

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA,
PSIQUIATRÍA Y SALUD MENTAL**

**ALEXITIMIA EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE ABUSO
SEXUAL**

Dra. Iris Ivette Simencio Tenorio

Residente de la Especialidad en Psiquiatría

Hospital Regional de Psiquiatría Unidad Morelos

**Dra. Claudia Fouloux Morales
Tutor Metodológico.**

**Dr. José Francisco Ángel Mendoza García
Tutor Teórico**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

1. Introducción.
2. Justificación.
3. Antecedentes.
4. Objetivos.
5. Planteamiento del problema.
6. Hipótesis.
7. Diseño del estudio.
8. Universo de trabajo.
9. Criterios de inclusión.
10. Criterios de no inclusión.
11. Variables de estudio.
12. Metodología del análisis estadístico.
13. Instrumento de medición.
 - a) Escala de Alexitimia de Toronto.
 - b) Cuestionario de abuso sexual de Finkelhor.
14. Material y métodos.
15. Resultados.
16. Comentarios.
17. Conclusiones.
18. Bibliografía.
19. Anexos.

INTRODUCCION

La sexualidad es una dimensión esencial en el ser humano, cuyo desarrollo normal contribuye a lograr un buen nivel de salud mental y adaptación social. Sin embargo, el estudio de la sexualidad es reciente comparado con otras áreas del funcionamiento humano y en la práctica existe una carencia significativa de información, la que se debe en parte a la existencia de prejuicios frente al tema y al carácter privado de la conducta sexual, aspectos que dificultan la investigación.

La ausencia de estudios en países como en el nuestro, en donde los escasos recursos se destinan a estudiar en el ámbito de la sexualidad a casos considerados más urgentes como los embarazos no deseados, embarazos en adolescentes, prevención de enfermedades transmisibles y como observamos en las últimas semanas sobre el aborto, han opacado el sentimiento que experimenta la mujer que ha sido víctima de abuso en la infancia y adolescencia.

El presente trabajo no es más que el reflejo del panorama que se presenta dentro de la atención que ofrece el Hospital Regional de Psiquiatría Morelos en donde se atiende gran porcentaje de mujeres, muchas de las cuales presentan en su historial el haber sido víctimas de abuso sexual y que solicitan atención psicoterapéutica independientemente de la psiquiátrica, observamos en un gran porcentaje de ellas que presentan dificultades para la verbalización y la comunicación de sus sentimientos lo cual dificulta en gran proporción la empatía con el médico.

Inicialmente presentamos los antecedentes al respecto, abordaremos el término del abuso sexual y alexitimia, posteriormente describiremos el problema y los instrumentos aplicados, mostraremos los resultados obtenidos y finalmente haremos los comentarios pertinentes para terminar con las conclusiones.

Agradecemos de antemano a las usuarias que aceptaron colaborar, a las autoridades del hospital y a los asesores metodológicos y teóricos del hospital; así como a las autoridades del Departamento de Psicología Médica y Salud Mental de la UNAM que avalaron con sus conocimientos la presente tesis.

JUSTIFICACIÓN

La alexitimia considerada etimológicamente por Sifneos ^(28,30) como la incapacidad de mostrar los sentimientos, engloba una constelación de factores cognitivos-afectivos sin matrices orientados al exterior; dicho estilo psicológico se ha notado en diversos padecimientos, principalmente de somatización; sin embargo dentro de nuestro universo de trabajo existen casos de mujeres, quienes tienen antecedente de abuso sexual, en donde cuantificar secuelas es difícil. Al contrario que en el caso de malos tratos, donde la agresión física es bastante visible, esto no ocurre en el caso de los abusos sexuales. Las consecuencias psíquicas son mucho más frecuentes, más graves y su efecto es más prolongado que las físicas.

Debido a la magnitud de la problemática y a la gravedad de los efectos, se considera al abuso sexual como un problema social que justifica la presente investigación. En nuestro caso tiene importancia dado que los efectos inciden en la salud mental de la población femenina.

ANTECEDENTES

Abuso sexual se define como cualquier clase de contacto sexual con un niño menor de 18 años desde una posición de poder o autoridad sobre el mismo. Se consideran aquellas situaciones en las que el menor es utilizado por sus padres, tutores u otras personas para realizar actos sexuales o como objeto de estimulación sexual. No es necesario que haya un contacto físico para considerar que existe abuso sexual ⁽¹²⁾.

Otra definición es la siguiente: toda aquella agresión y acto sexual realizado con menores de edad y con quienes no comprenden o no tienen capacidad suficiente para consentir. Los tipos de conductas sexuales que se dan y lesiones son ⁽²¹⁾:

• *Tipos de conductas sexuales*

Directas:

- Contacto genital o anal entre niño y adulto
- Penetración anal, vaginal u oral
- Caricias por debajo o por encima de la cintura
- Masturbación
- Frotteurismo
- Eyaculación sobre el menor
- Sadismo

Indirectas:

- Exposición de genitales
- Producción de material pornográfico
- Inducción a relaciones sexuales entre menores.
- Exposición a material pornográfico

• *Tipo de lesiones*

Secuelas físicas

- Lesiones en los genitales
- Mordeduras, hematomas
- Enfermedades de transmisión sexual
- Hemorragias o flujo en la región genital
- Embarazo

Secuelas psicológicas

- Sentimientos de vergüenza y culpa
- Pérdida de confianza
- Sensación de impotencia
- Miedos
- Aislamiento
- Mutismo
- Falta de autoestima

Goldman y colaboradores señalan que en la revisión de la literatura mundial, la investigación del abuso sexual tiene problemas metodológicos importantes que dificultan la estimación de la incidencia y la prevalencia ⁽¹³⁾.

Algunos de los problemas más comunes son: definiciones inconsistentes del abuso sexual y de la edad límite del sujeto víctima de abuso; determinación del número de víctimas de abuso sexual en un tiempo determinado; la elección de la muestra y tipo y número de preguntas de los cuestionarios ⁽¹³⁾.

Finkelhor en 1994, señaló que no es posible comparar los datos obtenidos de las investigaciones de varios países por las diferencias metodológicas ⁽¹²⁾.

En cuanto a los estudios de prevalencia se refiere que algunos investigadores han estimado en un 50% la población femenina que ha experimentado algunas forma de abuso antes de los 18 años. Un estudio de meta-análisis encontró tasas promedio de prevalencia de 17% y 28% para hombres y mujeres respectivamente ⁽¹³⁾.

La población más vulnerable para este tipo de ilícitos son los niños y principalmente los preadolescentes de 8 a 12 años. En México no se cuenta con cifras confiables debido a los problemas metodológicos ya señalados. Hay datos que de los casos denunciados el 80-90% de las víctimas son del sexo femenino y los agresores son en un 90 a 97% del sexo masculino. Además hay reportes de que 47.5% de los abusadores tiene algún lazo sanguíneo con la víctima ^(17,26).

Como se refirió previamente en nuestro país no se cuenta con datos representativos sobre su prevalencia. Lo anterior debido tanto a la falta de atención que por mucho tiempo prevaleció frente al fenómeno, como a las dificultades conceptuales y metodológicas para definirlo. Es sabido que las quejas que podía tener un menor sobre algún acercamiento que le incomodara eran silenciadas o devaluadas, dada la creencia de que los menores son mentirosos o fantasiosos, siendo difícil que los menores hablen del abuso cuando les está ocurriendo. De este modo, tienen pocas opciones para dar sentido al suceso, lo que hace menos probable que le digan a alguien lo que les está pasando ⁽²⁹⁾.

Se ha observado en nuestro país que el abuso sexual y el maltrato infantil, son los que menos se ha documentado en los ámbitos médicos, sociales y legales, a pesar de que la frecuencia de casos es cada vez mayor. La información estadística es muy escasa y no se cuenta con un sistema que permita identificar los casos y niveles de violencia que se ejerce en contra de la población infantil, tampoco se conoce la cantidad de niñas y niños que han sido atendidos y puestos a disposición de las autoridades del país.

El Centro de Terapia y Apoyo para Víctimas de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, reportó en 1997 que del total de las víctimas menores de 13 años atendidas, el 52% eran víctimas de abuso sexual, de éstos el 31% víctimas de violación, el 70% eran niñas y el 30% niños. Así mismo, de las denuncias presentadas por abuso y violencia sexual infantil ante el Sistema de Desarrollo Integral de la Familia (DIF), se reporta que del año 2000 a junio del 2005 se recibieron 7,823 denuncias, lo que representa el 4.86% del total de las recibidas ⁽¹⁰⁾.

Otras cifras revelan que el 56% de las jóvenes de entre los 15 y 19 años son víctimas de la violencia, y la sexual representa el 7.24%, dato proporcionado por una encuesta del HENDIRÉ ⁽¹⁰⁾.

Es de hacer notar, según datos del Instituto de Sexología que el 78.56% de los niños y niñas que sufren abuso sexual conocen a su agresor, y son personas cercanas, cuyo vínculo de confianza aminora la posibilidad de realizar cualquier tipo de denuncia (26). De acuerdo a datos proporcionados por la Universidad Nacional Autónoma de México, en el país se registran altos índices de abuso sexual infantil, en donde el 77% de las víctimas son niñas y el promedio de edad de los afectados es de 5 a 7 años: y en todos estos casos la víctima conocía al agresor(17,26).

Si bien estos datos por sí mismos son preocupantes, se deben abordar algunas de las consecuencias que tiene esta violencia en la salud mental de quienes la han experimentado.

El abuso parece constituir un predictor significativo de deterioro en la salud mental durante la adolescencia y la edad adulta. Se han notificado como secuelas: la baja autoestima y la depresión; el miedo al éxito; habilidades sociales inadecuadas; relaciones sexuales e interpersonales problemáticas; confusión sexual y conductas sexualizadas; y extremas en el comportamiento general adulto especialmente en lo que respecta a la vida sexual; prácticas sexuales sin protección, una tendencia a la revictimización; síntomas postraumáticos; trastornos de la alimentación; alexitimia en la edad adulta y más riesgo de involucrarse en la prostitución, sobre todo si el abuso ocurrió a edades tempranas(7).

Considerando diferencias entre sexos, en el caso de las mujeres se han asociado, como efectos a largo plazo del abuso sexual, el trastorno por estrés postraumático, la depresión, alexitimia, la ideación y el intento suicidas, trastornos psiquiátricos, dolores pélvicos crónicos, dolores de cabeza, trastornos gastrointestinales, disfunciones sexuales, dependencia al alcohol o las drogas, revictimización sexual y maltrato por parte de la pareja, entre otros (7,35).

La severidad de la sintomatología parece depender de la combinación de varios factores, tales como la edad en que ocurrió el abuso; la relación con el perpetrador; la duración, la frecuencia y la severidad del abuso; el uso de fuerza involucrado, y el número de agresores.

La ansiedad, las conductas autoagresivas, los intentos suicidas, los trastornos de conducta y los problemas psicosomáticos se relacionaron con la edad en que ocurrió el evento. Otros estudios han examinado la asociación entre el abuso sexual en la infancia y diversos tipos de psicopatología en la vida adulta (7,35).

Una de las secuelas observadas en mujeres con estas características es la *alexitimia*, y su aparición fue a consecuencia de observaciones clínicas realizadas inicialmente sobre pacientes enfermedades psicosomáticas (20, 24,36).

Las personas con alexitimia tienen dificultades para las relaciones interpersonales, para la expresión verbal y simbólica de los conflictos y para la integración de experiencias, por lo que se exponen repetidamente a situaciones de frustración que no saben manejar. La consecuencia de la insuficiencia en sus capacidades es la restricción de la fantasía, la dependencia objetal, una conducta social hiperadaptada y la tendencia a canalizar las tensiones por vía de los síntomas somáticos(15).

Nemiah y Sifneos examinan pacientes psicossomáticos en las cuales se les estimulaba para la asociación libre y el relato de los sueños. Los resultados de sus estudios confirman que muchos pacientes somáticamente enfermos tienen grandes dificultades para la expresión verbal de sus sentimientos, una notable coartación de la fantasía y un estilo cognitivo literal, sin matices y orientado hacia el exterior. Nemiah y Sifneos proponen un modelo de déficit estructural para comprender este estilo psicológico (22).

Sifneos acuñó el término griego alexitimia en 1972 (que significa etimológicamente «sin palabras para los sentimientos») para englobar la constelación de factores cognitivo-afectivos propios del estilo comunicativo de los pacientes. Aunque este autor no crea un concepto nuevo, ya que estas características habían sido señaladas anteriormente es él quien organiza en una entidad conceptual las observaciones clínicas y fenomenológicas descritas en pacientes psicossomáticos (28,30).

Vale la pena consignar que el término de alexitimia no aparece en las clasificaciones psiquiátricas, y no es un constructo generalmente aceptado, pero ha demostrado tener valor heurístico puesto que ha dado lugar a numerosas investigaciones. En la literatura encontramos investigaciones en las que se han descrito características alexitímicas en pacientes con un amplio rango de psicopatologías: trastornos de personalidad psicopática, adicciones a drogas y alcohol, depresión, trastornos de pánico, trastornos de estrés postraumático como por ejemplo: víctimas de abuso sexual, en donde encontramos que el abuso en la infancia y alexitimia están asociados (36).

La alexitimia es un trastorno en el procesamiento emocional caracterizado por la dificultad para identificar y expresar emociones, así como una tendencia a focalizar y amplificar las sensaciones somáticas que acompañan a la activación emocional (4).

Estas manifestaciones son conceptualizadas dentro de un patrón de personalidad expresado a través de un continuo que correlaciona positivamente con el neuroticismo, la depresión y la ansiedad. Se atribuye su etiología principalmente a dos tipos de factores: por una parte se considera un “estado” reactivo al efecto de diferentes estados emocionales negativos (depresión, ansiedad), así como consecuente con diversos trastornos crónicos psicopatológicos y somáticos(1).

Es atribuida también su etiología a la existencia de un substrato neurobiológico, bien por una alteración en la conexión ínterhemisférica dando lugar a una comisurotomía funcional, bien por alteraciones en los mecanismos de inhibición y facilitación del procesamiento emocional asociado a la lateralización cerebral (35).

La utilización de la alexitimia como uno de los mecanismos explicativos de las alteraciones psicossomáticas, partiendo básicamente de una secuencia causal que supone que la limitada conciencia e indiferenciación de los estados emocionales, así como las alteraciones en el procesamiento cognitivo de los afectos que a llevan focalizar, amplificar y prolongar los componentes somáticos de la activación emocional(1,31).

Consecuentemente, las dificultades en la modulación cognitiva de las emociones contribuyen a la realización de conductas compulsivas tendientes a la reducción de la activación fisiológica displacentera. De forma paralela, en un intento por regular el nivel de activación en situaciones de conflicto y adaptación (estrés, etc.) se producen las condiciones-autonómicas, endocrinas e inmunes que facilitan la aparición del trastorno en conjunción con los factores de riesgo, presumiblemente de transmisión genética y en

interacción con los factores ambientales. Mediante los estudios que han examinado las respuestas al estrés, se ha mostrado que los sujetos con alto nivel del trastorno manifiestan una disociación entre las respuestas fisiológicas y subjetivas, así como altos niveles de actividad simpática en fases tónicas que no son moduladas contingentemente con los cambios en las condiciones ambientales. El individuo se ve privado de la posibilidad de poner en funcionamiento mecanismos adaptativos encaminados a la resolución del estado emocional, ya que tanto el patrón de afrontamiento orientado a la acción como la indiferencia situacional propiciarían la retro activación fisiológica y no la resolución del problema (16, 31,34).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Identificar y cuantificar si hay alexitimia, en las mujeres con antecedente de abuso sexual que acuden a los servicios otorgados en el Hospital Regional de Psiquiatría "Morelos" del IMSS.

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

Objetivo general: Describir la presencia de alexitimia en mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia y adolescencia.

Objetivo específico: Conocer si otras variables influyen o se relacionan con la presencia de alexitimia en mujeres con antecedente de abuso sexual en infancia y adolescencia. Además de conocer y analizar los factores de la Escala de Toronto que se alteran más en las mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia.

HIPOTESIS DE TRABAJO

Si las mujeres víctimas de abuso sexual en la infancia y en la adolescencia que acuden a este hospital en búsqueda de alternativas de tratamiento son incapaces de verbalizar, mostrar sus emociones y sentimientos, entonces tendrán niveles elevados de alexitimia.

DISEÑO DE ESTUDIO

Se elabora un estudio que tiene las características de ser observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, no experimental.

UNIVERSO DE TRABAJO

Todas las mujeres mayores de 18 años, que acudieron a los servicios de consulta externa, clínica de afecto, hospitalización y admisión continua del Hospital Regional de Psiquiatría "Morelos" del IMSS, que dentro de sus antecedentes hayan sido abusadas sexualmente durante la infancia o adolescencia, independientemente de la patología por la cual hayan asistido a la consulta de acuerdo a los siguientes criterios.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Género femenino.
- Mayores de 18 años.
- Que sepan leer y escribir.
- Con antecedente de abuso sexual durante la infancia o adolescencia.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- Pacientes con trastorno psicótico.
- Con daño neurológico.

VARIABLES DE ESTUDIO

Alexitimia: Variable dependiente.

Definición conceptual: La alexitimia es un trastorno en el procesamiento emocional caracterizado por la dificultad para identificar y expresar emociones, así como una tendencia a focalizar y amplificar las sensaciones somáticas que acompañan a la activación emocional ⁽²⁸⁾.

En la actualidad, existe consenso en considerar que la alexitimia es un constructo multidimensional que se manifiesta con los siguientes rasgos: 1) Dificultad para identificar y describir los sentimientos; 2) Dificultad para distinguir entre los sentimientos y las sensaciones corporales del bagaje emocional; 3) Constricción en la vida simbólica, un estilo cognitivo orientado hacia lo externo y concreto ⁽⁶⁾. Estas características reflejan un déficit en la capacidad cognitiva para procesar y regular las emociones ⁽¹⁵⁾ que pueden ser interpretadas como rasgos o patrones de la misma ⁽¹⁸⁾.

Abuso sexual: Variable independiente

Definición conceptual: El abuso sexual se define como toda aquella agresión y acto sexual realizado con menores de edad y con quienes no comprenden o no tienen capacidad suficiente para consentir.

Variables sociodemográficas:

Edad, escolaridad, ocupación y estado civil, dichas variables se clasificaron en rangos.

Cualitativas nominales (estado civil) y ordinales (ocupación); variables cualitativas continuas (edad y escolaridad).

METODOLOGIA DEL ANALISIS ESTADISTICO

Para el sostén de nuestro trabajo utilizamos como medidas de tendencia central a la:

MEDIA para una variable continua que obtenemos sumado todos los valores muestrales y dividiendo por el tamaño muestral.

DESVIACIÓN ESTANDAR que es la característica de la muestra que cuantifica su dispersión o variabilidad y tiene las mismas unidades que la variable. Su cuadrado es la varianza.

PORCENTAJES proporciones expresadas en tanto por ciento.

Por otro lado las pruebas de significancia estadística entre los grupos estudiados con y sin alexitimia, y que buscan probar que existe una diferencia real y que no sean productos del azar, (aunque existe la probabilidad y por lo tanto deseamos conocerlo) para ello usamos la probabilidad que no es más que el grado de significación estadística, y suele representarse con la letra p . El valor de p es conocido como el valor de significancia. Como sabemos se adopta el valor del 5% o del 0.05. Cuanto menor sea la p , es decir, cuanto menor sea la probabilidad de que el azar pueda haber producido los resultados observados, mayor será la tendencia a concluir que la diferencia existe en realidad. El valor de p menor de 0.05 nos indica que se acepta que los resultados tienen un 95% de probabilidad de no ser producto del azar, en otras palabras aceptamos con un valor de $p = 0.05$, que podemos estar equivocados en un 5%.

Utilizamos la PRUEBA T en base a que nuestro grupo fue de 30 pacientes y de acuerdo a las variables a cruzar usaremos la prueba t para dos muestras con diferentes varianzas cuando queramos comparar medias entre dos muestras dependientes, asumiendo que la distribución de la variable es normal; o bien la prueba t para dos muestras independientes con iguales varianzas cuando queramos comparar las medias de dos muestras independientes, las varianzas son diferentes y asumimos que la distribución de la variable es normal. O la prueba t pareada cuando los datos sean dependientes y se realiza un pareamiento para una o más variables.

Las pruebas que utilizamos en este trabajo se realizaron con el programa Excel para Windows y SPSS versión 13.

INSTRUMENTOS

ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO (*TAS-20 Toronto Alexithymia Scale*)

La medición psicométrica de alexitimia se ha realizado mediante diferentes escalas, adaptaciones del MMPI y pruebas proyectivas. La primera escala, desarrollada por Sifneos y colaboradores, se denomina BIQ (Beth Israel Questionarie) ha sido ampliamente usada, aunque tiene sus limitaciones. La escala TAS (Toronto Alexithymia Scale) diseñada por Taylor y Bagby y Parker ha probado ser la más confiable y

actualmente es la más utilizada (anexo 2); se ajusta a una curva normal $N(47,29)$ y presenta una estructura ortogonal tridimensional que explica el 31% de la varianza, con una consistencia interna alta ($\alpha=0,81$); esta compuesta por 20 ítem, con una escala de respuesta de tipo Likert de cinco puntos que muestra desde el total acuerdo, al total desacuerdo en cada enunciado. Casullo y colaboradores adaptaron esta escala al español y se validó adecuadamente denominándola escala UBA (por Universidad de Buenos Aires). Se adaptó al castellano y esta validada en México (6, 18, 25,33).

Muestra una solución factorial compuesta por tres factores coherentes con el constructo que evalúa:

Factor I (reactivos 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14), describe la dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional.

Factor II (reactivos 2, 4, 11, 12 y 17) se refiere a la dificultad para describir sentimientos.

Factor III (reactivos 5, 8, 10, 15 16, 18, 19 y 20) denominado patrón de pensamiento orientado a lo externo (11).

Para una mejor comprensión del índice de alexitimia de nuestra población estudiada establecimos nuestros puntos de corte, siguiendo los criterios de Taylor (34), el punto de corte del TAS en: "no alexitímicas" ($TAS < 51$); "alexitimia baja" ($TAS > 52$ y < 59) y "alexitimia alta" ($TAS = 0$ o > 60) (18).

CUESTIONARIO DE ABUSO SEXUAL DE DAVID FINKELHOR

Para identificar la variable de abuso sexual utilizaremos el **Cuestionario de Abuso Sexual de David Finkelhor**, que es anónimo y autoadministrable y cuya definición operacional es si está o no presente el abuso. (Tomado del Texto Finkelhor D. *Sexually victimized children*. New York The Free Press 1979, primera reimpression en español 1985).

Este cuestionario originalmente consta de 113 preguntas y dividido en 4 apartados, para nuestro trabajo se adaptó a 11 preguntas fundamentales de acuerdo al Anexo 3(12). Utilizando un formato de respuesta sencillo (con una X): Los 4 primeros ítems evalúan las variables sociodemográficas como la edad, estado civil, escolaridad y ocupación de la usuaria, mientras que los 7 restantes exploran la experiencia infantil sobre la vivencia del abuso sexual. Se incluyeron enunciados sobre el descubrimiento del sexo, la edad de abuso, la experiencia del mismo, sobre medidas coercitivas, y sobre la verbalización de la experiencia.

El cuestionario no esta diseñado para obtener más que la información sobre los aspectos generales enunciados de acuerdo al autor, por lo que no se considera un instrumento de medición de algún factor en especial, por lo tanto no requiere de validación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se captaron a las usuarias que asistieron a los servicios de la consulta externa, del hospital tradicional, de admisión continua y clínica de afecto del Hospital Regional de Psiquiatría "Morelos" del IMSS en un periodo de seis meses, a las que se les evaluó rutinariamente a través de la elaboración de su historial clínico y las que presentaron el antecedente de abuso sexual en la infancia y adolescencia se seleccionaron de acuerdo a los criterios de inclusión explicándoles claramente las características del estudio; las que aceptaron firmaron el consentimiento informado, posteriormente se les aplica el cuestionario de Abuso Sexual de Finkelhor y la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), hasta completar 33 usuarias. Los datos que se recolectados fueron revisados y calificados uno por uno descartándose dos pacientes que no calificaron debidamente los instrumentos aplicados y una tercera que mostró síntomas psicóticos, de esta manera se forma el grupo de 30 pacientes.

Al término de las evaluaciones, se calificaron las escalas y los cuestionarios, el vaciado de datos y pruebas estadísticas se realizó con el programa Excel para Windows y SPSS versión 13.

RESULTADOS.

Se predecía que, para que los resultados obtenidos en esta adaptación fueran congruentes con el constructo teórico que tratamos de evaluar las mujeres alexitímicas eran las que mostrarían los puntajes más elevados en la escala de Toronto (TAS-20) y el instrumento pudiera considerarse como válido, en relación con el cuestionario sobre abuso sexual de Finkelhor, los resultados habrían de comportarse, de acuerdo a las siguientes predicciones:

1. Los niveles de alexitimia obtenidos en la TAS-20 habrían de correlacionar positivamente con los índices obtenidos, en conjunción con la escala de abuso sexual, en los reactivos más críticos.
2. Por el contrario, se predecían correlaciones negativas entre los niveles de alexitimia en relación a la escala de abuso sexual, en los puntos más superficiales de los siete reactivos.

Para entender e interpretar los resultados de nuestro trabajo se realizan las siguientes tablas y gráficos:

En la Tabla 1, referente a las variables socio demográficas, ordenamos los datos generales de las pacientes que asistieron a el hospital, observándose que de las 30 pacientes estudiadas, 15 son menores de 30 años y 15 mayores de 31, con una escolaridad de preparatoria en 11 casos; otras 11 están dedicadas al hogar y 11 trabajan como empleadas; 11 son solteras y 14 se encontraron viviendo con una pareja.

TABLA 1
VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS
ALEXITIMIA EN MUJERES CON ABUSO SEXUAL

EDAD	NO. CASOS
15 A 20 Años	7
21 A 25 Años	5
26 A 30 Años	3
+ de 31 Años	15
ESCOLARIDAD	
Primaria	5
Secundaria	7
Preparatoria	11
Profesional	5
OCUPACION	
Sin ocupación	3
Hogar	11
Empleada	11
Profesionista	5
EDO. CIVIL	
Soltera	11
Casada o unión libre	14
Otra (viuda, separada, etc.)	5

En la Tabla 2 se muestran los resultados del cuestionario de Finkelhor modificado, para recolectar los datos referentes al abuso sexual de cada una de las usuarias, que dieron su consentimiento, obteniéndose los siguientes resultados:

TABLA 2
CUESTIONARIO DE ABUSO SEXUAL DE FINKELHOR
EN PACIENTES CON Y SIN ALEXITIMIA

		n=30	c.alexitimia		s.alexitimia		M	DS
			n	%	n	%		
1.Como descubrió acerca del sexo:	Madre	8	4	50	4	50	2.75	1.56
	Padre	3	1	33	2	67	3.26	1.51
	Maestros	6	5	83	1	17	2.87	1.56
	Amigos	4	2	50	2	50	3.05	1.23
	Libros o revistas	3	2	67	1	33	3.74	1.24
	Otra persona	6	5	83	1	17	3.03	1.49
2.A que edad fue el abuso:	8 a 12 años	20	13	65	7	35	3.25	1.38
	13 a 17	7	6	86	1	14	2.64	1.54
	Mas de 18 años	3	0	0	3	100	2.37	1.63
3. Que tipo de experiencia tuvo:	Besar, abrazar o acariciar de manera sexual	4	2	50	2	50	2.77	1.61
	Otra persona mostrándole sus órganos sexuales	1	1	100	0	0	2.58	1.9
	Otra persona acariciándole sus órganos sexuales	10	8	80	2	20	2.93	1.37
	Relaciones sexuales	15	8	53	7	47	3.21	1.47
4.La otra persona era:	Un primo	4	3	75	1	25	2.93	1.38
	Un tío	4	2	50	2	50	2.52	1.58
	Un abuelo	3	1	33	2	67	2.95	1.44
	Hermano	2	1	50	1	50	3.5	1.26
	Un padre	3	2	67	1	33	3.13	1.51
	Un padrastro	3	3	100	0	0	3.42	1.35
	Un amigo de la familia	3	2	67	1	33	2.96	1.17
	Un extraño	8	4	50	4	50	3.05	1.53
5.La otra persona la amenazo o forzó:	Si	26	18	69	8	31	3.04	1.48
	No	4	1	25	3	75	2.7	1.42
6.Por cuanto tiempo continuo esto:	Días	12	6	50	6	50	3.15	1.43
	Meses	6	4	67	2	33	2.66	1.56
	Años	12	9	75	3	25	3.09	1.41
7. A quien le contó sobre esta experiencia:	A nadie	21	15	71	6	29	3.06	1.46
	A mamá	6	2	33	4	67	2.74	1.46
	A hermana	1	1	100	0	0	2.58	1.9
	A amiga	2	1	50	1	50	3.48	0.97

Observamos que de los 30 casos estudiados en el primer reactivo sobre el descubrimiento de los aspectos sexuales la información fue proporcionada por la madre en 8 pacientes, 3 por el padre, 6 por maestros y otros 6 por personas diferentes a los familiares y 3 por revistas; de estos 30 casos estudiados 19 son alexitímicas.

En el segundo reactivo del cuestionario de Abuso Sexual, de las 30 pacientes 20 fueron abusadas sexualmente en el lapso de los 8 a los 12 años y de éstas, 13 mostraron calificaciones altas en la escala de Toronto para considerarlas como alexitímicas; hay 7 que fueron abusadas de los 13 a los 17 años mostrando 6, datos de alexitimia.

La pregunta tres; las experiencias de las usuarias con más impacto fueron tocamientos y relaciones de sexo propiamente dichas en 25 de las 30 mujeres estudiadas y de éstas 16 tienen registro elevado para ser alexitímicas.

En la pregunta cuatro relacionada con el agresor, en 16 de las pacientes estudiadas fue un familiar directo, mientras que los extraños a la familia fueron detectados en 8 de los casos.

La quinta pregunta vinculada con la violencia del ofensor, hay que señalar que amenazó a la víctima en 26 de los casos, de las cuales 18 calificaron para ser consideradas como alexitímicas.

El sexto reactivo relacionado con el tiempo que duró el abuso, fue en 12 casos por algunos días y también hubo 12 casos en donde la víctima fue sometida por años, de éstas 9 calificaron la Escala de Toronto para ser alexitímicas; y 6 fue por algunos meses de las 4 son alexitímicas.

Finalmente en esta tabla, se observa que en la última respuesta cuando la víctima no cuenta o dice lo que le sucedió se torna alexitímicas en la mitad de los casos, sin embargo, la preferencia es no contar ya que de 30 casos 21 no lo realizó, mientras que 9 lo comunicaron a la madre, a la hermana o a alguna amiga.

La siguiente tabla (Tabla 3) muestra el número de casos obtenidos con puntajes de acuerdo a los cortes de los intervalos en la Escala de Toronto para 20 ítems (TAS-20).

La puntuación para la Escala de alexitimia se categorizó en tres grupos a partir de la media, con una desviación estándar hacia el menor y el mayor puntaje, obteniendo tres grupos que se denominaron de la siguiente manera:

- a) Sin alexitimia (puntuación TAS < 51) con un total de 11 (36.6%) pacientes.
- b) Alexitimia baja (puntuación TAS >52 y <59) con un total de 4 (13.4%) pacientes.
- c) Alexitimia alta (puntuación TAS >60) con un total de 15 (50%) pacientes.

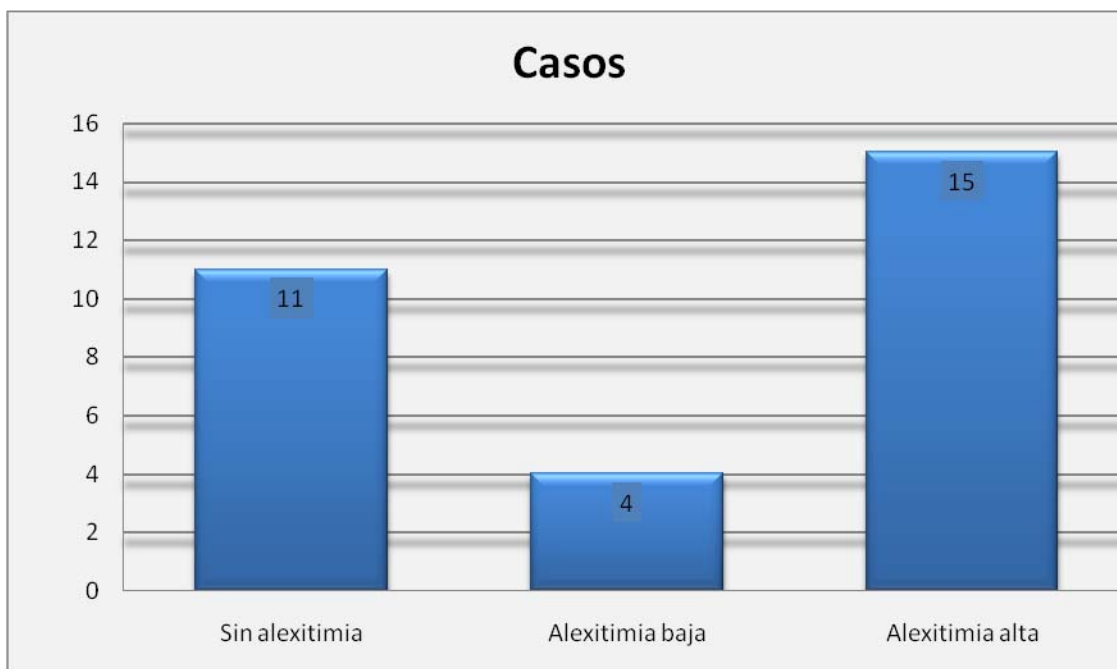
Observándose que en nuestra muestra se obtiene la mitad de usuarias con cifras representativas para la alexitimia alta.

TABLA 3.
ALEXITIMIA EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL

	CASOS	%	M	DS
SIN ALEX	11	36.6	1.91	1.8
ALEX. BAJA	4	13.4	2.51	1.9
ALEX. ALTA	15	50	2.85	1.5
TOTAL	30	100		

Los datos anteriores se representan en cifras por porcentajes en el Grafico 1

GRAFICO 1
ALEXITIMIA EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL



Para ser acordes y apegarnos a nuestro objetivo específico, obtuvimos los siguientes resultados dentro del análisis de los factores que se ven más alterados en las mujeres con antecedente de abuso sexual en la infancia, para esto como referimos previamente, la Escala de Toronto para la alexitimia se encuentra dividida en tres factores:

- a) Factor I (reactivos 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14), describe la dificultad para identificar sentimientos.
- b) Factor II (reactivos 2, 4, 11, 12 y 17) se refiere a la dificultad para describir sentimientos.
- c) Factor III (reactivos 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20) por un patrón de pensamiento orientado a lo externo y una marcada constricción de los procesos simbólicos.

En nuestra muestra obtuvimos los siguientes resultados (Tabla 4) representados en porcentaje observándose que las usuarias alexitímicas obtuvieron mayor porcentaje en lo relacionado al primer factor y cifras muy semejantes en el factor dos y tres.

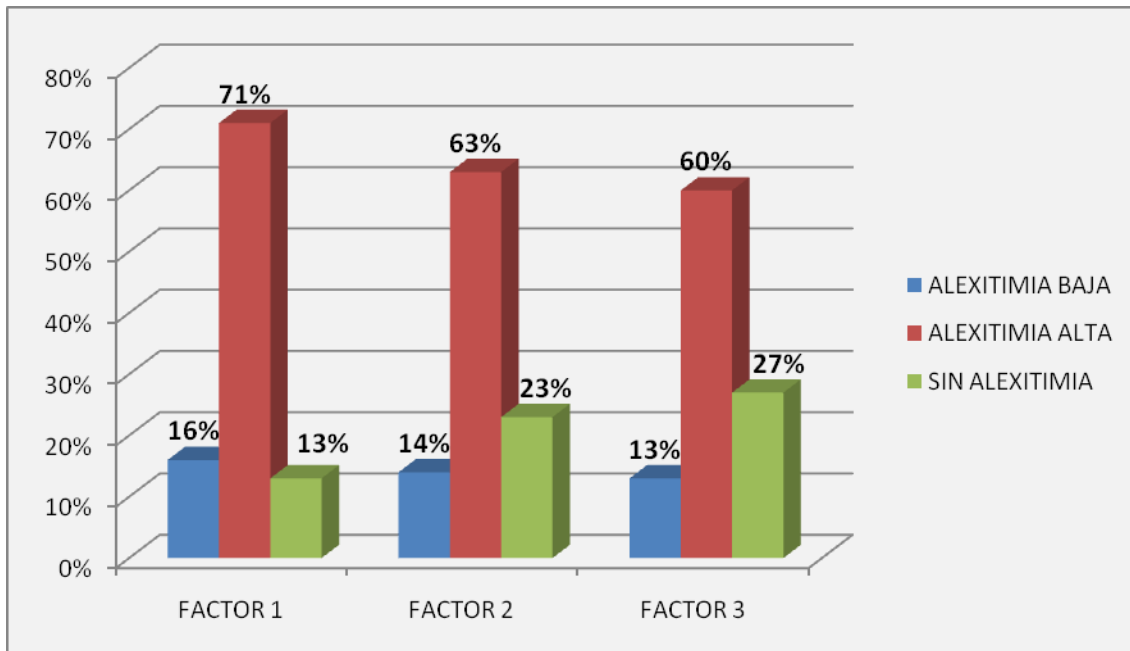
TABLA 4
FACTORES DE LA ESCALA DE TORONTO EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL

	ALEXITIMIA BAJA	ALEXITIMIA ALTA	SIN ALEXITIMIA	%
FACTOR 1	16%	71%	13%	100%
FACTOR 2	14%	63%	23%	100%
FACTOR 3	13%	60%	27%	100%

De forma grafica se expresan los mismos resultados para clarificar los resultados obtenidos (Grafico 2).

GRAFICO 2

FACTORIZACION DE ESCALA DE TORONTO EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL



La Tabla 5 muestra las puntuaciones estadísticas del análisis de varianza obtenidas de la Escala de Toronto (TAS-20) de las diferentes variables que fueron cruzadas de grupo contra grupo, para su comprensión se usaron diferentes iniciales a saber: CA con alexitimia, SA sin alexitimia, A alta, B baja, F1, F2, F3, corresponde a factor 1, 2 y 3 respectivamente. Se observa que hay diferencias significativas ($p < 0.05$) entre el factor uno con alexitimia alta y sin alexitimia; igual sucede con el factor dos; y en el factor tres con alexitimia alta contra el grupo de no alexitímicas y en el mismo factor del grupo en su totalidad de alexitímicas y no alexitímicas.

TABLA 5

ANALISIS ESTADISTICO DE LA ESCALA DE ALEXITIMIA DE TORONTO EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL

PRUEBA T X FACTORES				
C A	vs	SA	1.42	1 cola y variancia distinta
CAA		CAB	0.086	x
F1CA		F1SA	1.41	
F1AA		F1AB	0.05	x
F1AB		F1SA	0.01	x
F2AA		F2AB	0.41	
F2AA		F2SA	0.0006	x
F2SA		F2AB	0.03	x
F2CA		F2SA	1.57	
F3AA		F3SA	0.002	x
F3AA		F3AB	0.22	
F3SA		F3AB	0.13	
F3CA		F3SA	0.0001	x
x-valor con significancia estadística p<0.05				

CA-Con alexitimia, SA-Sin alexitimia, B-Alexitimia baja, C-Alexitimia alta, F-Factor

Finalmente dentro de nuestro análisis de varianza estadístico obtuvimos a través de la prueba de distribución de T los valores que se enuncian y que corresponden a diferencias significativas $p < 0.05$ (Tabla 6)

**TABLA 6
VALIDACION ESTADISTICA DE GRUPO CON ALEXITIMIA CONTRA GRUPO SIN ALEXITIMIA EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL**

		PRUEBA T	DIS T
CON ALEXITIMIA VS SIN ALEXITIMIA	1 COLA	8.91	0.006*
	2 COLAS	1.78	0.012*
* p< 0.05			

COMENTARIOS

En el 63.4% de los casos de abuso sexual en la infancia se presenta la alexitimia, mientras que el restante 36.6 de las mujeres estudiadas no presentan dicha entidad, con lo que la hipótesis se confirma.

De acuerdo a los resultados obtenidos en nuestra muestra y de acuerdo a el objetivo específico se observa que los niños y adolescentes están más expuestos a la *violencia sexual*; este evento tiene su aparición en las dos primeras décadas de la vida (en nuestro trabajo se observa que el rango mayor ocurre de los 8 a los 15 años con 21 casos), con pocos nuevos casos después de los 20 años. Se estima que, en promedio, cada cuatro minutos una niña o mujer es violada en México, este cálculo se basa en una estimación del gobierno según la cual ocurren entre 120 y 130.000 violaciones anuales en México. Probablemente la cifra sea mucho mayor. Apenas una parte de estas violaciones es denunciada ante las autoridades ⁽³⁾.

Esto manifiesta la importancia de dirigir la atención a la prevención de la violencia en edades tempranas, así como del tratamiento de sus secuelas, ya que precisamente la ocurrencia de situaciones traumáticas en estas edades parece asociarse con problemas psiquiátricos más severos a lo largo de la vida ⁽²⁾.

La exposición a la violencia por parte de familiares y la de tipo sexual es altamente frecuente en las edades tempranas. Nuestro estudio arroja que más del 50% de los abusos es infringido por los propios familiares, de esta manera, se distinguen claramente los grupos vulnerables a la violencia, tal y como ha sido reconocidos internacionalmente ⁽³⁶⁾.

Como es de esperarse, las mujeres por su condición de género, están más expuestas a violencia, tales como la sexual y la violencia por parte de la pareja ⁽²³⁾. En nuestro estudio nos concretamos solamente a tamizar mujeres que habían sufrido persecución, abuso o acoso, los datos parecen mostrar que efectivamente las mujeres tienden a experimentar ciertas formas de violencia por el hecho de ser mujeres, lo que incluye a "todo acto de fuerza física o verbal, coerción o privación amenazadora para la vida, dirigida al individuo mujer o niña, que cause daño físico o psicológico, humillación o privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación femenina".

Nuestros resultados así lo confirman obteniéndose calificaciones altas de alexitimia. Además, los sucesos que les ocurren a las mujeres se asocian con secuelas más severas, como lo muestran los porcentajes más elevados de trastorno por estrés postraumático, tal y como lo revela la literatura revisada internacionalmente ⁽⁸⁾.

Nosotros estudiamos un constructo que no aparece en las clasificaciones internacionales; la alexitimia, que más bien es la resultante que se asocia con una gran cantidad de síntomas, incluyendo aquellos relacionados con el estrés postraumático que persisten aún cuando hayan pasado muchos años desde que se sufrió el abuso ⁽¹⁴⁾.

Identificar a un paciente con alexitimia abre una puerta en el mundo patológico de esa persona y crea un campo fértil para la exploración en terapia. Una identidad realizable puede convertirse solamente después que los elementos de la vida de una persona se unen en una historia como mínimo satisfactoria. Winnicott manifestaba que una "bastante buena" identidad requiere una "bastante buena" historia. En este trabajo en donde las pacientes muestran gran dificultad para externar e identificar su sentir, es importante este punto ya que repasar su historial de abuso no es del todo fácil (19).

Aunque la alexitimia es una construcción clínica útil, especifica un fenómeno verdadero e identifica un déficit del uno mismo, es un primer paso en identificar lo patológico de sus mundos. ¿Cómo podría cualquier persona que no puede descargar emociones negativas responder, al ser presionado?

Cuando una mujer es víctima de abuso sexual y prefiere callar el evento que notificarlo es porque ya manifiesta dificultad para externar su sentir, Finkelhor refiere que en la infancia se manifiesta por maniobras coercitivas que el agresor infringe a un ser desvalido que aún no es capaz de dilucidar si esta o no en lo correcto en mencionarlo, o mejor si las figuras de identificación lo verán bien o mal, siendo quizás este el mecanismo inicial para identificar sus sentimientos o bien para describirlos hacia el exterior marcándose el inicio de la constricción de los procesos simbólicos, que son monitoreados desde nuestra expectativa a través de la exposición en los reactivos de la Escala de Toronto.

Aunque esta escala inicialmente fue diseñada para monitorear los trastornos somáticos, es útil el constructo ya que nos permite observar que tanto ha afectado el mundo interno de las víctimas de abuso.

En este trabajo y de acuerdo a nuestro objetivo específico, estudiamos los factores más alterados de la TAS-20 los ítems más alterados corresponden al Factor 1, con un porcentaje de 70%, cuyos ítems muestran la dificultad que se tiene en identificar los sentimientos, esto resulta interesante ya que del 100% de mujeres que configuraron nuestra muestra, el 70% no saben identificarlos lo que redundará en dificultades que a la larga complican su funcionamiento, de ahí que gran porcentaje de mujeres soliciten la atención psiquiátrica y se les encamine a un tratamiento psicoterapéutico que será difícil. Desgraciadamente no existen muchos estudios al respecto para poder compararlos con nuestros resultados por lo que sería muy adecuado que en el futuro se realicen replicas de este trabajo, además debemos de considerar que nuestra muestra fue pequeña y solo muestran una pequeña proporción de la población para poder configurar estrategias de manejo.

Observamos en nuestra práctica clínica muchas mujeres que padecen de trastornos depresivos recurrentes, de ansiedad generalizada, de trastornos de personalidad limítrofe, con trastornos somatoformes o por somatización, que fueron víctimas de abuso, y que en el fondo muestran rangos elevados de alexitimia, por lo que quizás este constructo pudiera tomarse en consideración como una medida que pudiera predecir algunas de estas alteraciones.

Sin embargo, falta mucho camino por recorrer y este trabajo no es más que un intento por comprobar la importancia de esta alteración para mejorar el pronóstico en estos casos.

CONCLUSIONES

1. La alexitimia se presenta en el 63% de las mujeres con antecedente de violencia sexual en la infancia y en la adolescencia.
2. La edad donde se presentó con mayor frecuencia el abuso sexual fue en el rango de los 8 a los 15 años.
3. El agresor generalmente es un familiar en más del 50% de los casos estudiados.
4. El tipo de relación con relación al abuso fue la relación sexual.
5. La ofendida prefirió en más del 50% de los casos no comentar el suceso con nadie.
6. La ofendida fue forzada en más del 80% por el ofensor.
7. La duración del asedio fue de unos días como mínimo a varios años de duración.
8. La consecuencia de la víctima se refleja después de varios años en el reconocimiento de sus sentimientos.
9. La Escala (TAS-20) pudiera ser una herramienta útil para detectar el daño producido por el agravio.
10. Por lo anterior se deben implementar medidas preventivas más extensas.

REFERENCIAS

1. Ahrens, S.; Deffner, G., Empirical study of alexithymia: methodology and results, *American Journal of Psychotherapy*, 1986, 40, pp. 430-437.
2. American Psychological Association. Violence and the family: Report of the American Psychological Association Presidential Task Force on Violence and the Family. Washington, DC: American Psychological Association; 1996.
3. Amnistía Internacional, México: Poner fin al ciclo brutal de violencia contra las mujeres en Ciudad Juárez y la ciudad de Chihuahua, Índice AI: AMR 41/011/2004; <http://hrw.org/spanish/informes/2006/mexico0306>
4. Ayuso, J. I., Alexitimia: concepto y medida, *Archivos de Neurobiología*, 1993, 56 (2), pp. 106-115.
5. Bagby M, Parker J, Taylor G. The twenty-item Toronto alexithymia scale - I. item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosomatic* 1994; 38: 23-32.
6. Bagby M, Taylor G, and Parker J: construct validity of the Toronto alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatic*, 1980.
7. Berenbaum, H, Childhood abuse, alexithymia and personality disorder, *Journal of Psychosomatic Research*, 1996, 41 (6), pp. 585-595.
8. Cia A. H. Trastorno por estrés postraumático. Diagnóstico y tratamiento integrado. Primera Edición. Buenos Aires: Imaginador 2001:472.
9. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). Task force on diagnosis and nomenclature, American psychiatric association. American psychiatric press, Washington DC, 1994.
10. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las relaciones en los Hogares. ENDIREH. (Instituto Nacional y Estadística, Geografía e Informática) INEGI.2005.
11. Fernández Víctor Manuel, Citado en Elementos 35, 1999, pp. 25-27.
12. Finkelhor, D. Abuso sexual al menor. Causas, consecuencias y tratamiento psicosexual. Edit. Pax, México, 1987.p. 305-314.

13. Goldman J, Padayachi U. Some methodological problems in estimating incidence and prevalence in child sexual abuse research. *The Journal of Sex Research* 2000; 37 (4).
14. González RS. Comparación de psicoterapia de grupo vs psicoterapia individual en mujeres sobrevivientes de abuso sexual y/o incesto en la infancia. *Comp. Violencia contra las mujeres en contextos urbanos y rurales*. México: El Colegio de México, Programa Interdisciplinario de Estudios de la Mujer; 2004:271-303.
15. Krystal, H.; Giller, E; Cicchetti, D, Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction of a reliable measure, *Psychosomatic Medicine*, 1986, 48 (1-2), pp. 84-93.
16. Lola's, F, y otros, On the measurement of alexithymia behavior, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1980, 33, pp. 139-146.
17. Loredó, A. *Maltrato al menor*. México. 1994.
18. Martínez Sánchez F. Adaptación española de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y salud* 1996; 7(1):19-32.
19. Moleta, Ph. D. Julio 2000, Vol. XVII, Edición 7; www.psychiatrictimes.com.
20. Mullen P, Martin J, Anderson J, Romans S: The effect of child abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *Br J Psychiatry*, 165: 35-47, 1994.
21. Mullen P, Martin J, Anderson J: Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry*, 163: 721-732. 1993.
22. Nemiah, J. C. Alexithymia. Theoretical considerations», *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1976, pp. 145.146.
23. Olaiz G, Rico B, Del Río A. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003. México, DF: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública; 2004.
24. Perales F. R, Florenzano R, Rojas C: Maltrato físico y abuso sexual: Sus consecuencias psicopatológicas. *Rev. Psiquiátrica Clín*, 31 (1): 45-56, 1994.
25. Pérez-Rincón H, Cortes J. Validación y estandarización de la versión española de la escala modificada de alexitimia de Toronto. *Salud mental*: 20: 3 sep. 1997.
26. Ramírez N. La infancia cuenta en México. *Red por los derechos de la infancia en México*. 2005.
27. Rubio E. Introducción al estudio de la sexualidad humana. *Antología de la sexualidad humana*. Miguel Ángel Porrúa, Conapo, México; 1994.
28. Sífneos. Alexithymia. concept and measurement, *Psychotherapy and psychosomatics*, 1979, 32, pp. 180-190
29. Sífneos. The prevalence of «alexithimic» characteristics patients, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 1973, 22, pp. 255-262
30. Sífneos. The phenomenon of "alexithymia" - observations in neurotic and psychosomatic patients. *Psychotherapy psychosomatic* 1977: 28: 47-57.
31. Smith GR. Alexithymia in medical patients referred to a consultation/liaison service. *Am. J. Psychiatry* 1983: 140: 99-101.
32. Spitzer RL, Williams J, Gibbon M, First M. The structured clinical interview for DSM-III-TR (SCID). I. History, rationale and description. *Arch Gen Psychiatry* 1992: 49: 624-629.
33. Taylor G. The alexithymia construct: conceptualization, validation, and relationship with basic dimensions of personality. *New trends exp clinical psychiatry* 1994: 10: 61-74.
34. Taylor, G. Alexithymia: concept, measurement and implications for treatment, *Am J of Psychiatry*, 1984, 141 (6), pp. 725-732.
35. Timms R. J, Connors P. Adult promiscuity following childhood sexual abuse: An introduction. *The Haworth Press* 1992: 19-27.

36. World Health Organization. World report on violence and health. Ginebra, Switserland: WHO; 2002:346.
37. Zeitlin, S.; McNally, R; Cassidy, K, Alexithymia in victims of sexual assault: an effect of repeated traumatization? Am J of Psychiatry, 1993, 150: 661-663.

ANEXO 1**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.**

LUGAR Y FECHA. _____

POR MEDIO DE LA PRESENTE ACEPTO PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN TITULADO **ALEXITIMA EN MUJERES CON ANTECEDENTE DE ABUSO SEXUAL**.

SE ME HA EXPLICADO QUE MI PARTICIPACIÓN CONSISTIRA EN: CONTESTAR UN CUESTIONARIO Y UNA ESCALA.

DECLARO QUE SE ME HA INFORMADO AMPLIAMENTE SOBRE LOS POSIBLES, INCONVENIENTES, MOLESTIAS Y BENEFICIOS DERIVADOS DE MI PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL SE HA COMPROMETIDO A DARME INFORMACIÓN OPORTUNA SOBRE CUALQUIER PROCEDIMIENTO ALTERNATIVO ADECUADO QUE PUDIERA SER VENTAJOSO PARA MI TRATAMIENTO. ASI COMO A RESPONDER CUALQUIER PREGUNTA Y ACLARAR CUALQUIER DUDA QUE SE LE PLANTEE ACERCA DE LOS PROCEDIMIENTOS QUE SE LLEVARON ACABO, LOS RIESGOS, BENEFICIOS O CUALQUIER OTRO ASUNTO RELACIONADO CON LA INVESTIGACIÓN O CON MI TRATAMIENTO.

ENTIENDO QUE CONSERVO EL DERECHO DE RETIRARME DEL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO EN QUE LO CONSIDERE CONVENIENTE, SIN QUE ELLO AFECTE LA ATENCIÓN MÉDICA QUE RECIBO DEL INSTITUTO.
LOS RESULTADOS DEL PRESENTE ESTUDIO CONTRIBUIRA A GENERAR INFORMACION QUE MEJORE LA ATENCION MEDICA QUE SE PRESTA DENTRO DEL IMSS.

EL INVESTIGADOR PRINCIPAL ME HA DADO SEGURIDADES DE QUE NO SE ME IDENTIFICARA EN LAS PRESENTACIONES O PUBLICACIONES QUE SE DERIVEN DE ESTE ESTUDIO Y DE QUE LOS DATOS RELACIONADOS COM MI PRIVACIDAD SERAN MANEJADOS EN FORMA CONFIDENCIAL. TAMBIEN SE HA COMPROMETIDO A PROPORCIONARME LA INFORMACIÓN ACTUALIZADA QUE SE OBTENGA DURANTE EL ESTUDIO, AUNQUE PUDIERA HACERME CAMBIAR DE PARECER RESPECTO A MI PERMANENCIA EN EL MISMO.

NOMBRE Y FIRMA DEL PACIENTE

INVESTIGADOR

1er TESTIGO

2º TESTIGO

ANEXO 2

ESCALA DE TORONTO						
A: Muy en desacuerdo	C: Ligeramente en desacuerdo		E: De acuerdo			
B: En desacuerdo	D: Ligeramente de acuerdo		F: Muy de acuerdo			
	A	B	C	D	E	F
1. A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo.						
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.						
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.						
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.						
5. Prefiero analizar los problemas mejor que solo describirlos.						
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado.						
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.						
8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo.						
9. Tengo sentimiento que casi no puedo identificar.						
10. Estar en contacto con las emociones es esencial.						
11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.						
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos.						
13. No sé que pasa dentro de mí.						
14. A menudo no sé porque estoy enfadado.						
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.						
16. Prefiero ver espectáculos simples pero entretenidos que dramas psicológicos.						
17. Me es difícil develar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.						
18. Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.						
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.						
20. Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos.						

ANEXO 3 CUESTIONARIO DE ABUSO SEXUAL DE FINKELHOR

El siguiente cuestionario es anónimo.

1. Edad. _____ años
2. Estado civil.
 - a. Soltera b. Casada c. Unión libre d. Otra
3. Escolaridad.
 - a. Ninguna.
 - b. Primaria.
 - c. Secundaria.
 - d. Bachillerato.
 - e. Licenciatura.
 - f. Otra.
4. Ocupación.
 - a. Ninguna b. Hogar c. Empleada d. Profesional
5. Como descubrió acerca del sexo:
 - a. Madre b. Padre c. Hermanos d. Maestros e. Amigos f. Libros o revistas g. Películas h. Otra persona.
6. Marque con una X si tuvo alguna de las siguientes experiencias:
 - a. Una invitación o insinuación a hacer algo sexual _____
 - b. Besar, abrazar o acariciar de manera sexual _____
 - c. Otra persona mostrándole sus órganos sexuales _____
 - d. Usted mostrándole sus órganos sexuales a otra persona _____
 - e. Otra persona acariciándole sus órganos sexuales _____
 - f. Relaciones sexuales _____
7. Edad en que le sucedió este acontecimiento _____
8. La otra persona era.
 - a. Un primo _____
 - b. Un tío (a) _____
 - c. Un abuelo _____
 - d. Hermano (a) _____
 - e. Un padre _____
 - f. Un padrastro _____
 - g. Un amigo de la familia _____
 - h. Un extraño _____
9. La otra persona la amenazo o forzó?
 - a. Si b. Un poco c. No
10. Por cuanto tiempo continuo esto.
 - a. Días b. Meses c. Años
11. A quien le contó sobre esta experiencia en aquel entonces.
 - a. A nadie b. A su madre c. A su padre d. A otro adulto e. Hermano (a)
 - f. Amigo(a)

Agradezco su participación en la investigación.