002; Gardner, 2003).

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Acevedo, J; Vásquez, A y Mannasero, M. (2007) Consejos sobre la Naturaleza de las Ciencias. *Revista Eureka sobre Enseñanza y Divulgación de las Ciencias*; 4(2), pp. 202-225.

Asociación Psiquiátrica Americana (1980). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-III. Barcelona: Masson.

Asociación Psiquiátrica Americana (1987). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-III TR. Barcelona: Masson.

Asociación Psiquiátrica Americana (1992). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV. Barcelona: Masson.

Asociación Psiquiátrica Americana (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM-IV TR. Barcelona: Masson.

Barlow, D. y Durand, V. (2004). Psicopatología. Madrid: Thomson.

Barriga, O. y Henríquez, G. (2007) La Presentación del Objeto de Estudio. Cinta de Moebio, Revista electrónica de Epistemología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile 17 (9), pp. 1-15.

Batista-Foguet, J., Coenders, G. y Alonso, J. (2004). Análisis factorial confirmatorio. Su utilidad en la validación de cuestionarios relacionados con la salud. *Med. Clin.* 122 (1), pp. 21 – 24.

Bitrán, M., Mena, B., Riquelme, A., Padilla, O., Sánchez, I. y Moreno, R. (2010). Desarrollo y validación de un instrumento en Español para evaluar el desempeño de docentes clínicos a través de las percepciones de sus estudiantes. *Revista Médica de Chile*, 138, pp. 685-693.

Bombana, J. (2006). Síntomas somáticos inexplicados clínicamente: u campo impreciso entre la psiquiatría y la clínica médica. *Journal Bras Psiquiatr*, 55: pp. 308-312.

Briquet, P. (1859) *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris: Ballière.

Bunge, M. (1995) *La Ciencia. Su Método y su Filosofía*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.

Bunge, M. (2000) *La Investigación Científica*. México D.F: Siglo XXI editores.

Campo-Arias, A. y Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: La consistencia interna. *Rev. Salud Pública*, 10 (5), pp. 831-839.

Capponi, R. (1987) *Psicopatología y semiología psiquiátrica*. Santiago: Universitaria.

Carrillo de la Rosa, Y. (2007; 2008) De la Cientificidad a la Racionalidad del Discurso. *Revista Telemática de Filosofía del Derecho*, 3(11); Pp. 335-348

Castrillon, D; Luna, I y Avendaño, G. (2007). Validación del Body Shape Questionnaire (Cuestionario de la Figura Corporal) BSQ para la población colombiana. *Act. Colm*, 10 (1), pp. 15-23.

Cedeño, M. (2001) Aportes de la investigación cualitativa y sus alcances en el ámbito educativo. *Rev. Actualidades Investigativas en Educación*, 1 (1) pp. 1-24.

Cerda, A; Chapela, M. y Jarillo, E. (2009) Acontecimiento, Sentido y Referencia. *Red de Revistas científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 3 (22); Pp. 28-47.

Chacón, P. (2001) *Filosofía de la Psicología*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Chamlers, A. (1999). *¿Qué es esa cosa llamada ciencia?* Madrid: Siglo XXI.

Clark-Carter, D. (2002). Investigación Cuantitativa en Psicología. Del diseño experimental al reporte de investigación. México: Oxford University Press.

Creed, F. (2006). Importancia de los Trastornos Somatomorfos en la Psiquiatría General. *World Psychiatry*, (3):146-150.

Cuevas, A. (2002). Consideraciones en torno a la investigación cualitativa en psicología. *Rev. Cubana Psicológica*, 19 (1), pp.47-56.

Davison, G. y Neale, J. (2000). Psicología de la conducta anormal. México D.F.: LIMUSA.

De Cristóforis, O. (2006). Cuerpo, vínculo, lenguaje en el campo psicossomático. Buenos Aires: Lugar Editorial

Di Silvestre, C. (1998). Somatización y percepción subjetiva de la enfermedad. Cinta de Moebio. Santiago. 4.

Escobar, M. (2004). Isaac y José Horwitz en la psiquiatría chilena. *Rev. méd. Chile*, 132 (11), 1437-1441

Fink, P., Hansen, M., Søndergaard, L. y Frydenberg, M. (2003) Mental illness in new neurological patients. *Journal Neurol Neurosurg Psychiatry*, 74, pp. 817 – 819.

Florenzano R, Acuña J, Fullerton C. (1998). Estudio comparativo de frecuencia y características de los trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de atención en Santiago de Chile. *Rev Méd Chile*, 126 (4), pp. 397-405.

Florenzano, R; Fullerton, C; y Acuña, J. (2000). Comorbilidad de enfermedades médicas crónicas y trastornos psiquiátricos en una población de consultantes en el nivel primario de atención. *Rev med Chile*, 128 (7), pp.729.734.

Florenzano, R; Fullerton, C; Acuña, J y Escalona, R. (2002a). Somatización: aspectos teóricos, epidemiológicos y clínicos. *Rev. chil. neuro-psiquiatría*. 40 (1) pp 20-34.

Florenzano, R; Acuña, J y Fullerton, C. (2002b). Personalidad limítrofe, somatización, trauma y violencia infantil: Un estudio empírico. *Rev. chil. neuro-psiquiatría*, 40 (4), pp. 335-340.

França-Tarragó, O. (2001). Ética para psicólogos. Bilbao: Desclée de Brouwer

Fullerton, C; Acuña, J; Florenzano, R; Cruz, C. y Weil, K. (2003) Psicopatología en pacientes en un hospital general. *Rev. Chil. Neuro-psiquit.* 41 (2). Pp. 103-109

Gaedicke, A y González-Hernández, J. (2010) Somatización y Trastorno Conversivo: Clínica, fisiopatología, evaluación y tratamiento. *Revista Memoriza.com*, 6, pp. 1 – 14.

García, G. y Romero, J. (2009). Comparación de las propiedades psicométricas del MMPI y el MMPI-2 en una muestra de universitarios bogotanos. *Rev. Colombiana de psicología*. 18 (1) pp.19-31

García, J., Alda, M. y Moreno, S. (2005) Somatización y Depresión en atención Primaria. *Salud Global*, 5 (2), pp. 1-8.

García, J. (2007). Fenómenos de somatización en la población penitenciaria: diagnóstico y tratamiento. *Rev. Esp. Sanid. Penit*, 9 (3), pp. 84-91.

Gardner, R. (2003) Estadística para Psicología Usando SPSS para Windows. México: Pearson Educación.

Giménez-Roldan, S. (2006). Histeria. Una perspectiva neurológica. Barcelona: Masson.

González, D. (2002). Epistemología y psicología: Positivismo, anti positivismo y marxismo. *Rev. Cuba. Psicol*, 19 (2), pp. 150-159

González, M; y Landero, T. (2008) Confirmación de un modelo explicativo del estrés y de los síntomas psicósomáticos mediante ecuaciones estructurales. *Rev Panam Salud Pública*, 23 (1), pp. 7–18.

González, M; Landero, T. y García-Campayo, J. (2009) Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Rev. Panam Salud Publica*, 25 (2), pp.141-145

Guba, E. y Lincoln, Y. (1994). *Competing Paradigms in Qualitative Research*. Londres: Sage.

Guyot, V. (2005) Epistemología y prácticas del conocimiento. *Ciencia, docencia y Tecnología* 30 (16), pp. 09-24.

Hakala, M., Karlsson, H., Kurki, T., Aalto, S., Koponen, S. Vahlberg, T. y Niemi, P. (2004). Volumes of caudate nucleus in woman with somatization disorder and healthy women. *Psychiatric Res.*131, pp. 71-80.

Hatice, G., Zahide, D. Aysen, O., Esra, O., Aysen, T. y Gokhan, S. (2004). Conversion and somatization disorders. Dissociative symptoms and other characteristics. *Journal of Psychosomatic Research*. 56, pp. 287-291.

Hernández-Sampieri, R (1991). *Metodología de la investigación*. México: McGraw- Hill Interamericana de México.

Hernández-Sampieri, R. (2006.) *Metodología de la investigación*. México: McGraw- Hill Interamericana de México.

Hidalgo, A., Caballero, R., Celis, A. y Rasmussen, B. (2003). Validación de un cuestionario para el estudio del comportamiento sexual, social y corporal, de adolescentes escolares. *Salud pública de México*. 45 (1), pp. 58 - 72.

Hossain, I., Sadat, N., Hossain, K., Qusan, S., Islam, S., Islam, Sb. y Hasnat, A. (2007) Serum Immunoglobulin Profile in Somatization Disorder Patients. *German Journal of Psychiatry*, 10. pp. 13 – 17.

Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). Investigación del Comportamiento. México, D.F.: McGraw-Hill.

Kuhn, T. (1984). La estructura de las revoluciones científicas. Breviarios, Fondo de Cultura Económica.

Lazcano, M., Salazar, B. y Vinicio M. (2008). Validación del instrumento: afrontamiento y proceso de adaptación de Roy en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Chía Colombia*, 8 (1). pp. 116-125.

Lira, E. (2008). Psicología, Ética y Seguridad Nacional: El Rol de los Psicólogos. *Revista PSYKHE*, 17 (2). Pp. 5-16.

López, J. y Belloch, A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: Una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología (AEPCP)*, 7 (2). pp. 73-93.

Macía, F. (2010). Validez de los Test y el Análisis Factorial: Nociones Generales. *Ciencia y Trabajo*, 12 (35). pp. 276-280.

Madariaga, C. (1995). *Tortura, proceso salud-enfermedad y psiquiatría*. Ponencia presentada en el Simposio Regional de la Asociación Mundial de Psiquiatría

Mai, F. (2004). Somatization Disorder: A Practival Review. *Canadian Journal Psychiatry*, 49 (10), pp. 652 – 662.

Martínez, J. y Martínez, L. (2009). El análisis factorial confirmatorio y la validez de escalas en modelos causales. *Anales de Psicología*. 25 (2), pp. 368 – 374.

Mavárez, M. (2002). El Problema de la Objetividad en la Investigación social. *Educere*, 6 (18), pp. 141-144.

Mazzitelli, C., Maturano, C. y Macías A. (2009) Análisis de las preguntas que formulan los alumnos a partir de la lectura de un texto de Ciencias. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, 8 (1), pp. 45-57.

Morales, M. (1990). *Psicometría aplicada*. México: Trillas.

Muñoz, H. (2009). Somatización: consideraciones diagnósticas. *Revista med*, 17 (1), pp. 55-64.

Nimnuan, C., Rabe-Hesketh, S., Wessely, S., y Hotopf, M. (2001) How many functional somatic syndromes?. *Journal of Psychosomatic Research*. 51, pp. 549-557.

Noguera, E; Bayona, H. y Dávila, A. (2007) Un caso de un trastorno somatomorfo por somatización. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 36 (2), pp. 349-358.

Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación Internacional de Enfermedades: CIE-10*. Zaragoza: COMETA S.A.

Oviedo, G. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría gestalt. *Revista de Estudios Sociales*, 18, pp. 89-96.

Pérez-Gil, J., Chacón, S. y Moreno, R. (2000). Validez de constructo: el uso de análisis factorial exploratorio-confirmatorio para obtener evidencias de validez. *Psicothema*. 12 (2), pp. 442 – 446.

Pichot, P. (1963). *Los test mentales*. Buenos Aires: Paidós.

Queraltó, R. (1996). Karl Popper, De la Epistemología a la Metafísica. Sevilla: Secretariado de Publicaciones.

Rangel-Urrea, O; Barrera-Guío, N. y Escobar-Córdoba, F. (2009). Algoritmo para el diagnóstico diferencial del trastorno por somatización en cuidado médico primario. *Rev. Fac.Med.Unal*, 57 (4).

Sánchez, L. (2003). Una mirada al conocimiento científico y lego a la luz de cuatro enfoques sobre construcción de conocimiento. *Anales de psicología*, 19 (1), pp. 1-14.

Shaughnessy, J., Zechmeister, E. y Zechmeister, J. (2007). Métodos de Investigación en Psicología. México: McGraw-Hill.

Toledo, U. (1998). EPISTEMOLOGÍA SEGÚN FEYERABEND. Cinta de Moebio, Revista electrónica de Epistemología de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile (4), pp. 0717-554X.

Vidal, M. (2003). Para leer a Jaspers. Invitación a Psicopatología General. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.

Zaccaria, A. y Minoletti, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Rev Panam Salud Publica*, 18 (4-5), pp. 346-358.

Zegarra, H. y Guzmán, R. (2007). Trastorno por, Trastorno de Somatización, Somatización. *Revista Pacheña de medicina familiar*, 4 (6), pp. 144-148
(WPA), XI Congreso Argentino de Psiquiatría, “Nuevos desafíos: clínica, neurociencias y psicoterapias”, Marzo, San Carlos de Bariloche.

Referencias Web.

<http://www.ine.cl/> Revisado el 10 de septiembre de 2009

http://www.minsal.cl/ici/s_1/u_14/PRAIS.pdf Revisado el 6 de noviembre de 2009

http://www.saludmed.com/FisiolEj/Requisitos/Investigacion_Cientifica.pdf

IX. ANEXOS.

IX.1 Consentimiento Informado.

Título de la investigación: Análisis Descriptivo con alcance Explicativo, respecto de la percepción de síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en estudiantes universitarios.

Propósito de la investigación: Estudiar la prevalencia de la percepción de síntomas clínicos del Trastorno de Somatización en estudiantes de universidades que pertenezcan al Consejo de Rectores de la ciudad de Chillán.

¿Cómo se seleccionaron los participantes?: Los/as participantes serán seleccionados de forma aleatoria simple.

Tiempo requerido: El tiempo estimado es de 20 minutos.

Riesgos: Explicación del riesgo mínimo al/la participante por parte del investigador.

Compensación: La persona que coopere con el estudio, recibirá palabras de agradecimiento por su cooperación en el proceso investigativo.

Confidencialidad: Todo el procedimiento es de absoluta confidencialidad, donde se guardarán los resultados y sólo serán utilizados con los fines del estudio.

Participación voluntaria: La participación es absolutamente voluntaria.

Derecho de retirarse del estudio: El participante tendrá el derecho de retirarse cuando lo considere. No habrá ningún tipo de sanción.

A quien contactar en caso de preguntas: Con el estudiante que esté presente en el momento de realizarse el cuestionario.

Promesa de cumplimiento de la palabra: Los investigadores se comprometen a cumplir todo lo expresado en este consentimiento.

Si desea participar, por favor leer y completar el talonario de autorización y devolver al entrevistador.

Nombre del investigador: _____.

AUTORIZACIÓN.

He leído el procedimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas. Voluntariamente participaré en el estudio de Diego Hernández Márquez y Mauricio Mercado Aravena. Además doy mi consentimiento para que los datos que entregue en este cuestionario sean ocupados para los fines que expresan, con la explicación de la confidencialidad de los antecedentes entregados y los resultados de la investigación.

Nombre: _____

Fecha: _____ Firma: _____

IX.2 Cuestionario de Hombres previo a la validación.

Cuestionario Clínico de la Percepción del Trastorno de Somatización (CCPTS-H).

Instrucciones:

A continuación se presentan una serie de enunciados y preguntas relacionadas con aspectos cotidianos. Lea cuidadosamente cada una de ellas y seleccione la alternativa que más le identifique en cada uno de los enunciados. Por favor, responder con la máxima sinceridad posible. Cualquier duda o aclaración, podrá hacérsela al entrevistador.

Usted debe marcar entre los paréntesis () con una equis "X" la elección que más se acerque a su preferencia debajo de cada pregunta. Por ejemplo, si a usted *siempre* le ha gustado estudiar; en la pregunta "Usted ¿se siente motivado a estudiar?", tendrá que marcar la opción que le identifique más, en este caso sería "Siempre".

<p>Usted ¿se siente motivado a estudiar?</p> <p>() Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. (X) Siempre.</p>
--

Debe tener presente, responder con la mayor sinceridad posible y sólo responder lo que usted crea. Trate de contestar todas las preguntas, para que no quede ninguna sin responder. No existen respuestas buenas o malas.

En el caso de querer cambiar la respuesta, tache completamente la marca que desee eliminar y haga una nueva en el lugar que corresponda a su respuesta definitiva. Recordar que debe responder en base a su propia experiencia de vida y con la mayor certeza posible. Tomando como ejemplo el anterior, esto sería:

<p>Usted ¿se siente motivado a estudiar?</p> <p>() Nunca. () Rara vez. (X) A veces. () Frecuentemente. (X) Siempre.</p>
--

En este caso, se habrá tachado la afirmación "Siempre" y se considerará la respuesta "A veces" como respuesta definitiva.

A continuación, proceda a escribir su sexo (hombre o mujer), su edad, la fecha de aplicación y la carrera a la cual pertenece. Posteriormente comience a contestar los siguientes enunciados de acuerdo a su propio criterio, conforme a las instrucciones descritas anteriormente.

Sexo: _____ Edad: ____ años. Fecha de aplicación: ____/____/2010. Carrera: _____

PREGUNTAS.

1. Durante el último año usted ¿ha sentido dolor de cabeza durante el día y/o la noche, sin tener diagnóstico previo sobre alguna enfermedad relacionada con aquellos dolores?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
2. En los últimos doce meses ¿ha sentido dolor en sus brazos, a pesar de que no ha realizado alguna actividad con ellos fuera de lo común?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
3. Durante los últimos doce meses ¿ha sentido dolores en su espalda que no se explican por tener alguna enfermedad médica diagnosticada?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
4. Estos últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en el pecho?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
5. Durante los últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en sus articulaciones sin saber el por qué, a pesar de que no tenga problemas en ellas?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
6. ¿Ha presentado dolores en el cuello, que le impiden la movilidad normal de éste durante los últimos doce meses?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
7. En el último año ¿ha sentido algún tipo de dolor o malestar al momento de orinar, sin presentar un diagnóstico médico relacionado con este dolor/malestar?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
8. ¿Ha sentido dolores al momento de realizar el acto sexual (o masturbación) en el último año, a pesar de que no presenta enfermedades relacionadas?

- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
9. Durante los últimos 12 meses ¿ha sentido molestias en su espalda que interfieren en su rutina diaria, a pesar de que no tenga alguna enfermedad relacionada?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
10. Durante el último año ¿ha presentado dolores en sus rodillas, sin saber el por qué de aquello?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
11. En los últimos doce meses usted ¿ha presentado dolores en las articulaciones de sus brazos, ya sea en sus muñecas, codos o nudillos?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
12. En los últimos doce meses usted ¿ha sufrido de vómitos a cualquier hora del día, sin un motivo aparente?.
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
13. Durante el último año usted ¿ha presentado síntomas de colon irritable (por ejemplo hinchazón, malestar abdominal, etc.), a pesar de que no está enfermo o diagnosticado con esta enfermedad?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
14. En el transcurso de los últimos doce meses usted ¿ha notado que su abdomen se siente pesado o hinchado, no siendo ésta (s) sensación (es) causada por el tipo de alimentación?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
15. Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en la boca del estómago? (por ejemplo, acidez estomacal).
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
16. Durante el último año usted ¿ha sufrido de diarreas o colitis, sin saber la razón de esto?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
17. Durante los últimos doce meses ¿ha presentado intolerancia a distintos alimentos, a pesar de que no presenta alguna enfermedad gastrointestinal?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
18. En el periodo que abarca el último año usted ¿ha presentado reflujos alimenticios, no debido a alguna enfermedad relacionada con este ámbito?

- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
19. Durante el último año, independiente del tipo de alimento ingerido ¿ha presentado episodios de eructación recurrentes?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
20. Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en el estómago? (por ejemplo, ardor).
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
21. Usted ¿ha sentido en este último año que se le adormece(n) una o varias partes del cuerpo, sin saber realmente el por qué del adormecimiento?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
22. Durante el último período de tiempo (12 meses) ¿ha tenido la sensación de que le cuesta tragar los alimentos, a pesar de que no tenga problemas relacionados con la garganta?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
23. En los últimos doce meses ¿ha quedado paralizado o ha sufrido de alguna debilidad muscular desacostumbrada, es decir, que no esté relacionada con su actividad física rutinaria?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
24. En el transcurso de estos últimos doce meses a usted ¿se le ha hecho difícil mantener el equilibrio cuando camina, a pesar de que antes no le costaba trabajo mantenerlo?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
25. En el último año a usted ¿se la ha adormecido alguna parte del cuerpo de tal manera que no pueda realizar sus actividades diarias?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
26. Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna parte superior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus manos, entre otras.
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
27. Durante el último año usted ¿ha sentido un nudo en la garganta, a pesar de no tener un motivo médico o emocional aparente?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.

28. Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna parte inferior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus piernas, entre otras.
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
29. Durante el transcurso del último año ¿ha presentado alguna disfunción eréctil al momento de iniciar o mantener una relación sexual?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
30. Desde el año pasado hasta la fecha ¿ha tenido dificultades en el ámbito de las relaciones sexuales, debido a complicaciones al momento de eyacular? (como por ejemplo, eyaculación precoz)
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
31. En el último año usted ¿ha dejado de sentir deseo sexual?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
32. Usted, durante el último año ¿ha presentado dificultades para lograr el orgasmo en una relación sexual o masturbación?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
33. En los últimos doce meses ¿se ha sentido indiferente frente a la posibilidad de realizar el acto sexual?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
34. Desde el año pasado hasta la fecha ¿ha tenido dificultades en el ámbito de las relaciones sexuales o en la masturbación, debido a complicaciones relacionadas con la eyaculación tardía?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
35. En los últimos doce meses usted ¿ha sentido algún tipo de tensión, que lo obliga a distanciarse de la posibilidad de realizar el acto sexual o la masturbación?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
36. En el transcurso de los últimos doce meses ¿se ha sentido disconforme con su actividad sexual?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

IX.3 Cuestionario de Mujeres previo a la validación.

Cuestionario Clínico de la Percepción del Trastorno de Somatización (CCPTS-M).

Instrucciones:

A continuación se presentan una serie de enunciados y preguntas relacionadas con aspectos cotidianos. Lea cuidadosamente cada una de ellas y seleccione la alternativa que más le identifique en cada uno de los enunciados. Por favor, responder con la máxima sinceridad posible. Cualquier duda o aclaración, podrá hacérsela al entrevistador.

Usted debe marcar entre los paréntesis “()” con una equis “X” la elección que más se acerque a su preferencia debajo de cada pregunta. Por ejemplo, si a usted *siempre* le ha gustado estudiar; en la pregunta “Usted ¿se siente motivada a estudiar?”, tendrá que marcar la opción que le identifique más, en este caso sería “Siempre”.

<p>Usted ¿se siente motivada a estudiar?</p> <p>() Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. (X) Siempre.</p>
--

Debe tener presente, responder con la mayor sinceridad posible y sólo responder lo que usted crea. Trate de contestar todas las preguntas, para que no quede ninguna sin responder. No existen respuestas buenas o malas.

En el caso de querer cambiar la respuesta, tache completamente la marca que desee eliminar y haga una nueva en el lugar que corresponda a su respuesta definitiva. Recordar que debe responder en base a su propia experiencia de vida y con la mayor certeza posible. Tomando como ejemplo el anterior, esto sería:

<p>Usted ¿se siente motivada a estudiar?</p> <p>() Nunca. () Rara vez. (X) A veces. () Frecuentemente X. (X) Siempre.</p>

En este caso, se habrá tachado la afirmación “Siempre” y se considerará la respuesta “A veces” como respuesta definitiva.

A continuación, proceda a escribir su sexo (hombre o mujer), su edad, la fecha de aplicación y la carrera a la cual pertenece. Posteriormente comience a contestar los siguientes enunciados de acuerdo a su propio criterio, conforme a las instrucciones descritas anteriormente.

Sexo: _____ Edad: ____ años. Fecha de aplicación: ____/0__/2010. Carrera: _____

PREGUNTAS.

1. Durante el último año usted ¿ha sentido dolor de cabeza durante el día y/o la noche, sin tener diagnóstico previo sobre alguna enfermedad relacionada con aquellos dolores?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
2. En los últimos doce meses ¿ha sentido dolor en sus brazos, a pesar de que no ha realizado alguna actividad con ellos fuera de lo común?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
3. Durante los últimos doce meses ¿ha sentido dolores en su espalda que no se explican por tener alguna enfermedad médica diagnosticada?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
4. Estos últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en el pecho?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
5. Durante los últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en sus articulaciones sin saber el por qué, a pesar de que no tenga problemas en ellas?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
6. ¿Ha presentado dolores en el cuello, que le impiden la movilidad normal de éste durante los últimos doce meses?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
7. En el último año ¿ha sentido algún tipo de dolor o malestar al momento de orinar, sin presentar un diagnóstico médico relacionado con este dolor/malestar?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

8. ¿Ha sentido dolores al momento de realizar el acto sexual (o masturbación) en el último año, a pesar de que no presenta enfermedades relacionadas?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
9. Durante los últimos 12 meses ¿ha sentido molestias en su espalda que interfieren en su rutina diaria, a pesar de que no tenga alguna enfermedad relacionada?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
10. Durante el último año ¿ha presentado dolores en sus rodillas, sin saber realmente el por qué de dicho dolor?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
11. En los últimos doce meses usted ¿ha presentado dolores en las articulaciones de sus brazos, ya sea en sus muñecas, codos o nudillos?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
12. En los últimos doce meses usted ¿ha sufrido de vómitos a cualquier hora del día, sin un motivo aparente? (no durante el embarazo).
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
13. Durante el último año usted ¿ha presentado síntomas de colon irritable (por ejemplo hinchazón, malestar abdominal, etc.), a pesar de que no está enferma o diagnosticada con esta enfermedad?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
14. En el transcurso de los últimos doce meses usted ¿ha notado que su abdomen se siente pesado o hinchado, no siendo ésta (s) sensación (es) causada por el tipo de alimentación?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
15. Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en la boca del estómago? (por ejemplo, acidez estomacal).
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
16. Durante el último año usted ¿ha sufrido de diarreas o colitis, sin saber la razón de esto?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
17. Durante los últimos doce meses ¿ha presentado intolerancia a distintos alimentos, a pesar de que no presenta alguna enfermedad gastrointestinal?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

18. En el periodo que abarca el último año usted ¿ha presentado reflujos alimenticios, no debido a alguna enfermedad relacionada con este ámbito?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
19. Durante el último año, independiente del tipo de alimento ingerido ¿ha presentado episodios de eructación recurrentes?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
20. Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en el estómago? (por ejemplo, ardor).
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
21. Usted ¿ha sentido en este último año que se le adormece(n) una o varias partes del cuerpo, sin saber realmente el por qué del adormecimiento?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
22. Durante el último período de tiempo (12 meses) ¿ha tenido la sensación de que le cuesta tragar los alimentos, a pesar de que no tenga problemas relacionados con la garganta?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
23. En los últimos doce meses ¿ha quedado paralizada o ha sufrido de alguna debilidad muscular desacostumbrada, es decir, que no esté relacionada con su actividad física rutinaria?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
24. En el transcurso de estos últimos doce meses a usted ¿se le ha hecho difícil mantener el equilibrio cuando camina, a pesar de que antes no le costaba trabajo mantenerlo?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
25. En el último año a usted ¿se la ha adormecido alguna parte del cuerpo de tal manera que no pueda realizar sus actividades diarias?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
26. Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna parte superior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus manos, entre otras.
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
27. Durante el último año usted ¿ha sentido un nudo en la garganta, a pesar de no tener un motivo médico o emocional aparente?

- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
28. Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna parte inferior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida?
Ejemplo: sus piernas, entre otras.
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
29. Durante el transcurso del último año ¿ha presentado periodos irregulares de menstruación?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
30. Durante los últimos 12 meses ¿ha presentado pérdidas menstruales excesivas?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
31. En el último año usted ¿ha dejado de sentir deseo sexual o no ha querido tener relaciones sexuales?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
32. Usted, durante el último año ¿ha presentado dificultades para lograr el orgasmo en una relación sexual o masturbación?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
33. En los últimos doce meses ¿se ha sentido indiferente frente a la posibilidad de realizar el acto sexual?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
34. Desde el año pasado hasta la fecha ¿ha tenido dificultades en el ámbito de las relaciones sexuales o en la masturbación, debido a complicaciones con la menstruación?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
35. En los últimos doce meses usted ¿ha sentido algún tipo de tensión, que la obliga a distanciarse de la posibilidad de realizar el acto sexual o la masturbación?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.
36. En el transcurso de los últimos doce meses ¿se ha sentido disconforme con su actividad sexual?
- () Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. () Siempre.

IX.4 Cuestionario de hombres validado.

Cuestionario Clínico de la Percepción del Trastorno de Somatización (CCPTS-H).

Instrucciones:

A continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas con aspectos cotidianos. Lea cuidadosamente cada una de ellas y seleccione la alternativa que más le identifique en cada uno de los enunciados. Por favor, responder con la máxima sinceridad posible. Cualquier duda o aclaración, podrá hacérsela al entrevistador.

Usted debe marcar entre los paréntesis () con una equis “X” la elección que más se acerque a su preferencia debajo de cada pregunta. Por ejemplo, si a usted *siempre* se ha sentido motivado a estudiar; en la pregunta “Usted ¿se siente motivado a estudiar?”, tendrá que marcar la opción que le identifique más, en este caso sería “Siempre”.

<p>Usted ¿se siente motivado a estudiar?</p> <p>() Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. (X) Siempre.</p>
--

Debe responder con la mayor sinceridad posible y sólo responder lo que usted crea. Trate de contestar todas las preguntas, para que no quede ninguna sin responder. No existen respuestas buenas o malas.

En el caso de querer cambiar la respuesta, tache completamente la marca que desee eliminar y haga una nueva en el lugar que corresponda a su respuesta definitiva. Recordar que debe responder en base a su propia experiencia de vida y con la mayor certeza posible. Tomando como ejemplo el anterior, esto sería:

<p>Usted ¿se siente motivado a estudiar?</p> <p>() Nunca. () Rara vez. (X) A veces. () Frecuentemente. (X) Siempre.</p>
--

En este caso, se habrá tachado la afirmación “Siempre” y se considerará la respuesta “A veces” como respuesta definitiva.

A continuación, proceda a escribir su sexo (hombre o mujer), su edad, la fecha de aplicación y la carrera a la cual pertenece. Posteriormente comience a contestar los siguientes enunciados de acuerdo a su propio criterio, conforme a las instrucciones descritas anteriormente.

Sexo: _____ Edad: ____ años. Fecha de aplicación: ____/0__/2010. Carrera: _____

PREGUNTAS.

1. En los últimos doce meses ¿ha sentido dolor en sus brazos, a pesar de que no ha realizado alguna actividad con ellos fuera de lo común?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
2. Durante los últimos doce meses ¿ha sentido dolores en su espalda que no se explican por tener alguna enfermedad médica diagnosticada?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
3. Estos últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en el pecho?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
4. Durante los últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en las articulaciones de sus piernas sin saber el por qué, a pesar de que no tenga problemas en ellas? Ej: Tobillos
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
5. En el último año ¿ha sentido algún tipo de dolor o malestar al momento de orinar, sin presentar un diagnóstico médico relacionado con este dolor/malestar?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
6. ¿Ha sentido dolores al momento de realizar el acto sexual (o masturbación) en el último año, a pesar de que no presenta enfermedades relacionadas?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
7. Durante los últimos 12 meses ¿ha sentido molestias en su espalda que interfieren en su rutina diaria, a pesar de que no tenga alguna enfermedad relacionada?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
8. En los últimos doce meses usted ¿ha presentado dolores en las articulaciones de sus brazos, ya sea en sus muñecas, codos o nudillos?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

9. Durante el último año usted ¿ha presentado síntomas de colon irritable (por ejemplo hinchazón, malestar abdominal, etc.), a pesar de que no está enfermo o diagnosticado con esta enfermedad?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
10. En el transcurso de los últimos doce meses usted ¿ha notado que su abdomen se siente pesado o hinchado, no siendo ésta (s) sensación (es) causada por el tipo de alimentación?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
11. Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en la boca del estómago? (por ejemplo, acidez estomacal).
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
12. Durante el último año usted ¿ha sufrido de diarreas o colitis, sin saber el por qué de los sucesos?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
13. En el periodo que abarca el último año usted ¿ha presentado reflujos alimenticios, no debido a alguna enfermedad relacionada con este ámbito?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
14. Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en el estómago? (por ejemplo, ardor).
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
15. En los últimos doce meses ¿ha quedado paralizado o ha sufrido de alguna debilidad muscular desacostumbrada, es decir, que no esté relacionada con su actividad física rutinaria?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
16. En el transcurso de estos últimos doce meses a usted ¿se le ha hecho difícil mantener el equilibrio cuando camina, a pesar de que antes no le costaba trabajo mantenerlo?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
17. En el último año a usted ¿se la ha adormecido alguna parte del cuerpo de tal manera que no pueda realizar sus actividades diarias?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

18. Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna parte superior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus manos, entre otras.

Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

19. Durante el último año usted ¿ha sentido un nudo en la garganta, a pesar de no tener un motivo médico o emocional aparente?

Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

20. Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna parte inferior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus piernas, entre otras.

Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

21. Durante el transcurso del último año ¿ha presentado alguna disfunción eréctil al momento de iniciar o mantener una relación sexual?

Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

22. Desde el año pasado hasta la fecha ¿ha tenido dificultades en el ámbito de las relaciones sexuales o en la masturbación, debido a complicaciones relacionadas con la eyaculación precoz?

Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

23. En el último año usted ¿ha dejado de sentir deseo sexual?

Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

24. Usted, durante el último año ¿ha presentado dificultades para lograr el orgasmo en una relación sexual o masturbación?

Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

IX.5 Cuestionario de mujeres validado.

Cuestionario Clínico de la Percepción del Trastorno de Somatización (CCPTS-M).

Instrucciones:

A continuación se presentan una serie de preguntas relacionadas con aspectos cotidianos. Lea cuidadosamente cada una de ellas y seleccione la alternativa que más le identifique en cada uno de los enunciados. Por favor, responder con la máxima sinceridad posible. Cualquier duda o aclaración, podrá hacérsela al entrevistador.

Usted debe marcar entre los paréntesis () con una equis "X" la elección que más se acerque a su preferencia debajo de cada pregunta. Por ejemplo, si a usted *siempre* se ha sentido motivado a estudiar; en la pregunta "Usted ¿se siente motivada a estudiar?", tendrá que marcar la opción que le identifique más, en este caso sería "Siempre".

<p>Usted ¿se siente motivada a estudiar?</p> <p>() Nunca. () Rara vez. () A veces. () Frecuentemente. (X) Siempre.</p>
--

Debe responder con la mayor sinceridad posible y sólo responder lo que usted crea. Trate de contestar todas las preguntas, para que no quede ninguna sin responder. No existen respuestas buenas o malas.

En el caso de querer cambiar la respuesta, tache completamente la marca que desee eliminar y haga una nueva en el lugar que corresponda a su respuesta definitiva. Recordar que debe responder en base a su propia experiencia de vida y con la mayor certeza posible. Tomando como ejemplo el anterior, esto sería:

<p>Usted ¿se siente motivada a estudiar?</p> <p>() Nunca. () Rara vez. (X) A veces. () Frecuentemente (). (X) Siempre.</p>

En este caso, se habrá tachado la afirmación "Siempre" y se considerará la respuesta "A veces" como respuesta definitiva.

A continuación, proceda a escribir su sexo (hombre o mujer), su edad, la fecha de aplicación y la carrera a la cual pertenece. Posteriormente comience a contestar los siguientes enunciados de acuerdo a su propio criterio, conforme a las instrucciones descritas anteriormente.

Sexo: _____ Edad: ___ años. Fecha de aplicación: ___/___/_____. Carrera: _____

PREGUNTAS.

1. Durante el último año usted ¿ha sentido dolor de cabeza durante el día y/o la noche, sin tener diagnóstico previo sobre alguna enfermedad relacionada con aquellos dolores?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
2. En los últimos doce meses ¿ha sentido dolor en sus brazos, a pesar de que no ha realizado alguna actividad con ellos fuera de lo común?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
3. Durante los últimos doce meses ¿ha sentido dolores en su espalda que no se explican por tener alguna enfermedad médica diagnosticada?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
4. Estos últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en el pecho?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
5. Durante los últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en las articulaciones de sus piernas sin saber el por qué, a pesar de que no tenga problemas en ellas? (Ej: tobillos)
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
6. ¿Ha presentado dolores en el cuello, que le impiden la movilidad normal de éste durante los últimos doce meses?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
7. Durante los últimos 12 meses ¿ha sentido molestias en su espalda que interfieren en su rutina diaria, a pesar de que no tenga alguna enfermedad relacionada?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
8. En los últimos doce meses usted ¿ha presentado dolores en las articulaciones de sus brazos, ya sea en sus muñecas, codos o nudillos?
 Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

9. En los últimos doce meses usted ¿ha sufrido de náuseas y/o vómitos a cualquier hora del día, sin un motivo aparente? (no durante el embarazo).
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
10. Durante el último año usted ¿ha presentado síntomas de colon irritable (por ejemplo hinchazón, malestar abdominal, etc.), a pesar de que no está enferma o diagnosticada con esta enfermedad?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
11. En el transcurso de los últimos doce meses usted ¿ha notado que su abdomen se siente pesado o hinchado, no siendo ésta (s) sensación (es) causada por el tipo de alimentación?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
12. Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en la boca del estómago? (por ejemplo, acidez estomacal).
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
13. Durante el último año usted ¿ha sufrido de diarreas o colitis, sin saber el por qué de los sucesos?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
14. Durante los últimos doce meses ¿ha presentado intolerancia a distintos alimentos, a pesar de que no presenta alguna enfermedad gastrointestinal?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
15. Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en el estómago? (por ejemplo, ardor).
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
16. Usted ¿ha sentido en este último año que se le adormece(n) una o varias partes del cuerpo, sin saber realmente el por qué del adormecimiento?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
17. En los últimos doce meses ¿ha quedado paralizada o ha sufrido de alguna debilidad muscular desacostumbrada, es decir, que no esté relacionada con su actividad física rutinaria?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.
18. En el transcurso de estos últimos doce meses a usted ¿se le ha hecho difícil mantener el equilibrio cuando camina, a pesar de que antes no le costaba trabajo mantenerlo?
- Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

19. En el último año a usted ¿se la ha adormecido alguna parte del cuerpo de tal manera que no pueda realizar sus actividades diarias?

Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

20. Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna parte superior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus manos, entre otras.

Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

21. Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna parte inferior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus piernas, entre otras.

Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

22. Durante el transcurso del último año ¿ha presentado periodos irregulares de menstruación?

Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

23. Durante los últimos 12 meses ¿ha presentado pérdidas menstruales excesivas?

Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

24. En el último año usted ¿ha dejado de sentir deseo sexual o no ha querido tener relaciones sexuales?

Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

25. Usted, durante el último año ¿ha presentado dificultades para lograr el orgasmo en una relación sexual o masturbación?

Nunca. Rara vez. A veces. Frecuentemente. Siempre.

IX.6 Tablas de Validación Componente Dolor en Hombres.

**Tabla 4.
Comunalidades**

	Inicial	Extracción
Durante el último año usted ¿ha sentido dolor de cabeza durante el día y/o la noche, sin tener diagnóstico previo sobre alguna enfermedad relacionada con aquellos dolores?	1,000	,673
En los últimos doce meses ¿ha sentido dolor en sus brazos, a pesar de que no ha realizado alguna actividad física con ellos fuera de lo común?	1,000	,610
Durante los últimos doce meses ¿ha sentido dolores en su espalda que no se explican por tener alguna enfermedad médica diagnosticada?	1,000	,613
Estos últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en el pecho?	1,000	,369
Durante los últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en sus articulaciones sin saber el por qué, a pesar de que no tenga problemas en ellas?	1,000	,726
¿Ha presentado dolores en el cuello, que le impiden la movilidad normal de éste durante los últimos doce meses?	1,000	,339
En el último año ¿ha sentido algún tipo de dolor o malestar al momento de orinar, sin presentar un diagnóstico médico relacionado con este dolor/malestar?	1,000	,534
¿Ha sentido dolores al momento de realizar el acto sexual (o la masturbación) en el último año, a pesar de que no presenta enfermedades relacionadas?	1,000	,696
Durante los últimos 12 meses ¿ha sentido molestias en su espalda que interfieren en su rutina diaria, a pesar de que no tenga alguna enfermedad relacionada?	1,000	,775
Durante el último año ¿ha presentado dolores en sus rodillas, sin saber el por qué de dicho dolor?	1,000	,695
En los últimos doce meses usted ¿ha presentado dolores en las articulaciones de sus brazos, ya sea en sus muñecas, codos o nudillos?	1,000	,654

**Tabla 5.
Matriz de componentes(a)**

	Componente		
	1	2	3
Durante el último año usted ¿ha sentido dolor de cabeza durante el día y/o la noche, sin tener diagnóstico previo sobre alguna enfermedad relacionada con aquellos dolores?	,416	,034	,706
En los últimos doce meses ¿ha sentido dolor en sus brazos, a pesar de que no ha realizado alguna actividad física con ellos fuera de lo común?	,635	,375	,256
Durante los últimos doce meses ¿ha sentido dolores en su espalda que no se explican por tener alguna enfermedad médica diagnosticada?	,706	-,157	,299
Estos últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en el pecho?	,510	-,263	-,200
Durante los últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en sus articulaciones sin saber el por qué, a pesar de que no tenga problemas en ellas?	,669	,464	-,251
¿Ha presentado dolores en el cuello, que le impiden la movilidad normal de éste durante los últimos doce meses?	,502	-,075	,286
En el último año ¿ha sentido algún tipo de dolor o malestar al momento de orinar, sin presentar un diagnóstico médico relacionado con este dolor/malestar?	,495	-,398	-,362
¿Ha sentido dolores al momento de realizar el acto sexual (o la masturbación) en el último año, a pesar de que no presenta enfermedades relacionadas?	,659	-,449	-,245
Durante los últimos 12 meses ¿ha sentido molestias en su espalda que interfieren en su rutina diaria, a pesar de que no tenga alguna enfermedad relacionada?	,681	-,559	,015
Durante el último año ¿ha presentado dolores en sus rodillas, sin saber el por qué de dicho dolor?	,489	,544	-,399
En los últimos doce meses usted ¿ha presentado dolores en las articulaciones de sus brazos, ya sea en sus muñecas, codos o nudillos?	,573	,570	-,028

Tabla 6.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,743	34,029	34,029	3,743	34,029	34,029
2	1,751	15,921	49,950	1,751	15,921	49,950
3	1,190	10,814	60,765	1,190	10,814	60,765
4	,977	8,882	69,647			
5	,800	7,268	76,915			
6	,681	6,187	83,102			
7	,581	5,285	88,387			
8	,472	4,291	92,678			
9	,404	3,672	96,350			
10	,225	2,041	98,391			
11	,177	1,609	100,000			

IX.7 Tablas Validadas Componente Dolor en Hombres.

Tabla 7.
Comunalidades

	Inicial	Extracción
¿Ha sentido dolores al momento de realizar el acto sexual (o la masturbación) en el último año, a pesar de que no presenta enfermedades relacionadas?	1,000	,692
Durante los últimos 12 meses ¿ha sentido molestias en su espalda que interfieren en su rutina diaria, a pesar de que no tenga alguna enfermedad relacionada?	1,000	,770
Estos últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en el pecho?	1,000	,326
En el último año ¿ha sentido algún tipo de dolor o malestar al momento de orinar, sin presentar un diagnóstico médico relacionado con este dolor/malestar?	1,000	,455
Durante los últimos doce meses ¿ha sentido dolores en su espalda que no se explican por tener alguna enfermedad médica diagnosticada?	1,000	,495
En los últimos doce meses ¿ha sentido dolor en sus brazos, a pesar de que no ha realizado alguna actividad física con ellos fuera de lo común?	1,000	,677
Durante los últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en las articulaciones de sus piernas sin saber el por qué, a pesar de que no tenga problemas en ellas? Ej: Tobillos.	1,000	,614
En los últimos doce meses usted ¿ha presentado dolores en las articulaciones de sus brazos, ya sea en sus muñecas, codos o nudillos?	1,000	,715

Tabla 8.
Matriz de componentes(a)

	Componente	
	1	2
¿Ha sentido dolores al momento de realizar el acto sexual (o la masturbación) en el último año, a pesar de que no presenta enfermedades relacionadas?	,759	-,341
Durante los últimos 12 meses ¿ha sentido molestias en su espalda que interfieren en su rutina diaria, a pesar de que no tenga alguna enfermedad relacionada?	,750	-,455
Estos últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en el pecho?	,521	-,234
En el último año ¿ha sentido algún tipo de dolor o malestar al momento de orinar, sin presentar un diagnóstico médico relacionado con este dolor/malestar?	,562	-,373
Durante los últimos doce meses ¿ha sentido dolores en su espalda que no se explican por tener alguna enfermedad médica diagnosticada?	,699	-,078
En los últimos doce meses ¿ha sentido dolor en sus brazos, a pesar de que no ha realizado alguna actividad física con ellos fuera de lo común?	,606	,557
Durante los últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en las articulaciones de sus piernas sin saber el por qué, a pesar de que no tenga problemas en ellas? Ej: Tobillos.	,601	,502
En los últimos doce meses usted ¿ha presentado dolores en las articulaciones de sus brazos, ya sea en sus muñecas, codos o nudillos?	,519	,667

Tabla 9.
Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,212	40,145	40,145	3,212	40,145	40,145
2	1,532	19,147	59,292	1,532	19,147	59,292
3	,979	12,238	71,530			
4	,692	8,650	80,180			
5	,544	6,794	86,974			
6	,446	5,577	92,551			
7	,404	5,056	97,607			
8	,191	2,393	100,000			

IX.8 Tablas de Validación Componente Gastrointestinal en Hombres.

Tabla 13.
Comunalidades

	Inicial	Extracción
En los últimos doce meses usted ¿ha sufrido de vómitos a cualquier hora del día, sin un motivo aparente?	1,000	,667
Durante el último año usted ¿ha presentado síntomas de colon irritable (por ejemplo hinchazón, malestar abdominal, etc.), a pesar de que no está enfermo o diagnosticado con esta enfermedad?	1,000	,609
En el transcurso de los últimos doce meses usted ¿ha notado que su abdomen se siente pesado o hinchado, no siendo ésta (s) sensación (es) causada por el tipo de alimentación?	1,000	,540
Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en la boca del estómago? (por ejemplo, acidez estomacal).	1,000	,737
Durante el último año usted ¿ha sufrido de diarreas o colitis, sin saber la razón de esto?	1,000	,445
Durante los últimos doce meses ¿ha presentado intolerancia a los alimentos, a pesar de que no presenta alguna enfermedad gastrointestinal?	1,000	,544
En el periodo que abarca el último año usted ¿ha presentado reflujos alimenticios, no debido a alguna enfermedad relacionada con este ámbito?	1,000	,490
Durante el último año, independiente del tipo de alimento ingerido ¿ha presentado episodios de eructación recurrentes?	1,000	,302
Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en el estómago? (por ejemplo, ardor).	1,000	,738

Tabla 14.
Matriz de componentes(a)

	Componente	
	1	2
En los últimos doce meses usted ¿ha sufrido de vómitos a cualquier hora del día, sin un motivo aparente?	,430	,694
Durante el último año usted ¿ha presentado síntomas de colon irritable (por ejemplo hinchazón, malestar abdominal, etc.), a pesar de que no está enfermo o diagnosticado con esta enfermedad?	,780	-,023
En el transcurso de los últimos doce meses usted ¿ha notado que su abdomen se siente pesado o hinchado, no siendo ésta (s) sensación (es) causada por el tipo de alimentación?	,728	,104
Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en la boca del estómago? (por ejemplo, acidez estomacal).	,759	-,401
Durante el último año usted ¿ha sufrido de diarreas o colitis, sin saber la razón de esto?	,654	-,130
Durante los últimos doce meses ¿ha presentado intolerancia a los alimentos, a pesar de que no presenta alguna enfermedad gastrointestinal?	,496	,546
En el periodo que abarca el último año usted ¿ha presentado reflujos alimenticios, no debido a alguna enfermedad relacionada con este ámbito?	,677	,180
Durante el último año, independiente del tipo de alimento ingerido ¿ha presentado episodios de eructación recurrentes?	,548	-,040
Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en el estómago? (por ejemplo, ardor).	,719	-,469

Tabla 15.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,849	42,768	42,768	3,849	42,768	42,768
2	1,224	13,602	56,369	1,224	13,602	56,369
3	,951	10,565	66,935			
4	,791	8,783	75,718			
5	,699	7,770	83,488			
6	,584	6,485	89,973			
7	,352	3,907	93,880			
8	,308	3,419	97,298			
9	,243	2,702	100,000			

IX.9 Tablas Validadas Componente Gastrointestinal en Hombres.

Tabla 16.
Comunalidades

	Inicial	Extracción
Durante el último año usted ¿ha presentado síntomas de colon irritable (por ejemplo hinchazón, malestar abdominal, etc.), a pesar de que no está enfermo o diagnosticado con esta enfermedad?	1,000	,592
En el transcurso de los últimos doce meses usted ¿ha notado que su abdomen se siente pesado o hinchado, no siendo ésta (s) sensación (es) causada por el tipo de alimentación?	1,000	,545
Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en la boca del estómago? (por ejemplo, acidez estomacal).	1,000	,685
Durante el último año usted ¿ha sufrido de diarreas o colitis, sin saber la razón de esto?	1,000	,448
En el periodo que abarca el último año usted ¿ha presentado reflujos alimenticios, no debido a alguna enfermedad relacionada con este ámbito?	1,000	,396
Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en el estómago? (por ejemplo, ardor).	1,000	,623

Tabla 17.
Matriz de componentes(a)

	Componente
	1
Durante el último año usted ¿ha presentado síntomas de colon irritable (por ejemplo hinchazón, malestar abdominal, etc.), a pesar de que no está enfermo o diagnosticado con esta enfermedad?	,769
En el transcurso de los últimos doce meses usted ¿ha notado que su abdomen se siente pesado o hinchado, no siendo ésta (s) sensación (es) causada por el tipo de alimentación?	,738
Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en la boca del estómago? (por ejemplo, acidez estomacal).	,828
Durante el último año usted ¿ha sufrido de diarreas o colitis, sin saber la razón de esto?	,669
En el periodo que abarca el último año usted ¿ha presentado reflujos alimenticios, no debido a alguna enfermedad relacionada con este ámbito?	,629
Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en el estómago? (por ejemplo, ardor).	,789

Tabla 18.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,289	54,819	54,819	3,289	54,819	54,819
2	,796	13,264	68,083			
3	,664	11,060	79,143			
4	,573	9,553	88,695			
5	,375	6,249	94,944			
6	,303	5,056	100,000			

IX.10 Tablas de Validación Componente Pseudoneurológico en Hombres.

Tabla 21.

Comunalidades

	Inicial	Extracción
Usted ¿ha sentido en este último año que se le adormece(n) una o varias partes del cuerpo, sin saber realmente el por qué del adormecimiento?	1,000	,813
Durante el último período de tiempo (12 meses) ¿ha tenido la sensación de que le cuesta tragar los alimentos, a pesar de que no tenga problemas relacionados con la garganta?	1,000	,395
En los últimos doce meses ¿ha quedado paralizado o ha sufrido de alguna debilidad muscular desacostumbrada, es decir, que no esté relacionada con su actividad física rutinaria?	1,000	,491
En el transcurso de estos últimos doce meses a usted ¿se le ha hecho difícil mantener el equilibrio cuando camina, a pesar de que antes no le costaba trabajo mantenerlo?	1,000	,587
En el último año a usted ¿se le ha adormecido alguna parte del cuerpo de tal manera que no pueda realizar sus actividades diarias?	1,000	,724
Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna parte superior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus manos, entre otras.	1,000	,743
Durante el último año usted ¿ha sentido un nudo en la garganta, a pesar de no tener un motivo médico o emocional aparente?	1,000	,709
Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna parte inferior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus piernas, entre otras.	1,000	,774

Tabla 22.

Matriz de componentes(a)

	Componente	
	1	2
Usted ¿ha sentido en este último año que se le adormece(n) una o varias partes del cuerpo, sin saber realmente el por qué del adormecimiento?	,526	,732
Durante el último período de tiempo (12 meses) ¿ha tenido la sensación de que le cuesta tragar los alimentos, a pesar de que no tenga problemas relacionados con la garganta?	,557	,290
En los últimos doce meses ¿ha quedado paralizado o ha sufrido de alguna debilidad muscular desacostumbrada, es decir, que no esté relacionada con su actividad física rutinaria?	,584	,388
En el transcurso de estos últimos doce meses a usted ¿se le ha hecho difícil mantener el equilibrio cuando camina, a pesar de que antes no le costaba trabajo mantenerlo?	,641	-,420
En el último año a usted ¿se le ha adormecido alguna parte del cuerpo de tal manera que no pueda realizar sus actividades diarias?	,848	,068
Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna parte superior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus manos, entre otras.	,839	-,199
Durante el último año usted ¿ha sentido un nudo en la garganta, a pesar de no tener un motivo médico o emocional aparente?	,804	-,250
Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna parte inferior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus piernas, entre otras.	,849	-,229

Tabla 23.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,131	51,633	51,633	4,131	51,633	51,633
2	1,106	13,823	65,456	1,106	13,823	65,456
3	,840	10,494	75,950			
4	,638	7,975	83,924			
5	,479	5,990	89,914			
6	,348	4,345	94,259			
7	,299	3,736	97,995			
8	,160	2,005	100,000			

IX.11 Tablas Validadas Componente Pseudoneurológico en Hombres.

Tabla 24.
Comunalidades

	Inicial	Extracción
En el transcurso de estos últimos doce meses a usted ¿se le ha hecho difícil mantener el equilibrio cuando camina, a pesar de que antes no le costaba trabajo mantenerlo?	1,000	,458
En el último año a usted ¿se le ha adormecido alguna parte del cuerpo de tal manera que no pueda realizar sus actividades diarias?	1,000	,712
Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna parte superior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus manos, entre otras.	1,000	,734
Durante el último año usted ¿ha sentido un nudo en la garganta, a pesar de no tener un motivo médico o emocional aparente?	1,000	,673
Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna parte inferior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus piernas, entre otras.	1,000	,780
En los últimos doce meses ¿ha quedado paralizado o ha sufrido de alguna debilidad muscular desacostumbrada, es decir, que no esté relacionada con su actividad física rutinaria?	1,000	,326

Tabla 25.
Matriz de componentes(a)

	Componente 1
En el transcurso de estos últimos doce meses a usted ¿se le ha hecho difícil mantener el equilibrio cuando camina, a pesar de que antes no le costaba trabajo mantenerlo?	,677
En el último año a usted ¿se le ha adormecido alguna parte del cuerpo de tal manera que no pueda realizar sus actividades diarias?	,844
Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna parte superior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus manos, entre otras.	,857
Durante el último año usted ¿ha sentido un nudo en la garganta, a pesar de no tener un motivo médico o emocional aparente?	,820
Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna parte inferior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus piernas, entre otras.	,883
En los últimos doce meses ¿ha quedado paralizado o ha sufrido de alguna debilidad muscular desacostumbrada, es decir, que no esté relacionada con su actividad física rutinaria?	,571

Tabla 26.
Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,681	61,353	61,353	3,681	61,353	61,353
2	,811	13,510	74,863			
3	,640	10,661	85,524			
4	,362	6,030	91,554			
5	,343	5,721	97,275			
6	,163	2,725	100,000			

IX.12 Tablas de Validación Componente Sexual en Hombres.

Tabla 29.
Comunalidades

	Inicial	Extracción
Durante el transcurso del último año ¿ha presentado alguna disfunción eréctil al momento de iniciar o mantener una relación sexual?	1,000	,733
Desde el año pasado hasta la fecha ¿ha tenido dificultades en el ámbito de las relaciones sexuales o en la masturbación, debido a complicaciones relacionadas con la eyaculación precoz?	1,000	,832
En el último año usted ¿ha dejado de sentir deseo sexual?	1,000	,486
Usted, durante el último año ¿ha presentado dificultades para lograr el orgasmo en una relación sexual o masturbación?	1,000	,523
En los últimos doce meses ¿se ha sentido indiferente frente a la posibilidad de realizar el acto sexual?	1,000	,378
Desde el año pasado hasta la fecha ¿ha tenido dificultades en el ámbito de las relaciones sexuales o en la masturbación, debido a complicaciones relacionadas con la eyaculación tardía?	1,000	,777
En los últimos doce meses usted ¿ha sentido algún tipo de tensión, que lo obliga a distanciarse de la posibilidad de realizar el acto sexual o la masturbación?	1,000	,580
En el transcurso de los últimos doce meses ¿se ha sentido disconforme con su desarrollo sexual?	1,000	,853

Tabla 30.
Matriz de componentes(a)

	Componente	
	1	2
Durante el transcurso del último año ¿ha presentado alguna disfunción eréctil al momento de iniciar o mantener una relación sexual?	,719	-,465
Desde el año pasado hasta la fecha ¿ha tenido dificultades en el ámbito de las relaciones sexuales o en la masturbación, debido a complicaciones relacionadas con la eyaculación precoz?	,681	-,607
En el último año usted ¿ha dejado de sentir deseo sexual?	,509	-,476
Usted, durante el último año ¿ha presentado dificultades para lograr el orgasmo en una relación sexual o masturbación?	,596	-,410
En los últimos doce meses ¿se ha sentido indiferente frente a la posibilidad de realizar el acto sexual?	,452	,417
Desde el año pasado hasta la fecha ¿ha tenido dificultades en el ámbito de las relaciones sexuales o en la masturbación, debido a complicaciones relacionadas con la eyaculación tardía?	,711	,521
En los últimos doce meses usted ¿ha sentido algún tipo de tensión, que lo obliga a distanciarse de la posibilidad de realizar el acto sexual o la masturbación?	,483	,588
En el transcurso de los últimos doce meses ¿se ha sentido disconforme con su desarrollo sexual?	,773	,506

Tabla 31.
Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,137	39,212	39,212	3,137	39,212	39,212
2	2,025	25,314	64,527	2,025	25,314	64,527
3	,879	10,983	75,509			
4	,707	8,832	84,341			
5	,527	6,582	90,923			
6	,445	5,557	96,479			
7	,224	2,794	99,274			
8	,058	,726	100,000			

IX.13 Tablas Validadas Componente Sexual en Hombres.

Tabla 32.
Comunalidades

	Inicial	Extracción
Durante el transcurso del último año ¿ha presentado alguna disfunción eréctil al momento de iniciar o mantener una relación sexual?	1,000	,737
Desde el año pasado hasta la fecha ¿ha tenido dificultades en el ámbito de las relaciones sexuales o en la masturbación, debido a complicaciones relacionadas con la eyaculación precoz?	1,000	,825
En el último año usted ¿ha dejado de sentir deseo sexual?	1,000	,484
Usted, durante el último año ¿ha presentado dificultades para lograr el orgasmo en una relación sexual o masturbación?	1,000	,523

Tabla 33.
Matriz de componentes(a)

	Componente
	1
Durante el transcurso del último año ¿ha presentado alguna disfunción eréctil al momento de iniciar o mantener una relación sexual?	,858
Desde el año pasado hasta la fecha ¿ha tenido dificultades en el ámbito de las relaciones sexuales o en la masturbación, debido a complicaciones relacionadas con la eyaculación precoz?	,908
En el último año usted ¿ha dejado de sentir deseo sexual?	,696
Usted, durante el último año ¿ha presentado dificultades para lograr el orgasmo en una relación sexual o masturbación?	,723

Tabla 34.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,568	64,208	64,208	2,568	64,208	64,208
2	,726	18,159	82,367			
3	,463	11,567	93,934			
4	,243	6,066	100,000			

IX.14 Tablas de Validación Componente de Dolor en Mujeres.

Tabla 40.
Comunalidades

	Inicial	Extracción
Durante el último año usted ¿ha sentido dolor de cabeza durante el día y/o la noche, sin tener diagnóstico previo sobre alguna enfermedad relacionada con aquellos dolores?	1,000	,505
En los últimos doce meses ¿ha sentido dolor en sus brazos, a pesar de que no ha realizado alguna actividad física con ellos fuera de lo común?	1,000	,625
Durante los últimos doce meses ¿ha sentido dolores en su espalda que no se explican por tener alguna enfermedad médica diagnosticada?	1,000	,677
Estos últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en el pecho?	1,000	,581
Durante los últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en sus articulaciones sin saber el por qué, a pesar de que no tenga problemas en ellas?	1,000	,737
¿Ha presentado dolores en el cuello, que le impiden la movilidad normal de éste durante los últimos doce meses?	1,000	,541
En el último año ¿ha sentido algún tipo de dolor o malestar al momento de orinar, sin presentar un diagnóstico médico relacionado con este dolor/malestar?	1,000	,569
¿Ha sentido dolores al momento de realizar el acto sexual (o la masturbación) en el último año, a pesar de que no presenta enfermedades relacionadas?	1,000	,698
Durante los últimos 12 meses ¿ha sentido molestias en su espalda que interfieren en su rutina diaria, a pesar de que no tenga alguna enfermedad relacionada?	1,000	,672
Durante el último año ¿ha presentado dolores en sus rodillas, sin saber el por qué de dicho dolor?	1,000	,723
En los últimos doce meses usted ¿ha presentado dolores en las articulaciones de sus brazos, ya sea en sus muñecas, codos o nudillos?	1,000	,799

Tabla 41.
Matriz de componentes(a)

	Componente		
	1	2	3
Durante el último año usted ¿ha sentido dolor de cabeza durante el día y/o la noche, sin tener diagnóstico previo sobre alguna enfermedad relacionada con aquellos dolores?	,630	-,143	,254
En los últimos doce meses ¿ha sentido dolor en sus brazos, a pesar de que no ha realizado alguna actividad con ellos fuera de lo común?	,788	,183	-,019
Durante los últimos doce meses ¿ha sentido dolores en su espalda que no se explican por tener alguna enfermedad médica diagnosticada?	,689	-,402	,138
Estos últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en el pecho o la sensación de que le oprimen éste?	,636	-,037	,316
Durante los últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en sus articulaciones sin saber el por qué, a pesar de que no tenga problemas en ellas?	,736	,155	-,316
¿Ha presentado dolores en el cuello, que le impiden la movilidad normal de éste durante los últimos doce meses?	,699	-,151	,108
En el último año ¿ha sentido algún tipo de dolor o malestar al momento de orinar, sin presentar un diagnóstico médico relacionado con este dolor/malestar?	,451	,453	,516
¿Ha sentido dolores al momento de realizar el acto sexual (o masturbación) en el último año, a pesar de que no presenta enfermedades relacionadas?	,433	,552	,048
Durante los últimos 12 meses ¿ha sentido molestias en su espalda que interfieren en su rutina diaria, a pesar de que no tenga alguna enfermedad relacionada?	,653	-,546	,044
Durante el último año ¿ha presentado dolores en sus rodillas, sin saber realmente el por qué de aquello?	,568	,007	-,601
En los últimos doce meses usted ¿ha presentado dolores en las articulaciones de sus brazos, ya sea en sus muñecas, codos o nudillos?	,744	,198	-,302

Tabla 42.
Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,622	42,019	42,019	4,622	42,019	42,019
2	1,111	10,098	52,117	1,111	10,098	52,117
3	1,018	9,253	61,370	1,018	9,253	61,370
4	,841	7,649	69,019			
5	,687	6,248	75,267			
6	,655	5,959	81,226			
7	,557	5,066	86,292			
8	,470	4,272	90,563			
9	,393	3,569	94,132			
10	,345	3,141	97,273			
11	,300	2,727	100,000			

IX.15 Tablas Validadas Componente Dolor en Mujeres.

Tabla 43.
Comunalidades

	Inicial	Extracción
Durante el último año usted ¿ha sentido dolor de cabeza durante el día y/o la noche, sin tener diagnóstico previo sobre alguna enfermedad relacionada con aquellos dolores?	1,000	,440
En los últimos doce meses ¿ha sentido dolor en sus brazos, a pesar de que no ha realizado alguna actividad con ellos fuera de lo común?	1,000	,599
Durante los últimos doce meses ¿ha sentido dolores en su espalda que no se explican por tener alguna enfermedad médica diagnosticada?	1,000	,512
Estos últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en el pecho?	1,000	,420
Durante los últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en sus articulaciones sin saber el por qué, a pesar de que no tenga problemas en ellas?	1,000	,527
¿Ha presentado dolores en el cuello, que le impiden la movilidad normal de éste durante los últimos doce meses?	1,000	,497
Durante los últimos 12 meses ¿ha sentido molestias en su espalda que interfieren en su rutina diaria, a pesar de que no tenga alguna enfermedad relacionada?	1,000	,491
En los últimos doce meses usted ¿ha presentado dolores en las articulaciones de sus brazos, ya sea en sus muñecas, codos o nudillos?	1,000	,535

Tabla 44.
Matriz de componentes(a)

	Componente 1
Durante el último año usted ¿ha sentido dolor de cabeza durante el día y/o la noche, sin tener diagnóstico previo sobre alguna enfermedad relacionada con aquellos dolores?	,663
En los últimos doce meses ¿ha sentido dolor en sus brazos, a pesar de que no ha realizado alguna actividad con ellos fuera de lo común?	,774
Durante los últimos doce meses ¿ha sentido dolores en su espalda que no se explican por tener alguna enfermedad médica diagnosticada?	,716
Estos últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en el pecho?	,648
Durante los últimos doce meses usted ¿ha sentido dolores en sus articulaciones sin saber el por qué, a pesar de que no tenga problemas en ellas?	,726
¿Ha presentado dolores en el cuello, que le impiden la movilidad normal de éste durante los últimos doce meses?	,705
Durante los últimos 12 meses ¿ha sentido molestias en su espalda que interfieren en su rutina diaria, a pesar de que no tenga alguna enfermedad relacionada?	,701
En los últimos doce meses usted ¿ha presentado dolores en las articulaciones de sus brazos, ya sea en sus muñecas, codos o nudillos?	,731

Tabla 45.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,021	50,268	50,268	4,021	50,268	50,268
2	,942	11,779	62,047			
3	,732	9,152	71,199			
4	,664	8,303	79,501			
5	,488	6,100	85,601			
6	,483	6,032	91,634			
7	,346	4,324	95,958			
8	,323	4,042	100,000			

IX.16 Tablas de Validación Componente Gastrointestinal en Mujeres.

Tabla 48.

Comunalidades

	Inicial	Extracción
En los últimos doce meses usted ¿ha sufrido de náuseas y/o vómitos a cualquier hora del día, sin un motivo aparente?	1,000	,561
Durante el último año usted ¿ha presentado síntomas de colon irritable (por ejemplo hinchazón, malestar abdominal, etc.), a pesar de que no está enfermo o diagnosticado con esta enfermedad?	1,000	,654
En el transcurso de los últimos doce meses usted ¿ha notado que su abdomen se siente pesado o hinchado, no siendo ésta (s) sensación (es) causada por el tipo de alimentación?	1,000	,739
Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en la boca del estómago? (por ejemplo, acidez estomacal).	1,000	,663
Durante el último año usted ¿ha sufrido de diarreas o colitis, sin saber el por qué de los sucesos?	1,000	,462
Durante los últimos doce meses ¿ha presentado intolerancia a distintos alimentos, a pesar de que no presenta alguna enfermedad gastrointestinal?	1,000	,489
En el periodo que abarca el último año usted ¿ha presentado reflujos alimenticios, no debido a alguna enfermedad relacionada con este ámbito?	1,000	,659
Durante el último año, independiente del tipo de alimento ingerido ¿ha presentado episodios de eructación recurrentes?	1,000	,730
Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en el estómago? (por ejemplo, ardor).	1,000	,740

Tabla 49.

Matriz de componentes(a)

	Componente	
	1	2
En los últimos doce meses usted ¿ha sufrido de náuseas y/o vómitos a cualquier hora del día, sin un motivo aparente?	,561	-,496
Durante el último año usted ¿ha presentado síntomas de colon irritable (por ejemplo hinchazón, malestar abdominal, etc.), a pesar de que no está enfermo o diagnosticado con esta enfermedad?	,772	-,241
En el transcurso de los últimos doce meses usted ¿ha notado que su abdomen se siente pesado o hinchado, no siendo ésta (s) sensación (es) causada por el tipo de alimentación?	,803	-,309
Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en la boca del estómago? (por ejemplo, acidez estomacal).	,808	-,103
Durante el último año usted ¿ha sufrido de diarreas o colitis, sin saber el por qué de los sucesos?	,662	,157
Durante los últimos doce meses ¿ha presentado intolerancia a distintos alimentos, a pesar de que no presenta alguna enfermedad gastrointestinal?	,699	,001
En el periodo que abarca el último año usted ¿ha presentado reflujos alimenticios, no debido a alguna enfermedad relacionada con este ámbito?	,625	,519
Durante el último año, independiente del tipo de alimento ingerido ¿ha presentado episodios de eructación recurrentes?	,657	,546
Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en el estómago? (por ejemplo, ardor).	,860	,009

Tabla 50.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,695	52,162	52,162	4,695	52,162	52,162
2	1,003	11,140	63,302	1,003	11,140	63,302
3	,721	8,009	71,312			
4	,658	7,309	78,621			
5	,624	6,932	85,553			
6	,425	4,727	90,280			
7	,411	4,565	94,845			
8	,267	2,968	97,813			
9	,197	2,187	100,000			

IX.17 Tablas Validadas Componente Gastrointestinal en Mujeres.

Tabla 51.

Comunalidades

	Inicial	Extracción
En los últimos doce meses usted ¿ha sufrido de náuseas y/o vómitos a cualquier hora del día, sin un motivo aparente?	1,000	,365
Durante el último año usted ¿ha presentado síntomas de colon irritable (por ejemplo hinchazón, malestar abdominal, etc.), a pesar de que no está enfermo o diagnosticado con esta enfermedad?	1,000	,639
En el transcurso de los últimos doce meses usted ¿ha notado que su abdomen se siente pesado o hinchado, no siendo ésta (s) sensación (es) causada por el tipo de alimentación?	1,000	,711
Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en la boca del estómago? (por ejemplo, acidez estomacal).	1,000	,675
Durante el último año usted ¿ha sufrido de diarreas o colitis, sin saber el por qué de los sucesos?	1,000	,419
Durante los últimos doce meses ¿ha presentado intolerancia a distintos alimentos, a pesar de que no presenta alguna enfermedad gastrointestinal?	1,000	,504
Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en el estómago? (por ejemplo, ardor).	1,000	,712

Tabla 52.

Matriz de componentes(a)

	Componente 1
En los últimos doce meses usted ¿ha sufrido de náuseas y/o vómitos a cualquier hora del día, sin un motivo aparente?	,604
Durante el último año usted ¿ha presentado síntomas de colon irritable (por ejemplo hinchazón, malestar abdominal, etc.), a pesar de que no está enfermo o diagnosticado con esta enfermedad?	,799
En el transcurso de los últimos doce meses usted ¿ha notado que su abdomen se siente pesado o hinchado, no siendo ésta (s) sensación (es) causada por el tipo de alimentación?	,843
Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en la boca del estómago? (por ejemplo, acidez estomacal).	,822
Durante el último año usted ¿ha sufrido de diarreas o colitis, sin saber el por qué de los sucesos?	,648
Durante los últimos doce meses ¿ha presentado intolerancia a distintos alimentos, a pesar de que no presenta alguna enfermedad gastrointestinal?	,710
Durante el último año ¿ha sufrido de malestares en el estómago? (por ejemplo, ardor).	,844

Tabla 53.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4,024	57,493	57,493	4,024	57,493	57,493
2	,754	10,768	68,261			
3	,644	9,194	77,455			
4	,584	8,342	85,798			
5	,455	6,505	92,303			
6	,297	4,244	96,547			
7	,242	3,453	100,000			

IX.18 Tablas de Validación Componente Pseudoneurológico en Mujeres.

Tabla 56.
Comunalidades

	Inicial	Extracción
Usted ¿ha sentido en este último año que se le adormece(n) una o varias partes del cuerpo, sin saber realmente el por qué del adormecimiento?	1,000	,519
Durante el último período de tiempo (12 meses) ¿ha tenido la sensación de que le cuesta tragar los alimentos, a pesar de que no tenga problemas relacionados con la garganta?	1,000	,764
En los últimos doce meses ¿ha quedado paralizada o ha sufrido de alguna debilidad muscular desacostumbrada, es decir, que no esté relacionada con su actividad física rutinaria?	1,000	,589
En el transcurso de estos últimos doce meses a usted ¿se le ha hecho difícil mantener el equilibrio cuando camina, a pesar de que antes no le costaba trabajo mantenerlo?	1,000	,547
En el último año a usted ¿se le ha adormecido alguna parte del cuerpo de tal manera que no pueda realizar sus actividades diarias?	1,000	,765
Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna extremidad superior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus manos, entre otras.	1,000	,749
Durante el último año usted ¿ha sentido un nudo en la garganta, a pesar de no tener un motivo médico o emocional aparente?	1,000	,381
Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna extremidad inferior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus piernas, entre otras.	1,000	,621

Tabla 57.
Matriz de componentes(a)

	Componente	
	1	2
Usted ¿ha sentido en este último año que se le adormece(n) una o varias partes del cuerpo, sin saber realmente el por qué del adormecimiento?	,686	,221
Durante el último período de tiempo (12 meses) ¿ha tenido la sensación de que le cuesta tragar los alimentos, a pesar de que no tenga problemas relacionados con la garganta?	,576	,658
En los últimos doce meses ¿ha quedado paralizada o ha sufrido de alguna debilidad muscular desacostumbrada, es decir, que no esté relacionada con su actividad física rutinaria?	,761	,100
En el transcurso de estos últimos doce meses a usted ¿se le ha hecho difícil mantener el equilibrio cuando camina, a pesar de que antes no le costaba trabajo mantenerlo?	,709	-,209
En el último año a usted ¿se le ha adormecido alguna parte del cuerpo de tal manera que no pueda realizar sus actividades diarias?	,874	-,017
Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna extremidad superior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus manos, entre otras.	,770	-,394
Durante el último año usted ¿ha sentido un nudo en la garganta, a pesar de no tener un motivo médico o emocional aparente?	,302	,538
Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna extremidad inferior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus piernas, entre otras.	,617	-,490

Tabla 58
Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,713	46,418	46,418	3,713	46,418	46,418
2	1,221	15,266	61,684	1,221	15,266	61,684
3	,976	12,201	73,885			
4	,627	7,841	81,726			
5	,505	6,313	88,039			
6	,407	5,083	93,122			
7	,335	4,193	97,315			
8	,215	2,685	100,000			

IX.19 Tablas Validadas Componente Pseudoneurológico en Mujeres.

Tabla 59.
Comunalidades

	Inicial	Extracción
Usted ¿ha sentido en este último año que se le adormece(n) una o varias partes del cuerpo, sin saber realmente el por qué del adormecimiento?	1,000	,447
En los últimos doce meses ¿ha quedado paralizada o ha sufrido de alguna debilidad muscular desacostumbrada, es decir, que no esté relacionada con su actividad física rutinaria?	1,000	,556
En el transcurso de estos últimos doce meses a usted ¿se le ha hecho difícil mantener el equilibrio cuando camina, a pesar de que antes no le costaba trabajo mantenerlo?	1,000	,541
En el último año a usted ¿se le ha adormecido alguna parte del cuerpo de tal manera que no pueda realizar sus actividades diarias?	1,000	,760
Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna extremidad superior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus manos, entre otras.	1,000	,662
Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna extremidad inferior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus piernas, entre otras.	1,000	,440

Tabla 60.
Matriz de componentes(a)

	Componente
	1
Usted ¿ha sentido en este último año que se le adormece(n) una o varias partes del cuerpo, sin saber realmente el por qué del adormecimiento?	,668
En los últimos doce meses ¿ha quedado paralizada o ha sufrido de alguna debilidad muscular desacostumbrada, es decir, que no esté relacionada con su actividad física rutinaria?	,745
En el transcurso de estos últimos doce meses a usted ¿se le ha hecho difícil mantener el equilibrio cuando camina, a pesar de que antes no le costaba trabajo mantenerlo?	,736
En el último año a usted ¿se le ha adormecido alguna parte del cuerpo de tal manera que no pueda realizar sus actividades diarias?	,872
Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna extremidad superior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus manos, entre otras.	,814
Durante los últimos doce meses ¿ha tenido la sensación de no poder mover alguna extremidad inferior de su cuerpo aunque quisiera, a pesar de no tener alguna enfermedad que se lo impida? Ejemplo: sus piernas, entre otras.	,664

Tabla 61.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	3,406	56,774	56,774	3,406	56,774	56,774
2	,912	15,208	71,982			
3	,628	10,463	82,444			
4	,472	7,873	90,317			
5	,336	5,596	95,913			
6	,245	4,087	100,000			

IX.20 Tablas de Validación Componente Sexual en Mujeres.

Tabla 64.
Comunalidades

	Inicial	Extracción
Durante el transcurso del último año ¿ha presentado ha presentado periodos irregulares de menstruación?	1,000	,773
Durante los últimos 12 meses ¿ha presentado perdidas menstruales excesivas?	1,000	,846
En el último año usted ¿ha dejado de sentir deseo sexual o no ha querido tener relaciones sexuales?	1,000	,548
Usted, durante el último año ¿ha presentado dificultades para lograr el orgasmo en una relación sexual o masturbación?	1,000	,631
En los últimos doce meses ¿se ha sentido indiferente frente a la posibilidad de realizar el acto sexual?	1,000	,616
Desde el año pasado hasta la fecha ¿ha tenido dificultades en el ámbito de las relaciones sexuales o en la masturbación, debido a complicaciones con la menstruación?	1,000	,715
En los últimos doce meses usted ¿ha sentido algún tipo de tensión, que la obliga a distanciarse de la posibilidad de realizar el acto sexual o la masturbación?	1,000	,768
En el transcurso de los últimos doce meses ¿se ha sentido disconforme con su actividad sexual?	1,000	,674

Tabla 65.
Matriz de componentes(a)

	Componente		
	1	2	3
Durante el transcurso del último año ¿ha presentado ha presentado periodos irregulares de menstruación?	,806	,251	,247
Durante los últimos 12 meses ¿ha presentado perdidas menstruales excesivas?	,898	,189	,063
En el último año usted ¿ha dejado de sentir deseo sexual o no ha querido tener relaciones sexuales?	,672	,069	,303
Usted, durante el último año ¿ha presentado dificultades para lograr el orgasmo en una relación sexual o masturbación?	,745	-,057	-,271
En los últimos doce meses ¿se ha sentido indiferente frente a la posibilidad de realizar el acto sexual?	,036	,689	-,375
Desde el año pasado hasta la fecha ¿ha tenido dificultades en el ámbito de las relaciones sexuales o en la masturbación, debido a complicaciones con la menstruación?	-,229	,697	,419
En los últimos doce meses usted ¿ha sentido algún tipo de tensión, que la obliga a distanciarse de la posibilidad de realizar el acto sexual o la masturbación?	-,007	,651	-,587
En el transcurso de los últimos doce meses ¿se ha sentido disconforme con su actividad sexual?	-,389	,609	,390

Tabla 66.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,666	33,326	33,326	2,666	33,326	33,326
2	1,862	23,271	56,597	1,862	23,271	56,597
3	1,044	13,048	69,645	1,044	13,048	69,645
4	,814	10,177	79,822			
5	,565	7,065	86,887			
6	,486	6,074	92,961			
7	,354	4,428	97,389			
8	,209	2,611	100,000			

IX.21 Tablas Validadas Componente Sexual en Mujeres.

Tabla 67.
Comunalidades

	Inicial	Extracción
Durante el transcurso del último año ¿ha presentado ha presentado periodos irregulares de menstruación?	1,000	,740
Durante los últimos 12 meses ¿ha presentado perdidas menstruales excesivas?	1,000	,840
En el último año usted ¿ha dejado de sentir deseo sexual o no ha querido tener relaciones sexuales?	1,000	,469
Usted, durante el último año ¿ha presentado dificultades para lograr el orgasmo en una relación sexual o masturbación?	1,000	,511

Tabla 68.
Matriz de componentes(a)

	Componente
	1
Durante el transcurso del último año ¿ha presentado ha presentado periodos irregulares de menstruación?	,860
Durante los últimos 12 meses ¿ha presentado pérdidas menstruales excesivas?	,916
En el último año usted ¿ha dejado de sentir deseo sexual o no ha querido tener relaciones sexuales?	,685
Usted, durante el último año ¿ha presentado dificultades para lograr el orgasmo en una relación sexual o masturbación?	,715

Tabla 69.
Varianza total explicada

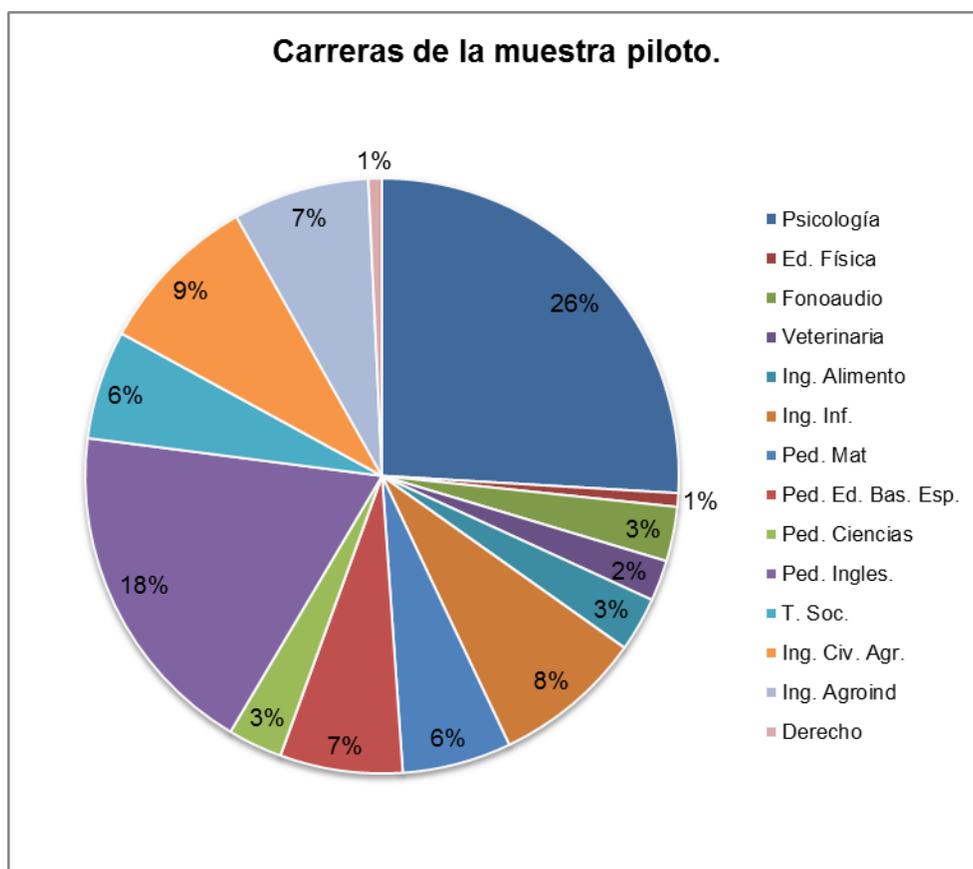
Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	2,560	64,001	64,001	2,560	64,001	64,001
2	,751	18,764	82,765			
3	,465	11,635	94,400			
4	,224	5,600	100,000			

IX.22 Gráficos de la Muestra Piloto.

Gráfico 2.



Gráfico 3.



IX.23 Tablas de la Muestra Final Mujeres.

Tabla 73.

Estadísticos

Edad

N	Válidos	133
	Perdidos	0
Media		21,6316
Mediana		22,0000
Moda		22,00
Desv. típ.		1,54466
Varianza		2,386
Asimetría		-,138
Error típ. de asimetría		,210
Curtosis		-,696
Error típ. de curtosis		,417
Mínimo		18,00
Máximo		24,00

Tabla 74.

Carrera

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Psicología	22	16,5	16,5	16,5
Ed. Física	2	1,5	1,5	18,0
Fonoaudio	22	16,5	16,5	34,6
Enfermería	3	2,3	2,3	36,8
Veterinaria	6	4,5	4,5	41,4
Ing. Alimento	8	6,0	6,0	47,4
Nutrición	3	2,3	2,3	49,6
Ing. Inf.	3	2,3	2,3	51,9
Ped. Mat	1	,8	,8	52,6
Ped. Ed. Bas. Esp.	8	6,0	6,0	58,6
Ped. Ciencias	2	1,5	1,5	60,2
Ped. Ingles.	18	13,5	13,5	73,7
T. Soc.	7	5,3	5,3	78,9
Ing. Civ. Agr.	14	10,5	10,5	89,5
Ing. Agroind	12	9,0	9,0	98,5
Derecho	1	,8	,8	99,2
contador audit	1	,8	,8	100,0
Total	133	100,0	100,0	

IX.24 Tablas de la Muestra Final Hombres.

Tabla 76.

Estadísticos

Edad

N	Válidos	129
	Perdidos	0
Media		21,4264
Mediana		21,0000
Moda		24,00
Desv. típ.		1,83616
Varianza		3,371
Asimetría		,019
Error típ. de asimetría		,213
Curtosis		-1,281
Error típ. de curtosis		,423
Mínimo		18,00
Máximo		24,00

Tabla 77.

Carrera

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Psicología	14	10,9	10,9	10,9
Ed. Física	3	2,3	2,3	13,2
Fonoaudio	3	2,3	2,3	15,5
Dis. Gráf	1	,8	,8	16,3
Enfermería	1	,8	,8	17,1
Veterinaria	10	7,8	7,8	24,8
Ing. Alimento	1	,8	,8	25,6
Nutrición	2	1,6	1,6	27,1
Ing. Inf.	8	6,2	6,2	33,3
Ped. Mat	7	5,4	5,4	38,8
Ped. Ed. Bas. Esp.	4	3,1	3,1	41,9
Ped. Ciencias	2	1,6	1,6	43,4
Ped. Ingles.	17	13,2	13,2	56,6
T. Soc.	1	,8	,8	57,4
Ing. Civ. Agr.	26	20,2	20,2	77,5
Ing. Agroind	18	14,0	14,0	91,5
Derecho	4	3,1	3,1	94,6
contador audit	5	3,9	3,9	98,4
Ing. Civil	2	1,6	1,6	100,0
Total	129	100,0	100,0	