



PONTIFICIA **UNIVERSIDAD CATÓLICA** DEL PERÚ

Esta obra ha sido publicada bajo la licencia Creative Commons
Reconocimiento-No comercial-Compartir bajo la misma licencia 2.5 Perú.

Para ver una copia de dicha licencia, visite
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana

Las autolesiones son el acto de dañar el propio tejido corporal de manera intencional y sin intenciones suicidas conscientes. Las maneras de autolesionarse son diversas, pero para los fines de esta investigación utilizaremos el concepto de autolesiones sin intenciones suicidas conscientes, que no son aprobadas socialmente y que incluyen cortarse, quemarse, intoxicarse o haberse dañado de manera intencional. Investigaciones recientes señalan que las autolesiones se presentan no solo en poblaciones psiquiátricas, sino que existe un alto índice de dichas conductas en poblaciones ‘sin un diagnóstico psiquiátrico’, como universitarios y escolares. Las cifras de personas que se han autolesionado son bastante altas –alrededor de un 25%-(Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Zoroglu et al., 2003).

Un dato importante para entenderlas es que estas suelen aparecer con el comienzo de la adolescencia, durante la pubertad, y suelen ser los adolescentes y los adultos jóvenes quienes están en mayor riesgo de lesionarse a sí mismos. La adolescencia es una etapa de mayor mirada a los cambios que se dan en uno mismo. Esto trae consigo emociones intensas con respecto a sí mismo, nuevas formas de relacionarse y una posterior explicación del mundo a partir de lo que uno conoce de sí mismo. Así, se trata de una etapa de emociones fluctuantes, principalmente dirigidas hacia sí mismo (Carvajal, 1993).

Por otro lado, se ha notado que las personas que se autolesionan suelen presentar algunas dificultades en la expresión y sobre todo en la simbolización de las experiencias emocionales. Es por ello que ante algún conflicto emocional tienden a actuarlo más que a simbolizarlo (Gratz, 2007; Lambert & De Man, 2007; McLane, 1996). Por esta razón se ha planteado que las autolesiones podrían estar relacionadas a la alexitimia, constructo que se utilizó para describir ciertas características en los pacientes psicósomáticos, que tenían como principal manifestación psicológica la dificultad para verbalizar los afectos. La alexitimia “se refiere a un estilo cognitivo caracterizado por inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos, por el cual el sujeto presenta una tendencia a la acción frente a situaciones conflictivas” (Sivak & Wiater, 1998, p.18). Esta constelación de manifestaciones está caracterizada, según algunos autores (Taylor, Bagby, Ryan, Parker, Doody & Keefe, 1988 citados en Sivak & Wiater, 1998; Velasco, 2000), por una dificultad en el reconocimiento, la identificación y la descripción de las emociones, así como por la difícil distinción entre los estados emocionales y las sensaciones físicas.

Por estas razones, la presente investigación tiene como pregunta: *¿Cuáles son las características de la alexitimia y las autolesiones en un grupo de escolares de cuarto y quinto de secundaria de un colegio público de Lima Metropolitana?*

Objetivo general

Describir las características de la alexitimia y las autolesiones en un grupo de escolares de cuarto y quinto de secundaria de un colegio público de Lima Metropolitana.

Objetivos específicos

- Verificar la validez y confiabilidad de la escala de alexitimia a través del análisis factorial y del alfa de Cronbach respectivamente.
- Describir las diferencias en los niveles de alexitimia según las variables sociodemográficas.
- Describir las características de las autolesiones en los adolescentes estudiados, para la muestra total y por variables sociodemográficas.
- Explorar la relación existente entre las autolesiones y la alexitimia.

Esta investigación es de tipo descriptivo con elementos correlacionales, dado que apunta a describir algunas características en una determinada población y además, explorar la asociación entre dos variables (Hernández, Fernández & Baptista, 2006), que en este caso serían

la alexitimia y las autolesiones. El diseño de esta investigación es no experimental, dado que se han observado las variables en estudio en su contexto natural, sin manipularlas intencionalmente. Además, es un diseño transversal, debido a que se realizó la medición de las variables en un punto único en el tiempo (Hernández et al., 2006). El muestreo que se utilizó en esta investigación fue no probabilístico incidental, debido a que la selección del colegio no se hizo de forma aleatoria (Hernández et al., 2006) y los participantes fueron los alumnos que aceptaron participar. La muestra fue de adolescentes hombres y mujeres que fluctuaban entre los 15 y los 19 años de edad. El promedio de edad fue de 16 años y la desviación estándar de 0.925.

Se les aplicó grupalmente una adaptación de la Cédula de Indicadores Parasuicidas para recoger la información referida a las autolesiones y la TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale) para medir los niveles de alexitimia.

Para analizar los datos obtenidos de la muestra se comenzó haciendo un estudio de la confiabilidad y validez de la TAS 20. Este indicó que la prueba en su conjunto fue válida y confiable. Se pudo observar que principalmente el factor 3 presentaba dificultades debidas a la gran cantidad de ítems redactados de manera negativa del factor 3. Además, dicho factor presenta ítems muy distintos entre sí, lo que contribuye a que no sea confiable como factor.

En cuanto a la validez se realizó un análisis factorial para explorar en qué factores se divide la prueba en la muestra de escolares limeños. Aunque los análisis indicaron que la prueba es válida, la estructura factorial original no se pudo replicar. Estas diferencias podrían deberse a que la TAS 20 plantea reactivos que demandan una comprensión elevada, así como altos niveles de introspección. La muestra de esta investigación parece no tener niveles de comprensión bajos así como características culturales como el colectivismo que no propician la introspección y el hablar de estados emocionales propios.

Luego, se analizó los niveles de alexitimia con las variables sociodemográficas, sin hallar diferencias en los niveles de alexitimia según dichas variables.

Asimismo se analizaron las características de las personas que se autolesionan, encontrando que estas conductas suelen comenzar en la pubertad. Esto podría deberse a que las autolesiones son generadas debido a la culpa por deseos sexuales intensos que surgen en esta etapa o también por una agresión al nuevo cuerpo adulto naciente. Se halló que existe una mayor incidencia en las mujeres y que los conflictos familiares son los motivos más comunes para que las personas se autolesionen. El estado de ánimo depresivo (tristeza, soledad y culpa) también es un factor desencadenante muy importante de las autolesiones.

Finalmente, se correlacionaron las autolesiones con el puntaje obtenido en la TAS 20. Se pudo notar que la relación entre ambos constructos existe, pero influidos por otras variables. Asimismo, se halló que a mayores niveles de alexitimia, existe una mayor posibilidad de que la persona haya incurrido en autolesiones, así como si es que se ha autolesionado existe mayores probabilidades de encontrar en dicha persona elevados niveles de alexitimia. Por otro lado, es el factor 1 (dificultad para discriminar entre las sensaciones fisiológicas y los sentimientos) el que tiene mayor relación con las autolesiones, inclusive mayor relación que la prueba en su conjunto.

Referencias bibliográficas

- Ahrens, S., Gyldenfeldt, H. & Runde, P. (1979). Alexithymia psychosomatische Krankheit und Instrumente Orientierung. *Psychotherapie, medizinische Psychologie*, 29 (5), 173-177.
- Aleman, K. (2007). Object relation quality, alexithymia, and defense mechanisms of drug abusers with antisocial personality disorder. *Social Behavior and Personality*, 35 (10), 1335-1352.
- Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo. (2005). *Estudio descriptivo del abuso sexual a través del teléfono de ayuda a niños y adolescentes*. Extraído el 16 de agosto, 2009, de <http://www.anarperu.org/pdf/ABUSO%20SEXUAL.pdf>
- Bagby, R., Parker, J. & Taylor, G. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale - I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38: 33-40.
- Beresnevaite, M., Taylor, G. & Bagby, M. (2007). Assessing alexithymia and type A behavior in coronary heart disease patients: A multimethod approach. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 186-192.
- Bodni, O. (1991). *Psicopatología general*. Buenos Aires: Editorial Psicoteca.
- Carvajal, G. (1993). *Adolescencia: la aventura de una metamorfosis. Una versión psicoanalítica de la adolescencia*. Bogotá: Tiresias.
- Castillo, G. (2007). *El adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackaway-Jones, K. et al. (2005). Suicide after deliberate self harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 97-303.
- Custodio, E. (2002). *Alexitimia y sentido de coherencia en un grupo de adolescentes limeños*. Tesis de Licenciatura para la obtención del título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Díaz, J. & Balbás, A. (2002). Estudio de variables relacionadas con la alexitimia en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 5(10). Extraído el 13 Diciembre, 2008 de <http://reme.uji.es/articulos/adijaz9270605102/texto.html>
- Eizaguirre, A., Ortego, M., Ochoa, I., De Apellaniz, M. & Alemán, A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 1(17), 139-149.
- Erikson, E. (1968). *Identity: youth and crisis*. London: Faber and Faber.
- Espina, A. (2002). Alexitimia y relaciones de pareja. *Psicothema*, 4 (14), 760-764.
- Faust, K. (2005). Carving an image of society: A sociological approach to self mutilation. *The Edwardsville Journal of Sociology*, 5. Extraído el 15 de Julio, 2008 de <http://www.siu.edu/SOCIOLOGY/journal/faust.htm>
- Favazza, A. (1996). *Bodies Under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Fernández-Mouján, O. (1986). *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Fliege, H., Kocalevent, R., Walter, O., Beck, S., Gratz, K., Gutiérrez, P. & Klapp, B. (2006). Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 113-121.
- Freud, A. (1946). *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. *Obras completas* (Tomo XIV). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 337-342.
- Fukunishi, I., Nakagawa, T., Nakamura, H., Kikuchi, M. & Takubo, M. (1997). Is alexithymia a culture-bound construct? Validity and reliability of the Japanese versions of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and modified Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire. *Psychological Reports*. 80(3 Pt.1). 787-799.
- Gabbard, G. (2006). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.

- González, C., Mariño, M., Rojas, E., Mondragón, L., Medina-Mora, M., Amador, N. et al. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el uso de sustancias y el malestar depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 15(2), 165-175.
- González, C., Álvarez, M., Saldaña, A. & Carreño, S. (2003). Prevalence of deliberate self-harm in teenage students in the state of Guanajuato, Mexico: 2003. *Social Behavior and Personality*, 8(33), 777-792.
- Gratz, K. (2007). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2(76), 238-250.
- Gratz, K. & Chapman, A. (2006). The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, 1(8), 1-14.
- Gunderson, J. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Mexico: Mc Graw-Hill.
- INEI. (1998). *Perú- Estadísticas de violencia y seguridad pública 1997-1998*. Extraído el 30 de septiembre del 2009, de <http://www1.inei.gov.pe/biblioinei/pub/bancopub/Est/Lib0059/indice.htm>
- Jacoby, V. (2008). *Autopercepción en un grupo de adolescentes institucionalizadas que se autolesionan*. Tesis para obtener el grado de Licenciada en Psicología, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Kendall, R. & Rodríguez, E. (2003). *Validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en una población de estudiantes universitarios*. Tesis de Especialidad en Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Marcos, Lima, Perú.
- Kernberg, O. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Kerr, S., Johnson, V., Gans, S. & Krumrine, J. (2004). Predicting adjustment during the transition to college: alexithymia, perceived stress, and psychological symptoms. *Journal of College Students Development*, Noviembre/Diciembre, 593.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. Padstow: TJ Press.
- Klonsky, E. (2005). The functions of deliberate self-harm in college students. (Disertación doctoral, University of Virginia, 2006). *Pro Quest information and Learning Company*.
- Klonsky, E. & Muehlenkamp, J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 11(63), 1045-1056.
- Kristeva, J. (1993). *Las nuevas enfermedades del alma*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Lambert, A. & De Man, A. (2007). Alexithymia, Depression, and Self-Mutilation in Adolescent Girls. *North American Journal of Psychology* 3(9), 555.
- Laye-Gindhu, A. & Schonert-Reichl, K. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the 'whats' and 'whys' of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 5(34), 447-457.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guildford Press.
- Lloyd-Richardson, E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*. Cambridge University Press: United Kingdom.
- Loiselle, C. & Cossette, S. (2001). Cross-cultural validation of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) in U.S. and peruvian populations. *Transcultural Psychiatry*, 38(3), 348-362.
- Lunazzi, H., Elías, D., García de la Fuente, M. & Kosak, V. (2000). Investigación de variables en el constructo Alexitimia en 550 casos. *RIDEP*, 10 (2), 101-119.
- Martínez, F. & Ortiz, B. (2000). La evaluación de la alexitimia. En: D. Páez & M. Casullo. *Cultura y alexitimia*. Buenos Aires: Paidós.
- Marty, P. (1992). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Mason, O., Tyson, M., Jones, C. & Potes, S. (2005). Alexithymia: Its prevalence and correlates in a british undergraduate sample. *Psychology and Psychotherapy*, 78, 113-125.
- Mc Dougall, J. (1994). *Teatros de la mente: ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*. Madrid: Julián Yebenes S.A. Editores
- McLane, J. (1996). The voice on the skin: self-mutilation and Merleau-Ponty's theory of language. *Hypatia*, 11, 107-119.
- Moriguchi, Y., Maeda, M., Igarashi, T., Ishikawa, T., Shoji, M., Kubo, Ch & Komaki, G. (2007). Age and gender effect on alexithymia in large, Japanese community and clinical samples: a cross validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS 20). *BioPsychoSocial Medicine*. 1:7.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York: The Guilford Press.
- Muehlenkamp, J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2(75), 324-333.
- Muehlenkamp, J. & Gutierrez, P. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1(34), 12-23.
- Páez, D., Fernández, I. & Mayordomo, S. (2000). Características alexitímicas y diferencias culturales. En: D. Páez & M. Casullo. *Cultura y alexitimia*. Buenos Aires: Paidós.
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I & Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20): Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.
- Parkar, S., Dawani, V. & Weiss, M. (2006). Clinical diagnostic and sociocultural dimensions of deliberate self-harm in Mumbai, India. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(2), 223-238.
- Perú, Ministerio de Educación. (2005). *Indicadores de la educación. Perú 2004*. Lima: Autor
- Portzky, G., De Wilde, E. & Van Heeringen, K. (2008). Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between The Netherlands and Belgium. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 179-186.
- Prince, R. (1987). Alexithymia and verbal psychotherapies in cultural context. *Transcultural Psychiatry Review*, 24, 107-118.
- Retamales, R. (1989). Different personality tests applied to the concept of alexithymia". *Actas luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*, 17(4), 263-273.
- Rice, P. (2000). *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Sadock, B. & Sadock, V. (2004). *Kaplan-Sadock: Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de La conducta/ Psiquiatría clínica* (9ª ed.). Buenos Aires: Waverly Hispanica.
- Säkkinen, P., Kaltiala-Heino, R., Ranta, K., Haataja, R. & Joukamaa, M. (2007). Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and prevalence of alexithymia in a finnish adolescent population. *Psychosomatics*, 48, 154-161
- Serrano, O. (2008). *Conferencia de Intervención en Crisis* dictada por motivo de las *Pre-Jornadas Científicas del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi*. 5 de Junio
- Sivak, R. & Wiater, A. (1998). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Suslow, T., Kersting, A., Ohrmann, P. & Arolt, V. (2001). A critique of the construct "alexithymia" and its measurement--the weakness of self-report and the opportunities of an objective assessment approach. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 47(2), 153-166.
- Theidon, K. (2004). *Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú*. IEP: Lima.
- Urribarri, R. (1998). Sobre adolescencia, duelo y a posteriori. En Goijman, L. & Kancyper, L. *Clínica psicoanalítica de niños y adolescentes*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Velasco, C. (2000). Personalidad y alexitimia. En: Páez, D. & Casullo, M. *Cultura y alexitimia*. Buenos Aires: Paidós.

- Wheeler, K., Greiner, P. & Boulton, M. (2005). Exploring alexithymia, depression, and binge eating in self-reported eating disorders in women. *Perspectives in Psychiatric Care*, July, 3(10) 114-123.
- Wood, R. & Williams, C. (2007). Neuropsychological correlates of organic alexithymia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13, 471-479.
- Zoroglu, S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savas, H. A., Ozturk, M. et al. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 119-126.





PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**ALEXITIMIA Y AUTOLESIONES EN UN GRUPO DE ESCOLARES DE LIMA
METROPOLITANA**

Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología
con mención en Psicología Clínica que presenta el Bachiller:

CARLOS FRANCISCO VÁSQUEZ CONTRERAS

Asesora:
MAGALY NÓBLEGA MAYORGA

LIMA – PERÚ
2009

AGRADECIMIENTOS

A Magaly Nóblega, por ser mi asesora el último año y medio del proceso de investigación. Gracias por las correcciones tan meticulosas, por la contención brindada a lo largo de la segunda parte de este proceso y por ser una acompañante que me enseñó mucho sobre investigación.

A Patricia Martínez, por ser quien me acompañó en la primera parte del proceso de investigación y supo cuándo ser exigente para que este proyecto se pueda llevar a cabo. Sin esa exigencia el proyecto de investigación nunca se hubiera podido plasmar.

Un agradecimiento especial a Doris Miranda por el interés en mi tesis y por el apoyo brindado en la parte estadística de mi investigación. Asimismo, agradezco a Arturo Calderón por su desinteresada y gran ayuda y además por su claridad para explicarme algunos procesos estadísticos.

Quisiera agradecer también a mis padres Carlos y Cecilia, y a mis hermanos Andrea y José Manuel, por ser un apoyo constante y un oído siempre dispuesto a escuchar acerca de mi trabajo.

A mis amigos, en especial a Natalia y Carolina, quienes fueron mis compañeras en este proyecto y de quienes pude recibir un punto de vista distinto de mi trabajo.

Agradezco al equipo del área de Salud Colectiva del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, puesto que me ayudaron a conseguir la muestra y a realizar la aplicación de las pruebas. En especial agradezco a Irma Zárate y Carlene Quispe.

Al director y a los alumnos del colegio que participaron en esta investigación. Gracias por ser personas abiertas al desarrollo del conocimiento en salud mental.

A Roberto Scerpella por acompañarme durante el proceso de investigación y más.

Por último, quisiera agradecer a la música y al mar por dotarme de calma y reflexiones invaluable durante este proceso.

RESUMEN

Alexitimia y autolesiones en escolares de Lima Metropolitana

Palabras clave: autolesiones, alexitimia, TAS 20, escolares, adolescentes

Esta investigación indaga acerca de las características de las autolesiones y la alexitimia en escolares de cuarto y quinto de secundaria del distrito de Tahuantinsuyo ubicado en Lima, Perú. Asimismo, se indagó la relación entre estos dos constructos. La muestra fue de adolescentes hombres y mujeres que fluctuaban entre los 15 y los 19 años de edad. El promedio de edad fue de 16 años y la desviación estándar de 0.925. Se les aplicó grupalmente una adaptación de la Cédula de Indicadores Parasuicidas para recoger la información referida a las autolesiones y la TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale) para medir los niveles de alexitimia. Con respecto a las autolesiones se halló que más de un 20% las había cometido aunque sea una vez en su vida, que las que lo habían hecho eran en su mayoría mujeres y que dos desencadenantes de dichos actos eran los problemas familiares y el estado de ánimo depresivo. En cuanto a la medición de la alexitimia, se pudo notar que la TAS 20, a pesar de ser confiable para nuestra muestra, presenta ciertas dificultades, sobre todo en cuanto al factor 3. Los resultados demuestran que la alexitimia si se encuentra relacionada a las autolesiones, pero que existen otras variables que influyen en esa relación.

Abstract

Key words: alexithymia, deliberate self harm, TAS 20, high school students

This research searches the characteristics of deliberate self harm and alexithymia in students from the fourth and fifth year of high school from Tahuantinsuyo district in Lima, Peru. The relationship between those two concepts was also investigated. The participants were male and female adolescents who were between 15 and 19 years old. The age average was 16 years old with a standard deviation of 0.925. An adaptation from the Cédula de Indicadores Parasuicidad was applied to measure deliberate self harm and the TAS 20 (Toronto Alexithymia Scale) to measure alexithymia. The findings tell that more than 20% of the participants had committed at least once in a life time deliberate self harm and that most of the participants who had committed it were women. Besides the good reliability of the TAS 20, this scale showed difficulties specially in factor 3. Finally, results show that alexithymia and deliberate self harm are related but there are other variables that influence this relationship.

TABLA DE CONTENIDOS

INTRODUCCIÓN	i
CAPÍTULO I: Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana	1
Adolescencia: el vaivén de la búsqueda de identidad	1
Alexitimia: una mirada al silencio afectivo	5
Autolesiones: gritando a través del cuerpo	11
Planteamiento del problema	18
CAPÍTULO II: Metodología	26
Participantes	26
Instrumentos	27
Ficha de datos	27
Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)	28
Adaptación del Cuestionario de Indicadores Parasuicidas (CIP)	29
Procedimiento	31
CAPÍTULO III: Resultados	33
Confiabilidad y validez de la TAS 20	33
Descripción de las características sociodemográficas en relación a la alexitimia	39
Descripción de las características halladas en la población que se autolesiona	40
Correlación entre autolesiones y alexitimia	46
CAPÍTULO IV: Discusión	49
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

Las autolesiones son el acto de dañar el propio tejido corporal de manera intencional y sin intenciones suicidas conscientes. Las maneras de autolesionarse son diversas: existen algunas personas que se cortan, otras que se queman, otras que se jalan los cabellos, entre otros.

Las investigaciones más recientes señalan que las autolesiones se presentan no solo en poblaciones psiquiátricas, sino que existe un alto índice de dichas conductas en poblaciones ‘sin un diagnóstico psiquiátrico’, como universitarios y escolares. Las cifras de personas que se han autolesionado son bastante altas –alrededor de un 25%- (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005; Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Zoroglu et al., 2003) y esto parece deberse no solo a que los clínicos están centrando su atención en investigar acerca de este fenómeno conductual, sino a que las personas que se autolesionan han aumentado en los últimos tiempos. Faust (2005) propone que esto podría deberse a la sensación de soledad que experimenta el hombre en la actualidad al desapegarse de los vínculos con los demás seres humanos así como de las distintas instituciones como la familia y la iglesia. Asimismo, Kristeva (1993) menciona que en las patologías de la actualidad –como las autolesiones- existe una dificultad para representar, debido al énfasis en la acción de la sociedad actual, en desmedro del desarrollo de una vida psíquica.

Este incremento resulta retador para los profesionales de la salud mental, ya que pareciera ser que el prototipo de paciente que recurre a los servicios de salud mental y la población a la cual se destinan los programas de prevención y promoción de la salud mental está cambiando y recién se está vislumbrando, desde la investigación empírica, la forma predilecta de sufrir del hombre moderno. El campo de la salud mental debe entonces prepararse para poder entender de una mejor manera estas formas de manifestar el sufrimiento -entre ellas las autolesiones-.

Si bien se han realizado investigaciones acerca de las autolesiones, aún no existe suficiente bibliografía que se refiera al tema y que lo explique de manera profunda. Existen muchas hipótesis del porqué de las autolesiones, sin embargo, los estudios recién están comenzando a abordar dicho tema.

Un dato importante para entenderlas es que estas suelen aparecer con el comienzo de la adolescencia, durante la pubertad, y suelen ser los adolescentes y los adultos jóvenes quienes están en mayor riesgo de lesionarse a sí mismos. Podríamos

suponer que la adolescencia, que es la etapa de la búsqueda de identidad, despierta una conflictiva referida al sí mismo, así como una re-definición de lo que se conoce como el sí mismo nuclear, que es la delimitación más primitiva de lo que uno es. El sí mismo tiene como base de su construcción al cuerpo y es por ello que tal vez en el replanteamiento de la identidad que se da en la adolescencia, podría despertarse una agresión hacia éste o también una necesidad de delimitarse a sí mismo de una manera concreta, marcando, mediante una lesión, el cuerpo (Klonsky, 2005).

Por otro lado, las personas que se autolesionan suelen presentar algunas dificultades en la expresión y sobre todo en la simbolización de las experiencias emocionales. Es por ello que ante algún conflicto emocional tienden a actuarlo más que a simbolizarlo. Podría haber entonces, ciertas dificultades en el procesamiento de la información afectiva en las personas que se autolesionan. Por esta razón se ha planteado que las autolesiones podrían estar relacionadas a la alexitimia, constructo que se utilizó para describir ciertas características en los pacientes psicósomáticos, que tenían como principal manifestación psicológica la dificultad para verbalizar los afectos (Gratz, 2007; Lambert & De Man, 2007; McLane, 1996). Los pacientes que presentan elevados niveles de alexitimia manifiestan una pobreza en el reconocimiento e identificación de las emociones y tienden a actuar y somatizar sus conflictos psíquicos. En conclusión, las personas que se autolesionan podrían también cumplir con los criterios de la alexitimia debido a que los que cumplen con esta última categoría tendrían dificultad en la simbolización de sus conflictos emocionales y tenderían a los actos, como por ejemplo, a las autolesiones.

Esta investigación tiene como objetivo describir la relación entre las autolesiones y la alexitimia en un grupo de escolares de Lima Metropolitana (y en ese sentido servir como aporte de investigación de ambos constructos).

La investigación se llevó a cabo con los alumnos de los años de cuarto y quinto de secundaria de un colegio de Lima Metropolitana. Para medir el constructo de alexitimia se utilizó la Toronto Alexithymia Scale- 20 (TAS-20). Por otro lado, las autolesiones se analizaron a partir de una adaptación de la Cédula de Indicadores Parasuicidas (CIP), creada por González, Álvarez, Saldaña y Carreño, en el 2003.

Dado que la investigación se llevó a cabo en un colegio de Lima Metropolitana, podrá servir también como contribución para observar la proporción de la población de adolescentes escolares que pudiera estar en condiciones de ejercer o haber ejercido ya

cierto tipo de autolesiones, así como ser un aporte a la investigación de ambos constructos.



CAPÍTULO I

Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana

Adolescencia: el vaivén de la búsqueda de identidad

Una etapa que es marcada por cambios notables en la vida de un individuo es la adolescencia. Debemos modificar el concepto que teníamos de una persona rápidamente debido a la metamorfosis que ha sufrido su cuerpo, así como su identidad en general. No solamente son los otros los que deben modificar el concepto de la persona que conocían para poder captar la nueva identidad del individuo, sino que el adolescente mismo debe ajustar su psiquismo para poder lidiar con los cambios notables que se dan durante esta etapa y así modificar la imagen que tenía de sí mismo. Es por ello que la adolescencia es una etapa de cambios no solamente a nivel biológico, sino también a nivel psicológico y social. Se convierte entonces en un ciclo crítico en el desarrollo de un ser humano, puesto que implica una transición entre dejar de ser niño y adaptarse a la adultez (Castillo, 2007).

Los cambios biológicos influyen significativamente en la vida y en la conducta y se dan en todas las personas a diferente ritmo (Rice, 2000). Las modificaciones físicas surgen con una mayor notoriedad durante el inicio de la adolescencia o lo que se conoce como la pubertad. Durante ésta, el logro principal es adquirir la madurez física y sexual.

El cuerpo no solamente se modifica en cuanto al tamaño, sino también en cuanto a la forma; la transformación de los rasgos faciales es un ejemplo de ello (Castillo, 2007).

Erikson (1968), caracterizó a la adolescencia como una etapa de crisis en la que el individuo debe establecer un sentido de identidad personal. Planteó una serie de conflictos que el adolescente debería resolver para poder lograr una identidad firme y así no tener que cuestionarla constantemente. Entre ellos, se encuentran el lograr una perspectiva temporal y no permanecer en la confusión en el tiempo; consolidar una polarización sexual y superar la confusión bisexual; por último, desarrollar un compromiso ideológico y no estancarse en una confusión de valores.

Este autor propuso además que el adolescente necesita un tiempo para experimentar las distintas funciones en la sociedad, de modo que pueda encontrar un rol más estable en ella. A este fenómeno lo denominó moratoria psicosocial.

Si seguimos a Erikson, podemos deducir que la mirada del adolescente se encuentra dirigida hacia su sí mismo. Debido a que el límite más claro y básico de este es el cuerpo, algunos autores hablan del cuerpo como un tema de suma importancia en la adolescencia. Carvajal (1993) explica que la energía libidinal se desprende de los objetos y se dirige hacia el individuo y específicamente a la representación psíquica de éste, para así poder delimitar el campo de lo que le corresponde. Es así que el cuerpo pasa a ser un eje central en la vida del adolescente.

La centralidad del cuerpo hace que existan emociones intensas y muchas veces encontradas hacia este. Urribarri (1998) y Fernández Mouján (1986) hablan de la adolescencia como una etapa de pérdida, así como también de una pobre sensación de control sobre el cuerpo. El primero menciona que el adolescente debe elaborar un duelo por la fantasía del cuerpo ideal que pierde. Su cuerpo no se convierte en lo que deseó y fantaseó que iba a ser, sino que se transformó siguiendo determinantes genéticos, otorgándole una pobre sensación de control sobre éste. El segundo autor señala que a los 15 años aproximadamente, el adolescente debe comenzar a defenderse del vacío que siente debido a las partes del yo que ha perdido y que además se incrementan acciones de control sobre el cuerpo como los deportes y el baile.

Éste último autor también plantea que la transformación corporal es vivida de manera conflictiva, ya que el auge del cuerpo adulto es visto como una amenaza por el adolescente, sobre todo si es símbolo de lo más rechazado durante la infancia.

Siguiendo entonces a estos autores, durante la adolescencia se modifica la identidad en general, haciendo que el individuo se centre en sí mismo o pase por una etapa egocéntrica en la cual también sus conflictos emocionales y su energía libidinal se dirigirían a su sí mismo, teniendo como representante nuclear el cuerpo.

Durante la adolescencia, existe un incremento de los impulsos tanto sexuales como agresivos. Para Anna Freud (1946), la adolescencia es una etapa de conflicto psíquico en la que el ello y el super yo batallan abiertamente, y ante esto el yo tiene más problemas en mantener la calma psíquica. Para que las consecuencias no sean de carácter perjudicial para el individuo, dicho conflicto se debería resolver en este momento de la vida. Fernández Mouján (1986) agrega que las pulsiones edípicas surgen con fuerza en esta etapa y que el adolescente debe defenderse de la culpa que éstos impulsos despiertan. Asimismo Serrano (2008) plantea que no existe un yo suficientemente sólido como para lidiar con toda la energía psíquica que se despierta en esta etapa.

Esta última autora menciona que los adolescentes transitan por una zona de alto riesgo vital, en la cual se presentan fantasías de muerte, así como actuaciones de peligro y autodestrucciones.

Hasta este punto, se puede apreciar que la adolescencia es una etapa crítica del ciclo de vida, una búsqueda por la propia identidad y un desapego paulatino de lo que se ha sido como niños. Este proceso es vivido de manera intensa, ya que implica transformaciones en lo más nuclear y básico de la identidad, que es el cuerpo. Los vaivenes emocionales son, por lo tanto, comunes en esta etapa y además, las emociones están dirigidas primordialmente hacia el sí mismo. Además, resurgen pulsiones edípicas y con estas el sentimiento de culpa generado por estas. Tal vez, estas podrían ser algunas razones por las que las personas que se autolesionan suelen comenzar a hacerlo durante la adolescencia.

A pesar de que la adolescencia ha sido caracterizada como una etapa en el ciclo vital, dentro de ella existen distintas subetapas del desarrollo, en las cuales los individuos muestran diferencias en cuanto a madurez física, psicológica y social. Autores como Castillo (2007) proponen que la adolescencia se puede subdividir en tres etapas: pubertad -de 11 a 13 años en las mujeres y entre los 13 y 15 años en los hombres-, la adolescencia media -de 13 a 16 años en las mujeres y entre los 15 y 18 años en los varones- y, por último, la adolescencia tardía o edad juvenil -entre los 16 y los 19 años en las mujeres y entre los 18 y 21 años en los hombres-.

A continuación se explicarán algunos fenómenos que ocurren durante la adolescencia media, debido a que la población con la que se trabajará en esta investigación estará ubicada, en su mayoría, en esta subetapa.

Para Castillo (2007), en este período se pasa a una especie de descubrimiento consciente del yo por medio de la introspección. Este es el cambio fundamental de dicha subetapa. Además, surgen conductas sumamente opositoras y tercas que sirven como una afirmación de la personalidad que está naciendo en el individuo. La introspección, por otro lado, trae consigo una serie de dudas y sentimientos de inferioridad referidos a sí mismo. El adolescente se siente más capaz que antes, pero a la vez percibe que no puede alcanzar la autonomía deseada. Es por ello que surgen algunas conductas ambivalentes y contradictorias, como por ejemplo, estar inconforme y estar conforme; actuar con independencia y dependiendo de otro; y, tener una actitud de apertura, así como una conducta retraída.

Para que el adolescente pueda pensar en quién quisiera ser, se debe llegar a un logro importante en esta subetapa. Éste es la adquisición del pensamiento de lo posible. Ahora, el individuo, a diferencia de etapas anteriores, puede pensar acerca de lo que podría suceder o dicho en otras palabras, le da más importancia a lo posible que a lo real. Así, en este momento el adolescente puede pensar no solamente en quién es él, sino también en quién quisiera ser. Por lo tanto, siguiendo a este autor, podríamos decir que es en esta etapa en que el adolescente focaliza su pensamiento y sus afectos a la idea de quién quisiera ser o de formar una identidad.

Castillo (2007) menciona que en cuanto a los valores morales, los adolescentes medios pasan de la moral heterónoma a una autónoma, en la cual las normas son incorporadas y se desarrolla el sentido del deber.

Este autor también afirma que la afectividad pasa a ser más profunda y secreta. Säkkinen, Kaltiala-Heino, Ranta, Haataja y Joukamaa (2007) notaron que a medida que se van volviendo mayores existe una mayor tendencia a nombrar los afectos y a tener una aproximación cognitiva a ellos. Castillo (2007) propone que, además, suelen aparecer ciertas necesidades no satisfechas que se detallarán a continuación. Surge una necesidad de identidad; una necesidad de afecto; una necesidad de realización personal; una necesidad de independencia y una necesidad de relación social.

También agrega que las amistades, por su parte, sufren distintas transformaciones durante esta subetapa. Los grupos grandes se fraccionan y las relaciones amicales se comienzan a basar en la confianza y la simpatía. Luego, en la mayoría de los casos, se forman parejas de amigos, en el que el otro miembro de la pareja es visto como un 'otro igual a mí', teniendo la amistad un matiz más narcisista. Estas relaciones, debido a la fragilidad de su unión, suelen disolverse al poco tiempo con una primera pelea.

Menciona además que en este momento también surgen los amores platónicos, en los cuales el ser amado es sumamente idealizado y puede llegar a ser una estrella de cine, un personaje famoso, etc. Luego, el grupo de amigos pasa a ser un grupo mixto, en el que el espacio para la autonomía individual surge como una necesidad más grande que la misma colectividad.

Como síntesis, se podría manifestar que la adolescencia es una etapa de mayor mirada a los cambios que se dan en uno mismo. Esto trae consigo emociones intensas con respecto a sí mismo, nuevas formas de relacionarse y una posterior explicación del mundo a partir de lo que uno conoce de sí mismo. Así, se trata de una etapa de

emociones fluctuantes, principalmente dirigidas hacia sí mismo (Carvajal, 1993). Es por ello que tal vez las lesiones hacia uno mismo –o autolesiones- comiencen primordialmente en esta etapa. Durante esta etapa la persona ya comienza a tener un entendimiento de sus emociones y a poder comenzar a nombrarlas. Es por ello que ya se podrían también comenzar a notar características alexitímicas similares a las que manifestarían aquellos adultos alexitímicos (Säkkinen, Kaltiala-Heino, Ranta, Haataja & Joukamaa, 2007).

Alexitimia: una mirada al silencio afectivo

La alexitimia “se refiere a un estilo cognitivo caracterizado por inhabilidad para verbalizar sentimientos y discriminarlos, por el cual el sujeto presenta una tendencia a la acción frente a situaciones conflictivas” (Sivak & Wiater, 1998, p.18). En la revisión histórica que hacen estos autores, mencionan que el concepto de alexitimia fue utilizado en la década de 1970, por primera vez en la literatura científica por Sifneos y Nemiah. Lo utilizaron para describir una agrupación de manifestaciones cognitivo-afectivas presentes en pacientes con enfermedades psicósomáticas. Esta constelación de manifestaciones está caracterizada, según algunos autores (Taylor, Bagby, Ryan, Parker, Doody & Keefe, 1988 citados en Sivak & Wiater, 1998; Velasco, 2000), por una dificultad en el reconocimiento, la identificación y la descripción de las emociones, así como por la difícil distinción entre los estados emocionales y las sensaciones físicas.

Además, se presenta un déficit en la simbolización, que se puede observar en la pobreza de la actividad imaginaria y la vida fantasmática. Por último, la capacidad introspectiva es pobre y el conformismo social, así como el pensamiento operatorio, son altos. El conformismo social se refiere a un comportamiento rígido y sumamente dependiente de las convenciones sociales, dando un aspecto de seguir las pautas sociales de manera mecanizada. El pensamiento operatorio se refiere a un tipo de pensamiento centrado en los detalles y en el valor práctico y concreto de las cosas en el que la fantasía se muestra escasa o limitada.

Krystal (1979, 1986 citado en Sivak & Wiater, 1998) propone que si se entiende la alexitimia como un trastorno de la personalidad, se pueden diferenciar tres áreas de trastornos: la cognitiva, la afectiva y la de las relaciones interpersonales. En cuanto al aspecto cognitivo, los símbolos son utilizados como signos -denotando una dificultad para simbolizar-; lo afectivo se ve marcado por los actos impulsivos, la dificultad para

diferenciar las sensaciones corporales y para verbalizar las emociones; y, por último, las relaciones interpersonales se ven afectadas por una alteración en la empatía.

Por su parte, Retamales (1989) distingue entre las características esenciales y las accesorias de la alexitimia. Los rasgos esenciales son el pensamiento simbólico reducido o ausente, la limitada capacidad para fantasear y la dificultad para expresar los propios sentimientos con palabras. Los rasgos accesorios serían el alto grado de conformismo social, caracterizado por la rigidez y la dependencia de las convenciones sociales; las relaciones interpersonales estereotipadas; la impulsividad como expresión de los conflictos; la personalidad inmadura; y, por último, la resistencia a la psicoterapia tradicional.

Conviene aclarar que las personas en las que se observan niveles elevados de alexitimia tienen un déficit en la regulación del afecto o en el procesamiento de la información emocional y, por lo tanto, tienen dificultades distinguiendo y verbalizando estados emocionales. Sin embargo, no tienen dichas dificultades en la experimentación de estos estados (Velasco, 2000). Por ello, Bodni (1991) afirma que la alexitimia es como una dislexia afectiva. Menciona que el sujeto, pese a la intensidad de los afectos, no discrimina matices. En otras palabras, Sivak y Wiater (1998) señalan que el sujeto alexitímico tiene emociones, pero no puede expresar sus sentimientos -si se toma la definición de emoción como la dimensión biológica del afecto y la definición de sentimiento como el aspecto psicológico de éste-. Es por ello que las respuestas comportamentales y fisiológicas predominan en sujetos que padecen de alexitimia.

Algunos autores como Salminen, Saarijärvi, Äärelä & Tamminen (1994 citados en Velasco, 2000), opinan que la alexitimia es una condición permanente a través del tiempo. Sin embargo, existen otros como Keltikangas-Jarvinen (1985 citado en Velasco, 2000), que proponen que puede ser una condición transitoria, siendo una característica del paciente circunscrita a un momento determinado. Se podría deber a ciertas variables traumáticas de la situación que estaría atravesando el paciente.

Es por esta diferencia de opiniones que la mayoría de investigadores acepta la distinción entre alexitimia primaria y alexitimia secundaria hecha por Sifneos en 1988 (citado en Velasco, 2000). La primaria se entiende como un rasgo relativamente estable de la personalidad y es más proclive a presentarse en individuos que desarrollan trastornos psicósomáticos. Por el contrario, la secundaria responde más bien a una situación traumática, como el estar diagnosticado con una enfermedad terminal o haber vivido una situación altamente traumática. Dado que la alexitimia secundaria está

planteada como un factor temporal de respuesta y de protección, frente a impactos emocionales sumamente traumáticos para un individuo, está muy relacionada al concepto de mecanismos de defensa y actúa como tal (Velasco, 2000).

Sivak y Wiater (1998) hacen una revisión de las distintas propuestas etiológicas que explican la alexitimia y que se detallarán a continuación. En ésta incluyen a autores como Nemiah, Sifneos, Taylor, Freyberger, Krystal, McDougall, Marty y M'Uzan, entre otros. Estos autores agrupan las propuestas etiológicas en tres modelos principales: el neuropsicológico, el psicodinámico y el sociocultural.

Siguiendo el punto de vista neuropsicológico, existen dos modelos principales: aquel que se centra en el estudio de la transmisión de información entre el neocórtex y el sistema límbico; y el que se centra en la especialización hemisférica. La escuela de Boston, con Nemiah y Sifneos como sus representantes más importantes, postula una conexión inadecuada entre el sistema límbico -lugar de las emociones- y el neocórtex, conocido como el lugar de la palabra. Nemiah plantea que los impulsos destinados hacia la corteza cerebral estarían bloqueados por el sistema límbico, haciendo imposible el conocimiento de las emociones. En este bloqueo estaría implicada la dopamina. Nemiah menciona que la causa de este bloqueo podrían ser mecanismos de defensa psicológicos, así como también algunas discontinuidades fisiológicas en la estructura neuronal y vías de paso, que son las bases anatómicas de los procesos psicológicos (Sivak & Wiater, 1998).

Sifneos, quien trabajó conjuntamente con Nemiah, concuerda con esta hipótesis y agrega otras posibles hipótesis causales (Pardinielli, 1992 citado en Sivak & Wiater, 1998), entre las cuales se encuentran una falla en la transmisión entre los hemisferios cerebrales y otras debido a factores psicodinámicos, socioculturales o traumáticos que abordaremos más adelante.

Siguiendo la revisión teórica de Sivak y Wiater (1998), Taylor, concordando con la hipótesis de la interconexión hemisférica que expone Sifneos, señala que no existe suficiente evidencia para afirmar que se trate de un defecto en la conexión entre el sistema nervioso y el neocórtex. Por otro lado, menciona, existen resultados de investigaciones que indicarían que la alexitimia se podría deber a una imposibilidad en la transferencia adecuada de información de un hemisferio a otro, así como también podrían estar involucradas ciertas limitaciones o un funcionamiento disminuido del hemisferio derecho.

Freyberger (1977) plantea que la alexitimia primaria sería hereditaria. Asimismo, señala que podría deberse también a la fisiología neuronal, que tiene un carácter irreversible. Es por estas razones que la alexitimia primaria se trata con fármacos y la psicoterapia verbal no es aconsejable.

Desde la perspectiva psicodinámica se estudia la alexitimia como un mecanismo de defensa o como un déficit en la organización psíquica. Para Mc Dougall (1994), la alexitimia surge como defensa frente a terrores primitivos. El psiquismo se estaría defendiendo del desborde del mundo imaginario debido a una frustración intensa o al dolor psíquico. Es así que se estaría manifestando un intento de autoprotección frente a angustias psicóticas, mediante la escisión y el repudio. Debido a que el afecto comprende un aspecto fisiológico –emoción- y uno psíquico –sentimiento-, la expresión afectiva en el alexitímico se escinde y se repudia el correlato psíquico de ésta, quedando sólo el aspecto fisiológico. Es así que la conciencia no captaría ninguna representación de la experiencia afectiva, sino que tan sólo tendría sensaciones físicas. El correlato psíquico, al ser demasiado intenso, es repudiado debido al terror que existe de un desborde de lo imaginario, que podría convertirse en una crisis psicótica (Mc Dougall, 1982, 1987 citada en Sivak & Wiater, 1998). Debido a que en el alexitímico el aspecto psíquico del afecto -o lo que también se conoce como sentimiento- es alejado de la conciencia mediante el repudio, la mente es incapaz de procesar la experiencia afectiva, ya que es vivida tan sólo como una experiencia fisiológica. Por lo tanto, los actos y las somatizaciones ocupan el lugar de la expresión de los sentimientos (Mc Dougall, 1994).

Por otro lado, los autores que conforman la Escuela Psicosomática de París, como Marty y M'Uzan, quienes trabajaron con el concepto de 'pensamiento operatorio' (Marty, 1990) -que sirvió de inspiración para Sifneos y Nemiah al proponer el concepto de alexitimia- proponen que la alexitimia se debe a un déficit de la estructura psíquica, que es ocasionada por algunos disturbios en las fases tempranas de la relación madre-hijo (Sivak & Wiater, 1998). Freyberger (1977) concuerda con ellos y menciona que esto podría ocasionar lo que se conoce como alexitimia secundaria. Según los autores de la Escuela Psicosomática de París, la característica del pensamiento operatorio -que forma parte de la definición de alexitimia- es un pensamiento detallista, centrado en el presente y carente de fantasía (Marty, 1992). Dichos autores sugieren que esto se debería a una pérdida del valor funcional del preconscious y por ello el registro

almacenado en este no estaría siendo de utilidad para la persona (Sivak & Wiater, 1998).

Si bien la alexitimia ha sido descrita como un síndrome clínico, algunos autores como Ahrens, Gyldenfeldt y Runde (1979) y Prince (1987), explican que lo que los clínicos denominan alexitimia no es una patología, sino el diagnóstico que el clínico determina ante la diferencia entre el discurso de un paciente que por factores culturales no comunica sus afectos y el discurso rico en afectos que espera el clínico. Es así que lo que se conoce como alexitimia no sería para estos autores más que el reflejo de la frustración del clínico ante el encuentro con un paciente proveniente de otro marco cultural en el que se reserva la expresión verbal de los sentimientos. Entonces, esta característica no sería patológica, sino de origen cultural. Parece ser que en culturas colectivistas, aquellas en las que se mantienen distancias jerárquicas muy marcadas y en las culturas predominantemente masculinas no se suele priorizar la expresión verbal de las emociones y es por ello que sus pobladores podrían dar mayores índices de “alexitimia” debido a lo aprendido culturalmente (Páez, Fernández & Mayordomo, 2000).

Desde esta explicación sociocultural de la alexitimia, autores como Kirmayer y colaboradores (1987, 1993 citados en Sivak y Wiater, 1998), mencionan que la alexitimia es el resultado de un proceso cultural y social, ya que en todas las culturas existen las emociones, pero no todas utilizan los sentimientos intrapsíquicos para entenderlas. Es así que culturas como la japonesa, la china y la coreana suelen darle menor importancia a la expresión y comunicación de los afectos; incluso prohíben la comunicación de ellos fuera del grupo más cercano de pertenencia. Además, parece ser que sectores marginales y pobres de las sociedades occidentales también manifiestan un pobre uso de adjetivos, adverbios y, en general, de palabras que designen sentimientos.

Páez, Fernández y Mayordomo (2000), basándose en los valores culturales propuestos por Hofstede en 1991 explican que en culturas colectivistas no se prioriza la mirada ni la expresión de los sentimientos que uno experimenta. Mencionan que más bien en culturas individualistas la mirada hacia las propias emociones y la expresión de estas está más presente.

Asimismo, señalan que en culturas en las que existe mayor horizontalidad en el trato entre personas de distintas posiciones jerárquicas se suele hablar más de las propias emociones, mientras que en las de mayor verticalidad no se suele hablar de éstas. Agregan además, que en culturas en las que predominan los roles estereotipados

de género y los valores como la competencia, el dinero, el éxito y la asertividad –o culturas masculinas como las denominó Hofstede– la expresión verbal acerca de los propios sentimientos no es muy usual. Sin embargo, las personas sí presentan una activación fisiológica debida a las emociones. Esto quiere decir que el correlato psíquico no es expresado, pero sí existe una reacción emocional, más no sentimental, al menos no sentimental verbalizada.

Desde que se comenzó a usar el término alexitimia, éste estuvo vinculado al campo de las enfermedades psicósomáticas. Sin embargo, la alexitimia fue encontrada también en individuos que no presentaban enfermedades somáticas. Se observó que en individuos que sufrían de distintos trastornos como alcoholismo, toxicomanía, bulimia, estado de estrés postraumático y en personalidades psicopáticas, también se encontraba presente la alexitimia (Sivak & Wiater, 1998). Una investigación realizada por Wheeler, Greiner y Boulton (2005), menciona que la alexitimia está relacionada con la depresión y con desórdenes alimenticios como la bulimia. Algunas otras investigaciones vinculan la alexitimia con distintas adicciones, por ejemplo la investigación hecha por Aleman (2007), en la cual no solamente es relacionada con los cuadros de adicciones, sino que también se encuentra relacionada a desórdenes de la personalidad, como el trastorno narcisista de la personalidad.

Por otro lado, investigaciones realizadas con poblaciones ‘libres de patología’ han remarcado el hecho de que también se encuentran individuos con alexitimia en poblaciones no clínicas. Espina (2002), en una investigación con 72 parejas españolas encontró que el 20.8% de los hombres y el 18.1% de las mujeres tenían alexitimia. Mason, Tyson, Jones y Potts (2005) encontraron que el 18% de estudiantes de una universidad inglesa cumplía con los criterios para ser considerados alexitímicos. Kerr, Johnson, Gans y Krumrine (2004) hallaron que 5 de los 48 estudiantes de primer año de universidad a los cuales les aplicaron la TAS-20 para medir alexitimia, tenían altos niveles de alexitimia.

Por último, Custodio (2002) encontró que en escolares peruanos de tercero, cuarto y quinto de secundaria, el 10.83% cumplía con los criterios de alexitimia. Asimismo, halló que los hombres de su muestra mostraban mayores niveles de alexitimia que las mujeres. Esta investigación también encontró una relación negativa entre la alexitimia y el sentido de coherencia, constructo que se refiere al grado de comprensión que se tiene de los fenómenos internos y externos que tiene una persona.

Esto quiere decir que las personas que manifiestan elevados niveles de alexitimia tenderían a sentirse confundidos y poco claros con respecto a algunos sucesos.

Autolesiones: gritando a través del cuerpo

El constructo de autolesiones ha sido definido como la alteración o destrucción intencional y directa del tejido corporal, generando un daño a dicho tejido (Fliege et al., 2006), sin intenciones suicidas conscientes (Gratz & Chapman, 2007). Sin embargo, según algunos autores (Cooper et al., 2005; González, Álvarez, Saldaña & Carreño, 2003) es difícil medir la intencionalidad libre de deseos suicidas, ya que los pacientes pueden mostrarse ambivalentes con respecto a ello (Cooper et al., 2005). Hay quienes postulan que las autolesiones sin intenciones suicidas justamente se dan para contrarrestar ideaciones suicidas (Klonsky & Muehlenkamp, 2007) y que apuntan más bien a buscar la vida más que la muerte (Faust, 2005).

Usualmente, las autolesiones han sido asociadas al trastorno borderline de la personalidad, ya que esta categoría es la única que las incluye como parte de los criterios diagnósticos. Sin embargo, autores como Muehlenkamp (2005) reflexionan acerca de la conveniencia de describir un síndrome distinto para hacer el diagnóstico de autolesiones, ya que muchas personas que presentan las autolesiones no cumplen con los criterios para trastorno borderline de la personalidad y por lo tanto el patrón repetitivo de autolesiones no obedece exclusivamente al trastorno de personalidad borderline.

Las autolesiones pueden expresarse de múltiples formas. Un punto de diferenciación es el de la aprobación social. Aquellas autolesiones aprobadas por la sociedad serían los piercings y los tatuajes, entre otros comportamientos lesionantes del propio tejido corporal que se dan dentro del marco de algún ritual cultural. Existen otro tipo de autolesiones que no son aprobadas socialmente y que más bien se desvían patológicamente de lo establecido por la sociedad de origen. Algunos tipos de estas últimas son morderse las uñas, jalarse los pelos, quemarse -con cigarrillos, encendedores y fósforos-, cortarse -rebanando o raspando la piel-, golpearse a sí mismo -con sus propias extremidades o con cualquier objeto- y grabarse alguna palabra o frase en el cuerpo -con algún objeto cortante-. (Favazza, 1996 citado en Faust, 2005).

Existen otros tipos de autolesiones, que son cometidas principalmente por pacientes con algún tipo de psicosis, como por ejemplo la auto castración. Además,

algunas personas con disfunciones cognitivas y trastornos del desarrollo utilizan formas repetitivas y estereotipadas de autolesionarse (Gratz & Chapman, 2006).

Para los fines de esta investigación utilizaremos el concepto de autolesiones sin intenciones suicidas conscientes, que no son aprobadas socialmente y que incluyen cortarse, quemarse, intoxicarse o haberse dañado de manera intencional. Hemos incluido las intoxicaciones debido a que existen autores como González, Álvarez, Saldaña y Carreño (2003) que las incluyen dentro de la definición que usan para medir conductas parasuicidas con el cuestionario que elaboraron y que se usó en esta investigación.

Faust (2005), hace una aproximación a las autolesiones desde un punto de vista social, basándose principalmente en el modelo que utilizó Durkheim (1951) para entender el suicidio. Sostiene que las autolesiones pueden ser explicadas a partir de los lazos endebles que establecen los individuos con la sociedad y con las normas morales que éstas plantean. Menciona que el individuo moderno se desapega de explicaciones colectivas del mundo y de la vida y suele enfrentar dichas explicaciones de manera solitaria. Por lo tanto, las preguntas existenciales son enfrentadas de una manera más individualista, sin el suficiente apego a instituciones que generan lazos con la sociedad, como son la familia, la religión, la política, etc. Sugiere por ello que el incremento del individualismo en la sociedad actual, tendría que ver con el aumento de la población que se autolesiona, ya que los individuos estarían viviendo la búsqueda de respuestas existenciales sintiéndose solos, deprimidos y con rabia al no encontrar respuesta. La visión de este autor, se sustenta también en el hecho de que investigaciones recientes, como la de Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005), encuentran que las personas que se autolesionan lo suelen hacer entre otras razones porque se sienten solos.

El autor propone además que las autolesiones podrían ser explicadas como una manifestación del afrontamiento de la anomia que se ha incrementado en la sociedad actual. La anomia es entendida como la falta de normas o el conflicto con estas en una sociedad. Faust (2005) explica que en la sociedad moderna los individuos suelen estar en un constante descontento, puesto que tienen una permanente sensación de que 'algo' les falta: no existe una normatividad referida a lo que debería satisfacer al individuo. Ante los cambios en la sociedad, los individuos suelen reevaluar lo que tienen y el individuo moderno suele vivir esta experiencia con una gran desazón debido a la sensación de que hay 'algo' que siempre le falta. Entonces, las autolesiones podrían ser leídas como una incapacidad del sujeto por lidiar con los cambios en la sociedad o en su

ambiente social. Por ejemplo, los adolescentes que se autolesionan podrían hacerlo debido a la imposibilidad de lidiar con problemas provenientes de su grupo social, como el hecho de que los molesten en el colegio o no los acepten. En este caso, las metas inalcanzables o lo que le hace falta al individuo sería la popularidad o la aceptación.

Kristeva (1993) propone, por otro lado, que el ser humano de hoy en día prescinde de lo que se conoce como vida psíquica y es por ello que el acto reemplaza en el hombre actual a la interpretación del sentido. Menciona además que es un ser sin identidad moral ni sexual, por lo tanto se ubica como un falso self, sin ningún arraigo a algún tipo de identidad 'real'. Propone que a las nuevas patologías las une el hecho de que todas suponen la dificultad para representar.

Si seguimos a Kristeva (1993) y a Faust (2005), podemos observar que hay una dificultad en el ser humano actual por identificarse con su sociedad, con la colectividad. Es un ser humano bastante individualista que se desconecta del mundo exterior para enfrascarse en su vivencia solitaria de la realidad. No solamente se encuentra con la sensación de una vida solitaria, sino que también se convierte en un incesante buscador de algo con qué identificarse y que lo lleve a definirse a sí mismo. Por lo tanto, su mirada, y podríamos sugerir que su libido también, incluyendo los impulsos, está dirigida principalmente hacia sí mismo. Tal vez, esa mirada más atenta y continua sobre uno mismo pueda ser también una de las razones del por qué del aumento de las lesiones dirigidas específicamente contra sí mismo y su representante más concreto, el cuerpo. Asimismo, considerando que las nuevas patologías comprenden la dificultad para simbolizar, podríamos decir que comportamientos patológicos que implican el paso a la acción, como las autolesiones, serían más comunes hoy en día.

Favazza (1996) menciona que desde el punto de vista biológico, los bajos niveles de serotonina –neurotransmisor que tendría la función de regular los impulsos agresivos- jugarían un rol importante en el hecho de autolesionarse. Asimismo, menciona que ante el dolor, el cuerpo libera ciertos péptidos opiáceos que producen una sensación de placer. Entonces, algunas personas se autolesionarían buscando sentir placer o sensaciones “positivas” en los momentos que experimentan sentimientos de disforia intensa.

En cuanto a las razones de las autolesiones desde el punto de vista psicológico, se han propuesto diversas explicaciones, sin embargo, ha habido hasta el momento poca investigación empírica sobre dichas razones. Desde la teoría cognitiva conductual se propone que existen cuatro categorías de pensamientos maladaptativos detrás de las

autolesiones. La primera categoría de pensamientos sería que las autolesiones son aceptables; la segunda categoría sería que el propio cuerpo y uno mismo es despreciable y merece un castigo; la tercera categoría es que la acción es necesaria para reducir sentimientos displacenteros; y por último, que las acciones manifiestas son necesarias para comunicar los sentimientos (Favazza, 1996). Klonsky (2005) menciona que a partir de la revisión de las explicaciones teóricas de las autolesiones, realizada por Suyemoto (1998), se pueden hallar siete modelos que explican su función.

Un primer modelo sería el de la influencia interpersonal. Esta explicación manifiesta que las personas que se autolesionan lo hacen para manipular o influenciar a individuos de su ambiente. Siguiendo este modelo, la autolesión sería un 'grito' de ayuda, un medio para evitar el abandono o un intento por ser tomado más en serio.

Un segundo modelo sería el del autocastigo. Según este modelo, las autolesiones se utilizarían como una expresión de rabia hacia uno mismo. Linehan (1993) propone que las personas que cometen autolesiones, lo hacen debido a que han aprendido de sus ambientes a castigarse o invalidarse a sí mismos. Kernberg (1979), menciona que las personas que se autolesionan recurrentemente suelen tener una estructura caracterológica depresivo-masoquista, caracterizada por una autodestructividad primitiva y tendrían una estructura de personalidad borderline o fronteriza. Es así que para Kernberg, las características masoquistas tendrían un rol importante en las autolesiones. Asimismo, la literatura confirma que muchas personas que se autolesionan (tengan el diagnóstico de trastorno borderline de la personalidad o no) han padecido de abuso físico o sexual en su infancia (Gratz & Chapman, 2006; Gratz, 2007; Gabbard, 2006). Entonces las autolesiones podrían tener un importante componente masoquista en algunos casos, debido al "aprendizaje" que han recabado en la interacción con su ambiente que los agredía severamente, adoptando así una conducta castigadora hacia sí mismos.

Un tercer modelo sería el denominado antisuicidio. Este modelo propone que las autolesiones estarían expresando deseos destructivos y suicidas, sin tener un riesgo de muerte. Por lo tanto estaría funcionando como reemplazo del deseo de cometer un suicidio (Menninger, 1935 citado en Klonsky, 2005).

Un cuarto modelo sería el sexual. Según este, las autolesiones servirían como una manera de gratificarse, controlarse, distraerse de y censurar deseos y sentimientos sexuales. Algunos autores como Friedman et al (1972, citado en Klonsky, 2005) y Gunderson (1984) ven las autolesiones como un autocastigo por impulsos sexuales o

por la culpa edípica. Klonsky dice además, que Suyemoto (1998) menciona que la correlación entre abuso sexual sufrido y autolesiones, así como el hecho de que estas comiencen después de la pubertad, son factores que denotan la importancia de la sexualidad en la conducta de autolesionarse. Favazza (1996) menciona que muchas mujeres que se autolesionan suelen expresar desagrado referido a la menarquia, a la menstruación y a las relaciones sexuales y suelen asociar estas ideas con fantasías de prostitución y de humillación sexual. Agrega también que muchos hombres que se autolesionan suelen tener dificultades en cuanto a su identidad sexual y que tanto hombres como mujeres que cometen autolesiones suelen experimentar culpa sexual. Esto podría tener que ver con el hecho de que muchos hayan sido abusados sexualmente de pequeños (Favazza, 1996; Gratz & Chapman, 2006; Gratz, 2007; Gabbard, 2006) y tengan dificultades para lidiar con los impulsos sexuales y la temática sexual en general. Además, McLane (1996) plantea en su trabajo teórico que las autolesiones se dan en las personas que han sufrido un abuso sexual debido a la incapacidad de hablar de la situación de abuso. Es así que el lenguaje verbal al verse “prohibido” para esta persona, se transforma en un lenguaje a través del cuerpo.

Un quinto modelo sería el de la regulación del afecto. Klonsky (2005) menciona que quienes han explicado las autolesiones de esta manera manifiestan que estas alivian afectos ‘negativos’ agudos. Linehan (1993) plantea que aquellos individuos que se autolesionan podrían haber crecido en ambientes tempranamente invalidantes que podrían haberles enseñado estrategias pobres para afrontar el malestar emocional. Es por ello que dichos individuos, al ser menos capaces de lidiar con dicho malestar, tienen una mayor predisposición a autolesionarse como una estrategia de regulación emocional maladaptativa. Klonsky y Favazza (1996) señalan que algunos autores proponen que los opioides endógenos tendrían que ver en la disminución de los afectos ‘negativos’.

El sexto modelo sería el de la disociación. Este explica las autolesiones que se dan como respuesta a episodios de despersonalización o disociación. Gunderson (1984) plantea que aquellas personas que se autolesionan suelen experimentar períodos prolongados de disociación cuando un ser querido está ausente. Los episodios de disociación o despersonalización ocurrirían también debido a las emociones intensas que los autolesionantes suelen sentir. El hecho de ver sangre o de sentir dolor, serían maneras de salir de los episodios disociativos, recuperando el sentido de sí mismo. Los individuos que sufren de estos episodios tienden a sentirse adormecidos, vacíos o

manifiestan 'no sentir nada' y por lo tanto las autolesiones sirven como para ayudarlos a sentir nuevamente mediante el dolor o la visualización de la sangre.

Finalmente, el séptimo modelo propuesto, sería el de los límites interpersonales. Este modelo explica las autolesiones como una manera de afirmar los límites del sí mismo, ya que los autolesionantes carecerían de un sentido 'normal' del sí mismo. Esto se debería según Friedman et al (1972 citado en Klonsky, 2005) a un apego inseguro con la madre y por lo tanto a una posterior inhabilidad para separarse de ella. En este sentido, debido a que la piel es el tejido que nos delimita de los otros y del ambiente, el hecho de marcarla mediante una autolesión, es una forma de afirmar la propia identidad.

Cabe mencionar que dichos modelos teóricos no se dan de manera excluyente. Las autolesiones cometidas por un individuo pueden ser explicadas por más de uno de los modelos (Klonsky, 2005).

Entonces, podemos decir que las autolesiones podrían deberse a distintos conflictos emocionales, sin embargo un factor común de aquellas personas que se autolesionan es que experimentan una dificultad para procesar los conflictos psíquicos mediante la simbolización y por ello suelen actuar mediante la autolesión.

Por otro lado, las personas que tienen mayor riesgo de autolesionarse son los adolescentes y los adultos jóvenes (Klonsky & Muehlenkamp, 2007) y la edad de inicio suele ser los 13 años (González, Álvarez, Saldaña, & Carreño, 2003), es decir, la pubertad. Siguiendo la revisión de Klonsky (2005), mencionada líneas arriba, podríamos decir que esto tiene que ver con la culpa que trae consigo el despertar de los impulsos sexuales, sobre todo por ser inconscientemente dirigidos hacia el padre del sexo opuesto. Sin embargo, podríamos también sugerir que se debe a una agresión hacia la base del sí mismo, el cuerpo. Si recordamos a Fernández Mouján (1986) podemos mencionar que el adolescente puede vivir su nuevo cuerpo como depositario de lo repudiado, si es que ha vivido a los adultos de manera insatisfactoria y entonces, el propio cuerpo sería objeto de sus impulsos agresivos. Siguiendo a Carvajal (1993) podríamos sugerir que durante el replanteamiento del sí mismo nuclear que se da en la adolescencia, se podrían presentar ciertas problemáticas de difusión y es por ello que los individuos se cortarían para poder sentirse a sí mismos y no perder los límites de su identidad. Esto lo explicaría el modelo de los límites interpersonales mencionado por Klonsky (2005).

Desde la investigación empírica, Lloyd Richardson, Perrine, Dierker y Kelley (2007) sugieren que las autolesiones suelen darse con mayor frecuencia para tratar de

lograr una reacción de alguien, para adquirir el control de alguna situación y para dejar de tener sentimientos ‘malos’ o ‘displacenteros’. Por otro lado, Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005) encontraron que las razones más comunes para cometer autolesiones entre adolescentes escolares canadienses son la depresión, el sentirse solo, los sentimientos ‘negativos’ hacia sí mismos, por distracción y por una necesidad de hacerse daño a sí mismos. También mencionan que después de haber cometido la autolesión, la rabia, la depresión, la soledad y la frustración disminuían y emociones valoradas como ‘positivas’, como el alivio, aumentaban. Emociones como la culpa, la vergüenza y el disgusto también solían incrementarse luego de la autolesión.

Otras investigaciones como las de Gratz y Chapman (2006) y Gratz (2007) han encontrado que relacionados a las conductas de autolesión se encuentran factores de riesgo internos -o propios de la persona-, así como factores de riesgo externos -o del ambiente-. Lo que estas investigaciones sugieren es que el maltrato infantil sufrido influye en la posterior aparición de conductas autolesionantes. Asimismo encontraron que, al parecer, tanto para hombres como para mujeres, son factores internos los que determinan que una vez que aparecen las autolesiones en una persona, estas se mantengan con una frecuencia elevada. Estos estudios realizados con estudiantes universitarios, hallaron que la respuesta emocional de los individuos que se autolesionan se encuentra relacionada con la frecuencia con la que un individuo se daña a sí mismo. Para los hombres (Gratz, 2007) el principal factor que influye en la frecuencia sería la desregulación emocional y para las mujeres (Gratz & Chapman, 2006) la inexpresividad emocional. Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005) encontraron que las autolesiones en adolescentes escolares canadienses servían para regular las emociones.

Investigaciones realizadas a nivel mundial sugieren que las autolesiones se suelen dar en poblaciones de adolescentes escolares en un alto grado. Klonsky (2005) señala que la edad de inicio de las autolesiones es entre 14 y 24 años. Klonsky y Muehlenkamp (2007) mencionan que los adolescentes y los adultos jóvenes son quienes están en mayor riesgo de cometer autolesiones. Zoroglu et al. (2003) encontraron que un 21.4% de adolescentes escolares turcos solía autolesionarse sin deseos suicidas conscientes. Muehlenkamp y Gutierrez (2004) hallaron que el 15.9% de su muestra de escolares de secundaria norteamericanos se autolesionaba y lo hacía, al igual que en la investigación de Zoroglu et al., sin intenciones suicidas.

La investigación de Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005) hecha con estudiantes de secundaria canadienses indica que el 15% de ellos se autolesionaba. Lloyd Richardson et al. (2007) encontraron que un 46.5% de los escolares de educación secundaria de los Estados Unidos de América que usó para su muestra, habían cometido el año anterior algún tipo de autolesión. El 28% de la muestra había cometido autolesiones de carácter moderado o severo. Pareciera ser que los niveles moderados o severos tendrían una relevancia clínica más significativa.

González et al. (2003) encontraron que en una muestra de escolares adolescentes mexicanos, de la ciudad de Pachuca el 3.1% de hombres y el 10.7% de mujeres habían cometido aunque sea alguna vez una autolesión. Otro hallazgo de esta investigación fue que para ambos sexos, la edad de la primera autolesión fue 13 años.

Asimismo, a pesar de que se especulaba que podrían existir diferencias en la proporción de individuos que se autolesionan de acuerdo al sexo, algunas investigaciones sugieren que dichas diferencias no son significativas (Gratz, 2007; Gratz & Chapman, 2006; Lloyd-Richardson et al., 2007). Es así que las autolesiones se convierten en una conducta que se da en alto grado entre los adolescentes independientemente del sexo.

Dado que la autolesión es una manera de expresar cierto malestar psíquico mediante un acto y por otro lado que la definición de alexitimia justamente menciona que dicha dificultad para verbalizar los afectos y distinguirlos lleva a una tendencia a la acción (Sivak & Wiater, 1998), hay investigaciones que analizan la relación entre estos dos constructos. La investigación realizada por Gratz y Chapman (2006), señala que la inexpresividad emocional, que es una manifestación de la alexitimia, tiene relación con la frecuencia con la que universitarias se autolesionaban.

Lambert y De Man (2007) investigaron la relación entre alexitimia y autolesiones en un grupo de pacientes que se autolesionaba. Sus resultados indicaron que un factor de la alexitimia referido a la dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de sensaciones corporales tenía relación significativa con las autolesiones. Sin embargo, aunque un porcentaje de dicha relación era directa, otro se debía a la mediación de un trastorno depresivo en el individuo. Dicha investigación fue realizada con una población adolescente, lo cual indicaría la presencia tanto de la alexitimia, como de las autolesiones en una población adolescente, a pesar de que esta haya sido una población con algún trastorno psiquiátrico. Jacoby (2008), en una investigación

realizada con adolescentes peruanas institucionalizadas encontró dificultades para expresar sentimientos en las personas que cometían autolesiones.

Planteamiento del problema

Una etapa que está caracterizada por constantes crisis emocionales es la adolescencia (Castillo, 2007). El individuo se encuentra durante este período de su vida en la búsqueda de su identidad personal (Erikson, 1968) y el camino que recorre en esta búsqueda suele estar marcado de una vivencia afectiva muy cambiante e intensa. La mirada del individuo se centra ahora en sí mismo y debido a que el principal límite de la identidad del ser humano es el cuerpo, algunas conflictivas que se dan durante esta etapa suelen tener que ver con éste. Nacen, por lo tanto, en el individuo sentimientos encontrados con respecto a su propio cuerpo, que siente como extraño a lo que él era durante la infancia, y tal vez distinto también, a lo que tal vez quisiera ser de adulto (Urribarri, 1998). Fruto de esa conflictiva referida al cuerpo, pueden surgir distintas maneras de relacionarse con él, como por ejemplo maneras agresivas tales como las autolesiones. Podría ser por esas emociones intensas que se despiertan hacia el cuerpo durante la adolescencia –entre otras razones- que las investigaciones han encontrado que las autolesiones suelen comenzar en esta etapa y suelen darse con mayor frecuencia en este período de edad (Klonsky, 2005).

Por otro lado, las autolesiones implican un manejo de los conflictos psíquicos a través de la acción. Algunos autores (Sivak & Wiater, 1998) señalan que el expresar los conflictos a través de la acción tendría relación con la dificultad para expresar los afectos mediante el lenguaje verbal. Dicha dificultad es conocida como alexitimia.

Existen investigaciones que señalan que la alexitimia podría estar asociada a las autolesiones debido a la vulnerabilidad que genera esta condición para expresar conflictos psicológicos mediante la acción y no mediante el pensamiento (Lambert & De Man, 2007). Entonces, si la persona tiende a tener elevados niveles de alexitimia, un problema emocional referido a la imagen de uno mismo no sería expresado solamente por frases de descalificación hacia uno mismo, sino que también podrían expresarse mediante el auto castigo cometiendo una autolesión. Así el constructo de alexitimia podría estar relacionado con las autolesiones, ya que implica una dificultad para procesar las emociones –en el caso de las autolesiones las emociones referidas al cuerpo, a la sexualidad y hacia uno mismo en general- mediante la simbolización y por

ello tenderían a manifestar sus conflictos emocionales a través de la acción, como por ejemplo mediante las autolesiones.

Por estas razones, la presente investigación tiene como pregunta: *¿Cuáles son las características de la alexitimia y las autolesiones en un grupo de escolares de cuarto y quinto de secundaria de un colegio público de Lima Metropolitana?*

Objetivo general

Describir las características de la alexitimia y las autolesiones en un grupo de escolares de cuarto y quinto de secundaria de un colegio público de Lima Metropolitana.

Objetivos específicos

- Verificar la validez y confiabilidad de la escala de alexitimia a través del análisis factorial y del alfa de Cronbach respectivamente.
- Describir las diferencias en los niveles de alexitimia según las variables sociodemográficas.
- Describir las características de las autolesiones en los adolescentes estudiados, para la muestra total y por variables sociodemográficas.
- Explorar la relación existente entre las autolesiones y la alexitimia.

CAPÍTULO II

Metodología

Esta investigación es de tipo descriptivo con elementos correlacionales, dado que apunta a describir algunas características en una determinada población y además, explorar la asociación entre dos variables (Hernández, Fernández & Baptista, 2006), que en este caso serían la alexitimia y las autolesiones.

El diseño de esta investigación es no experimental, dado que se han observado las variables en estudio en su contexto natural, sin manipularlas intencionalmente. Además, es un diseño transversal, debido a que se realizó la medición de las variables en un punto único en el tiempo (Hernández et al., 2006).

Participantes

El muestreo que se utilizó en esta investigación fue no probabilístico incidental, debido a que la selección del colegio no se hizo de forma aleatoria (Hernández et al., 2006) y los participantes fueron los alumnos que aceptaron participar.

La institución educativa fue estatal y se contó con la participación de 240 alumnos. De los 240 protocolos, 213 de ellos fueron considerados como válidos y éste fue el número total de la muestra; de ellos, 96 alumnos que cursaban el cuarto de secundaria y 117 el quinto de secundaria. Los datos sociodemográficos de la muestra, como la edad, el sexo, el lugar de nacimiento y los años que lleva viviendo en Lima se encuentran en la Tabla 1.

Tabla 1*Datos sociodemográficos de la muestra*

Variable	f	%
Edad		
15 años	69	32,4
16 años	80	37,6
17 años	39	18,3
18 años	14	6,6
19 años	1	0,5
En blanco	10	4,7
Sexo		
Masculino	113	53,1
Femenino	99	46,5
En blanco	1	0,5
Lugar de nacimiento		
Lima	165	77,5
Provincias	40	18,8
Otro país	1	0,5
En blanco	7	3,3
Cantidad de años en Lima		
11 años ó más	166	77,9
Entre 5 y 10 años	16	7,5
Menos de 5 años	12	5,6
En blanco	19	8,9

El promedio de edad fue de 16 años, con una desviación estándar de 0.925. De los 240 participantes, 26 no comunicaron el distrito en el que residían, 170 manifestaron vivir en el distrito de Independencia. Los demás residían en distritos aledaños como San Martín de Porres, Los Olivos, Puente Piedra, Comas y el Callao.

Por último, en la Tabla 2 se describen las características de las familias de los participantes de la muestra. Se entiende como familia nuclear a aquellas familias en las que conviven, padres de ambos sexos y sus hijos, las familias monoparentales con o sin hijos y familias solamente conformadas por los hermanos. Como familia extendida se entiende la convivencia con miembros de la familia nuclear y miembros que no corresponden a ella, como tíos, primos, etc. Asimismo, dentro de la categoría de familia extendida se encuentran aquellas donde las personas sólo viven con otros familiares como tíos, primos o abuelos (ni padres ni hermanos).

Tabla 2*Personas con las que convive*

	f	%
Familia extendida	105	49,3
Familia nuclear	103	48,3
Solo	1	0,5
En blanco	4	1,9

En la ficha de datos personales también se exploraron las preocupaciones principales de los participantes. Así se encontró que la preocupación principal que tienen los participantes en éste momento es su futuro (40,75% de las respuestas), incluyendo su futuro profesional. Cabe mencionar que muchos de los participantes dieron múltiples respuestas y por ello los análisis de porcentajes se hicieron a partir del universo total de respuestas dadas y no del total de participantes, tal como lo expresa la Tabla 3. En esta Tabla también se observa que los participantes de la muestra manifiestan en más de un 70% que comentan sus problemas con alguien y suelen hacerlo, en mayor medida, con los familiares y con los amigos.

Tabla 3*Datos acerca de las preocupaciones de los escolares de la muestra*

Variable	f	%
Tipo de preocupación		
Problemas relacionados con el futuro	119	40,75
Problemas familiares	51	17,47
Problemas escolares	45	15,41
Problemas económicos	24	8,22
Problemas de tipo personal	10	3,42
Problemas de pareja	6	2,05
Problemas con amigos	5	1,71
Problemas de salud	3	1,03
Otros	17	5,82
Ningún problema	7	1,71
En blanco	5	2,40
Comunicación de preocupaciones		
Si	153	71,83
No	53	24,88
En blanco	7	3,29
A quién comentan sus preocupaciones		
Amigos	79	33,91
Padres	74	31,76
Hermanos/as	40	17,17
Otros familiares	24	10,30
Pareja	9	3,86
Dios y religión	2	0,86
Otros	2	0,86
No específica	3	1,29

Instrumentos

Ficha de datos personales

Se aplicó una ficha de datos (Anexo A) que recoge información acerca de la edad, el sexo, escolaridad, centro de estudios, lugar de nacimiento, tiempo de residencia en Lima, distrito de residencia y personas con las cuales vive.

Además, se adjuntaron dos preguntas: “Describe brevemente cuáles son tus mayores preocupaciones en este momento de tu vida” y “Cuando tienes algún problema o preocupación, ¿lo comentas con alguien?”. Estas dos preguntas fueron aplicadas debido a que podrían aportar mayores datos acerca de las problemáticas principales de los adolescentes estudiados, así como información acerca del uso de sus redes de soporte social.

Toronto Alexithymia Scale de 20 ítemes (TAS-20)

Para medir el constructo de alexitimia se utilizó la TAS-20, creada por Bagby, Parker y Taylor, en 1994. La escala original, redactada en inglés consta de 20 ítemes que se puntúan mediante una escala de tipo Likert de intensidad de cinco puntos. Esta escala suele usarse como una puntuación continua por los distintos investigadores.

La TAS-20 consta de tres factores. El primer factor (conformado por los ítemes 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14) mide la dificultad para reconocer sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas, que acompañan la activación de las emociones. El segundo factor (conformado por los ítemes 2, 4, 11, 12 y 17) mide la dificultad para poder describir los propios sentimientos a otras personas. Por último, el tercer factor (conformado por los ítemes 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20) capta el estilo de pensamiento orientado hacia lo externo, es decir un pensamiento enfocado a los aspectos ‘superficiales’, que implica, por ejemplo, prestar menor atención a aspectos profundos como las emociones.

Originalmente, esta escala presenta una consistencia interna de $\alpha=0.81$, además de una confiabilidad test-retest en un lapso de tres meses de $r=0.77$ y $p<0.01$ (Martínez y Ortiz, 2000). Esta escala ha sido utilizada en diversas investigaciones en distintos países como en Lituania (Beresnevaité, Taylor & Bagby, 2007), Inglaterra (Word & Williams, 2007), Finlandia (Säkkinen, Kaltiala-Heino, Ranta, Haataja & Joukamaa, 2007) y Perú (Kendall & Rodríguez, 2003). Además de la versión original en inglés ha sido traducida al lituano (Beresnevaité et al.) y al español (Martínez-Sánchez, 1996 citada en: Martínez y Ortiz, 2000).

La adaptación en lengua española de la TAS-20, que hemos usado en la presente investigación, es la de Martínez-Sánchez, hecha en 1996 (citada en: Martínez y Ortiz, 2000). Esta adaptación tuvo una consistencia interna de $\alpha=0.78$ ($p<0.001$) y una confiabilidad test-retest a las 19 semanas de $r=0.716$ ($p<0.001$). Esta versión española de la escala ha sido utilizada en otras investigaciones como la de Eizaguire, Ortego, Ochoa, De Apellaniz y Alemán (2001) y en la de Díaz y Balbás (2002).

Loiselle y Cossette (2001) hicieron una investigación con pobladores de la selva peruana y encontraron que la consistencia interna de cada uno de los factores fue baja, especialmente la del factor que mide pensamiento superficial en la escala original, es decir el factor 3. Parece ser que la población peruana tuvo dificultad al responder los ítems negativos y el factor de pensamiento superficial (factor 3) está compuesto en su mayoría por ellos.

Kendall y Rodríguez (2003) realizaron la validación de la TAS 20 en estudiantes universitarios limeños. La confiabilidad obtenida por ellos mediante el Alfa de Cronbach fue de 0,78. El punto de corte que utilizaron fue de 61 y reprodujeron la composición factorial de la prueba. Los investigadores señalaron que se presentaron algunos problemas en cuanto al lenguaje de la prueba ya que a los participantes se les hizo difícil distinguir entre algunos términos como “pensar” y “sentir”.

Para la presente investigación se consultó con un lingüista y se modificó el fraseo de algunos ítems. Por ejemplo, el ítem número 4 de la escala original de Martínez-Sánchez que era “Soy capaz de describir mis sentimientos con facilidad.” fue modificado por “Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.” (Anexo C).

Adaptación de la Cédula de Indicadores Parasuicidas

Para medir las autolesiones se adaptó la Cédula de Indicadores Parasuicidas hecha por González et al (2003). Este es un cuestionario que incluye trece preguntas, algunas son para marcar, así como otras son abiertas. Dicha cédula ha sido utilizada en distintas investigaciones con adolescentes en México (González et al., 2003). González et al (1998) la usaron con estudiantes adolescentes de la ciudad de Pachuca en México. Villatoro et al. (2004, citados en González et al., 2003), por otro lado, aplicaron dicha cédula a estudiantes adolescentes de la ciudad de México.

Este cuestionario, además de indicar si es que el individuo se ha autolesionado alguna vez en su vida, indica el número de veces que lo ha hecho, la edad de la última vez que lo hizo, los motivos por los que se autolesiona o se autolesionó, los métodos utilizados, el propósito por el que se lesionó, si es que fue ayudado o buscó ayuda luego de autolesionarse, de quién buscó ayuda y si es que la autolesión fue realizada con deseos suicidas (González et al., 2003).

El cuestionario cuenta con trece preguntas, tanto de respuestas abiertas como cerradas. Para la adaptación –en la que se incluyó una revisión lingüística- hecha para esta investigación se eliminaron algunos ítems. Por ejemplo, el ítem número 5 que decía “Esa última o única vez que te hiciste daño, ¿qué querías?” fue eliminado debido a

que existía otro ítem similar, el cual fue conservado, que decía: “La última vez que te hiciste daño ¿cuál fue el motivo para hacerlo?”.

Otros ítemes fueron modificados, como por ejemplo el ítem 1 “¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito?” que fue modificado por “¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito (sin la intención de morir)?”. También el ítem 9 “Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito, ¿pensaste que tu muerte era:”, fue variado por “La última vez que te hiciste daño ¿pensaste que:”. Así como la pregunta de este ítem fue cambiada, la respuesta de opciones para marcar también fue modificada en el fraseo.

Los ítemes 11 “Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito, ¿buscaste ayuda/consejo de” y 12 “Esa última o única vez que te hiciste daño a propósito, ¿por qué razones buscaste ayuda” fueron modificados por las preguntas “La última vez que te hiciste daño ¿buscaste ayuda o consejo de alguien?”, “¿Por qué?” y “¿De quiénes buscaste ayuda o consejo?”, todas incluidas en un ítem.

Por lo tanto, la adaptación quedó con 9 preguntas entre las abiertas y cerradas (Anexo B).

Procedimiento

Para la presente investigación se pidió permiso a las autoridades de la institución educativa elegida. Al momento de la aplicación se informó de la tarea de investigación a los alumnos, mencionando que era una investigación psicológica que se realizaría con escolares de cuarto y quinto de secundaria. También se agregó que la información era totalmente anónima y que iba a ser usada solamente para efectos de la investigación. Además, se informó que si deseaban recibir información y orientación, podrían tener una entrevista con un psicólogo luego de las aplicaciones de la prueba, escribiendo a un mail brindado en el consentimiento informado. Después, se procedió a la entrega del consentimiento informado (Anexo D). Una vez que éste fue firmado, se procedió a la aplicación grupal de los instrumentos a los alumnos que aceptaron participar de la investigación. Los instrumentos fueron aplicados por tres psicólogos en los distintos salones del colegio.

Se analizó la confiabilidad de la TAS 20 mediante el Alfa de Cronbach. Debido a que el factor 3 obtuvo el Alfa de Cronbach más bajo de los tres factores, se realizaron correlaciones entre los tres factores que conforman la prueba, con la finalidad de evaluar el comportamiento de este factor con el resto de la escala. Se realizó un análisis de

tendencia de marcado de los ítems con puntuaciones ítem-test nulas o negativas para poder observar en qué se diferenciaban estos ítemes de los que habían obtenido mejores correlaciones ítem-test. A continuación, se realizó un análisis factorial exploratorio de los datos obtenidos para poder hallar la composición de los factores componen la adaptación en escolares peruanos de la TAS-20.

En seguida, los datos obtenidos de los instrumentos ya aplicados fueron procesados mediante un análisis de los estadísticos descriptivos, tanto para la incidencia de la alexitimia como para las autolesiones. Se realizó un análisis Kolmogorov-Smirnov para analizar si es que los resultados de la TAS 20 tenían una distribución normal. Luego, se hizo una comparación de medias entre los puntajes en la TAS 20 de los distintos grupos según las variables sociodemográficas recogidas (sexo, edad y años en Lima). Asimismo, utilizando el estadístico de chi cuadrado se realizaron los análisis de diferencias en la frecuencia de las autolesiones establecidas a partir de los datos sociodemográficos,. También se realizó un análisis de frecuencias y porcentajes para las distintas características de las autolesiones, de la parte de la muestra que había reportado dicha conducta.

Finalmente, se realizó un análisis de las diferencias, en los niveles de alexitimia, entre aquellos que se autolesionan y los que no, mediante el chi cuadrado. Luego se realizó un análisis correlacional usando la correlación de Spearman para observar la relación entre la alexitimia y las autolesiones. Asimismo, se analizó la correlación que existía entre los factores válidos y confiables de la TAS 20 con la incidencia de autolesiones.

CAPÍTULO III

Resultados

Para analizar los datos obtenidos de la muestra se comenzó haciendo un estudio de la confiabilidad y validez de la TAS 20. Este indicó que la prueba en su conjunto fue válida y confiable. Se pudo observar que principalmente el factor 3 presentaba dificultades. En cuanto a la validez se realizó un análisis factorial para explorar en qué factores se divide la prueba en la muestra de escolares limeños. Aunque los análisis indicaron que la prueba es válida, la estructura factorial original no se pudo replicar. Luego, se analizó los niveles de alexitimia con las variables sociodemográficas, sin hallar diferencias en los niveles de alexitimia según dichas variables. Asimismo se analizaron las características de las personas que se autolesionan, encontrando que estas conductas suelen comenzar en la pubertad y que existe una mayor incidencia en las mujeres, entre otros hallazgos. Finalmente, se correlacionaron las autolesiones con el puntaje obtenido en la TAS 20. Se pudo notar que la relación entre ambos constructos existe, pero influidos por otras variables.

Confiabilidad y validez de la TAS 20.

Se utilizó el Alpha de Cronbach para medir la confiabilidad de la Toronto Alexithymia Scale (TAS 20). Para la escala completa se obtuvo una confiabilidad alta ($\alpha=0,747$) (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). El factor 1 de la TAS 20 -que mide la dificultad para reconocer sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas, que acompañan la activación de las emociones- obtuvo una confiabilidad alta ($\alpha=0,797$). El factor 2 -que mide la dificultad para poder hacer una descripción de los sentimientos a otras personas- obtuvo una confiabilidad mediana ($\alpha=0,520$) y, por último el factor 3 -que capta el estilo de pensamiento orientado hacia lo externo, es decir un pensamiento enfocado a los aspectos 'superficiales'- obtuvo una confiabilidad baja ($\alpha=0,227$). Los anexos E, F, G y H muestran las correlaciones ítem-test para los ítems de toda la prueba, los ítems que componen el factor 1, el factor 2 y el factor 3 respectivamente.

A partir de estos resultados se procedió a hacer un análisis correlacional entre los distintos factores para observar el comportamiento del factor 3 con respecto al resto de la prueba. La correlación entre los factores 1 y 2 fue directa y media ($r=0,524$) de

acuerdo a Hernández et al. (2006), denotando la existencia de una relación entre estos dos factores.

Sin embargo, cuando se correlacionaron el factor 3 con el factor 1 y el factor 2 respectivamente, las correlaciones fueron bajas ($r=0,256$ y $r=0,302$ respectivamente) y por lo tanto podemos decir que no existe una relación fuerte entre los puntajes del factor 3 y el resto de la prueba. Es decir, parecería que ese conjunto de ítems que comprenden el factor 3 no estaría funcionando adecuadamente en esta población –como conjunto de ítems- para distinguir una subcategoría del constructo de alexitimia, tal como lo parecen hacer los otros dos factores.

Para hacer un análisis más detallado de lo que ocurría con la prueba en la población utilizada se recurrió a hacer un análisis de la tendencia de respuesta a los ítems. Se pudo observar que la opción de respuesta que indicaba mayor presencia de alexitimia (“Totalmente de acuerdo” para los ítems positivos y “Totalmente en desacuerdo” para los ítems negativos) tenía en general una menor frecuencia de marcado que las demás opciones. Si bien las otras cuatro opciones de marcado presentan una tendencia a ser marcadas homogéneamente los participantes presentan una ligera tendencia a marcar las opciones que implican menor puntaje de alexitimia, siendo estas para los ítems positivos “Totalmente en desacuerdo” y “Moderadamente en desacuerdo”; y, para los ítems negativos “Totalmente de acuerdo” y “Moderadamente de acuerdo”.

Los ítems 5 (“Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos”), 18 (“Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio”) y 19 (“Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales”), que fueron los que obtuvieron menores correlaciones ítem-test ($-0,028$, $-0,102$ y $0,070$ respectivamente), tuvieron, en cuanto a la tendencia de marcado, un comportamiento distinto al de los demás ítems. Los participantes, al igual que con el resto de ítems de la escala, tuvieron una mayor frecuencia de marcado en las opciones que denotan menores niveles de alexitimia al compararlos con las frecuencias de los otros ítems. Esto significa que estos ítems capturaron niveles más bajos de alexitimia que el resto de los ítems.

A nivel de contenido se puede observar que estos ítems (5, 18 y 19) son negativos y que además las frases tienen una formulación más compleja que los otros dos ítems negativos (el 4 “Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente” y el 10 “Estar en contacto con mis emociones es esencial”).

Debido a que no se encontró una tendencia en la población a marcar con aquiescencia, podría ser que estos ítemes hayan generado dificultades en la población debido a su lenguaje complejo y a la dificultad del contenido de las frases. Esta dificultad la podemos notar en el ítem 18 “Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio”. Este ítem demanda al sujeto que responde pensar en situaciones abstractas y en constructos abstractos, por ejemplo en cómo uno experimenta afectivamente cierto tipo de situaciones.

Luego se hizo un análisis de discriminación de los ítemes a través de las correlaciones entre cada uno de los ítemes y el factor al que corresponde. Del factor 1, ningún ítem arrojó una correlación nula ni negativa y más bien todos obtuvieron una correlación de nivel medio por encima de 0.4. Al revisar el factor 2 se pudo notar que el ítem 12 (“La gente me dice que describa mis sentimientos”) arrojaba una correlación nula (0.081) con respecto a la globalidad del factor que lo comprende. Es por ello que en los análisis posteriores con el factor 2 se decidió neutralizar este ítem. Además, el ítem 4 (“Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente”) obtuvo una correlación de 0.197, denotando una relación directa pero baja con respecto al factor que lo comprende.

Al analizar el factor 3 se pudo observar que tan solo el ítem 19 arrojaba una correlación mayor a 0.2, por lo que se podría decir que los ítemes del factor no estarían funcionando como un conjunto que mide una característica específica.

Para lograr obtener la validez de la escala, se realizó un análisis factorial exploratorio que identifique las agrupaciones de los ítemes de la TAS 20. Un requisito para realizar éste análisis fue observar la medida de adecuación muestral KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) y la prueba de esfericidad de Bartlett. Dado que la medida de adecuación muestral KMO fue de un valor alto (0,795) y la prueba de esfericidad de Bartlett fue de una significancia de 0.000, entonces se concluyó que sería factible realizar un análisis factorial para la escala de alexitimia (Kline, 1994).

La TAS 20 que originalmente consta de tres factores, se agrupa en seis factores en los análisis hechos con la muestra de este estudio, lo cual muestra que la TAS 20 no se comporta de la misma forma en esta población. Estos seis factores explican el 57,2% de la varianza (Tabla 4).

Tabla 4*Varianza explicada por los factores hallados en la TAS 20*

Componente	Total de la varianza explicada					
	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	4.536	22.679	22.679	4.536	22.679	22.679
2	2.159	10.797	33.476	2.159	10.797	33.476
3	1.379	6.896	40.372	1.379	6.896	40.372
4	1.230	6.149	46.521	1.230	6.149	46.521
5	1.144	5.718	52.239	1.144	5.718	52.239
6	1.003	5.017	57.256	1.003	5.017	57.256
7	.904	4.519	61.775			
8	.871	4.354	66.130			
9	.802	4.010	70.139			
10	.772	3.859	73.998			
11	.689	3.444	77.443			
12	.658	3.290	80.733			
13	.604	3.018	83.751			
14	.577	2.884	86.634			
15	.565	2.825	89.459			
16	.541	2.706	92.165			
17	.452	2.258	94.423			
18	.403	2.017	96.440			
19	.380	1.900	98.340			
20	.332	1.660	100.000			

Método de extracción: Análisis de los componentes principales.

Los valores de las correlaciones que indican la distribución de la prueba en seis factores se hallan en la Tabla 5. Estos valores indican qué ítem pertenecería a cada uno de los factores según su carga correlacional.

Tabla 5*Los componentes de la TAS 20 y sus cargas correlacionales*

	Componentes					
	1	2	3	4	5	6
TAS 1	.686					
TAS 2	.596		.376			
TAS 3	.489					
TAS 4		.534	.303			
TAS 5		.691				
TAS 6	.619					
TAS 7	.602					
TAS 8	.506					
TAS 9	.721					
TAS 10		.625				
TAS 11	.606					
TAS 12				.334		.602
TAS 13	.675					
TAS 14	.623					
TAS 15	.321		.651	.312		
TAS 16			.307		.629	
TAS 17	.502		.491			
TAS 18		.390		.485	.446	
TAS 19		.696				
TAS 20	.308			.605		

Método de extracción: Análisis de componentes principales.
6 componentes extraídos.

Podemos notar que el Factor 1 estaría compuesto por los ítemes 1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14 y 17. El factor 2 estaría compuesto por los ítemes 4, 5, 10 y 19; el factor 3 por el ítem 15; el factor 4 por los ítemes 18 y 20; el factor 5 por el ítem 16; y, por último el factor 6 estaría compuesto por el ítem 12.

Niveles de alexitimia de acuerdo a las variables sociodemográficas

Para poder realizar los análisis de alexitimia en la muestra según los datos sociodemográficos como sexo, edad y años de estancia en Lima, se realizó una comparación de medias usando el estadístico t de Student, debido a que la prueba obtuvo una distribución normal (Kolmogorov Smirnov= 0,062) (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

Para la comparación según sexos se compararon las medias de los puntajes obtenidos en la TAS 20 de mujeres y hombres. Se encontró –asumiendo la igualdad de

varianzas según el Test de Levene ($F= 1,468$; $p= 0,227$)- que no existía una diferencia significativa en los puntajes en la TAS 20 según sexos ($t= -0,428$; $p= 0,669$) (Hernández, Fernández & Baptista, 2006).

En el caso de la comparación de medias según la edad, se dividió a los participantes en dos grupos. Aquellos que tenían entre 15 y 17 años y aquellos que tenían entre 18 y 19 años, haciendo un corte similar al propuesto por Castillo (2007) entre la adolescencia media y la tardía. Luego, mediante la *t* de Student y considerando la igualdad de varianzas según el Test de Levene ($F= 0,823$; $p= 0,365$) se comprobó que no habían diferencias significativas entre ambos grupos ($t= -0,658$; $p=0,511$).

En cuanto a la diferencia de puntajes en la TAS 20 según tiempo de permanencia en Lima, se halló que no existen diferencias significativas ($t= 0,776$; $p= 0,439$) entre el grupo de estudiantes que lleva menos de 5 años viviendo en la capital y aquellos que viven en ella 5 años o más. Para el análisis con *t* de Student se tomó en cuenta la igualdad de las varianzas ($F= 0,012$; $p= 0,914$).

Características de las autolesiones de acuerdo a las variables sociodemográficas

En el estudio realizado se encontró que más del 27% de la muestra manifiesta haberse autolesionado aunque sea una vez en su vida (Tabla 6).

Tabla 6

Incidencia de autolesiones

	f	%
Nunca se ha autolesionado	155	72,77
Se ha autolesionado	58	27,23
Total	213	100,00

Luego, para éste grupo de personas que habían afirmado haberse autolesionado se realizaron análisis para observar las diferencias según sexo, edad y años en Lima.

En cuanto al sexo, tal como lo muestra la Tabla 7, las mujeres se autolesionan más que los hombres.

Tabla 7

Incidencia de autolesiones en hombres y mujeres

		Daño a propósito				χ^2	p
		No		Si			
		f	%	f	%		
Sexo	Hombres	91	59,1	22	37,9	0,579	0,006
	Mujeres	63	40,9	36	62,1		

Tal como se puede apreciar en la Tabla 8, el 86,5% de los estudiantes que se autolesionan han vivido 5 años o más en Lima.

Tabla 8*Incidencia de autolesiones según años en Lima*

	Daño a propósito				χ^2	p
	Si		No			
	f	%	f	%		
5 o más años	45	86,5	137	75,3	6,481	0,011
Menos de 5 años	7	13,5	45	86,5		

Dentro del grupo de las 58 personas que se han autolesionado, el mayor número de ellas (36,2%) ha manifestado que su principal preocupación está referida a lo que van a ser o hacer en el futuro, es decir, el rumbo laboral y profesional -entre otros- que seguirán. Ésta problemática es también la principal preocupación manifestada por los escolares de la muestra que no se autolesionan.

En la Tabla 9, que compara los tipos de preocupación entre los grupos de quienes se lesionan y quienes no, se puede visualizar que el único tipo de problema en el que aquellos estudiantes que se han autolesionado alguna vez tienen mayor incidencia que aquellos que no lo han hecho, es en los problemas de tipo personal. Estos problemas incluyen problemas de índole psicológica o referidos al sufrimiento psicológico a causa de angustias dirigidas hacia uno mismo, como por ejemplo encontrarse preocupado por el tipo de vida que lleva o los comportamientos que tiene.

Tabla 9*Incidencia de autolesiones según problemas principales*

Principal preocupación	Daño a propósito			
	No		Si	
	f	%	f	%
Problemas relacionados con el futuro	65	75,6	21	24,4
Problemas familiares	22	61,1	14	38,9
Problemas escolares	27	77,1	8	22,9
Problemas económicos	10	66,7	5	33,3
Problemas de tipo personal	2	28,6	5	71,4
Problemas de pareja	4	100,0	0	,0
Problemas de salud	3	100,0	0	,0
Ningún problema	18	81,8	4	18,2

La mayoría de aquellos escolares que se autolesiona (72.4%) suele comunicar sus problemas a otras personas (Tabla 10).

Tabla 10*Comunicación de los problemas según la incidencia de autolesiones*

		Daño a propósito				χ^2	p
		No		Si			
		f	%	f	%		
Comunica sus problemas	Si	111	72,1	42	72,4	0,370	0,831
	No	38	24,7	15	25,9		

Sin embargo, no existe una diferencia estadísticamente significativa entre las personas que se autolesionan y aquellas que no según la comunicación de sus problemas.

Adicionalmente, se usó el chi cuadrado para probar si es que habían diferencias estadísticamente significativas entre los distintos datos recogidos referidos a las autolesiones (como la edad en que se autolesionaron la última vez, el motivo por el cuál lo hicieron, la manera en que lo hicieron, si buscaron ayuda, por qué si buscaron ayuda y por qué no buscaron ayuda), según cada una de las distintas variables

sociodemográficas. Los resultados indicaron que en ninguno de los casos existían diferencias significativas (Anexos I, J y K).

La mitad de las personas que manifestaron haberse comenzado a autolesionar lo hicieron entre los 12 y los 15 años, tal como lo indica la Tabla 11.

Tabla 11

Edad en la que se dañó por primera vez

Edad	f	%
De 12 a 15 años	29	50,00
De 9 a 11 años	14	24,14
De 5 a 7 años	6	10,34
16 años	6	10,34
En blanco	3	5,17

Las autolesiones que cometieron la última vez fueron de siete tipos: mediante fármacos, cortes en la piel, golpes, raspado de la piel, escritura en la piel, quemaduras y otros tipos. De éstos siete, los cortes en la piel tuvieron la mayor incidencia, representando el 32,81% del total de respuestas dadas (Tabla 12). Además, el principal motivo por el que manifestaron autolesionarse la última vez fue por problemas familiares (Tabla 13).

Tabla 12

Cómo se dañó a sí mismo la última vez

	f	%
Cortes	21	32.81
Golpeándose	8	12.50
Fármacos	6	9.38
Raspándose la piel	3	4.69
Escribiéndose en la piel	2	3.13
Quemándose	1	1.56
Otros	6	9.38
En blanco	17	26.56

Tabla 13

Motivo para dañarse la última vez que lo hizo

	f	%
Problemas familiares	35	40.70
Tristeza, soledad o culpa	14	16.28
Problemas de amor o pareja	6	6.98
Descontento de sí mismo/a	4	4.65
Molesto/a	4	4.65
Experimentación	3	3.49
Problemas con amigos	1	1.16
Manipulación de otra persona	1	1.16
Otros problemas personales	5	5.81
No sabe	3	3.49
En blanco	10	11.63

Siguiendo el análisis de los participantes que expresaron que habían cometido aunque sea una vez las conductas autolesionantes, podemos decir que la mayoría no buscó ayuda ni consejo después de la última vez que se autolesionó. Aquellos que no buscaron ni ayuda ni consejo mencionaron que la vergüenza, la poca importancia que le dieron al episodio, la sensación de saber lo que estaban haciendo y la poca confianza en los otros, entre otros motivos, fueron los que hicieron que no buscaran apoyo después del episodio (Tabla 14).

Tabla 14*Razones por las que no buscaron ayuda después de la última autolesión*

	f	%
Vergüenza	6	18.75
No sabía a quién acudir	5	15.63
Poca confianza en los otros	4	12.50
No le dio importancia	3	9.38
No le gusta preocupar a otros	2	6.25
Sabía lo que hacía	1	3.13
No sabe	4	12.50
En blanco	7	21.88

En contraste, quienes si buscaron algún tipo de apoyo lo hicieron, entre otras razones porque se daban cuenta de que su conducta no era adecuada, para que otra persona controle su conducta ó para recibir apoyo y escucha, entre otros (Tabla 15).

Tabla 15*Razones por las que si buscaron ayuda después de la última autolesión*

	f	%
Deseo de apoyo y escucha	9	42.86
Conciencia de enfermedad	6	28.57
Para que alguien externo los frene	3	14.29
Otros se dieron cuenta	1	4.76
En blanco	2	9.52

La mayor parte de personas que buscó ayuda o consejo la última vez que se autolesionó lo hizo con amigos, convirtiéndolos en una opción de apoyo más frecuente que algún familiar o persona adulta (Tabla 16).

Tabla 16*Personas de las que buscó ayuda o consejo después de la última autolesión*

	f	%
Amigo(a) ó compañero(a)	18	30.51
Familiar	8	13.56
Sacerdote ó pastor	3	5.08
Maestro(a), orientador(a)	3	5.08
Especialista en salud mental	3	5.08
Curandero, acupunturista	1	1.69
Médico general ó enfermera	1	1.69
Otros	2	3.39
En blanco	20	33.90

Relación entre autolesiones y alexitimia

Se dividió los puntajes obtenidos en la escala que mide alexitimia en niveles altos, moderados y bajos, para poder comparar la incidencia de autolesiones según los tres niveles de alexitimia. Descriptivamente podemos notar en la Tabla 17 que a medida que la alexitimia se incrementa, la incidencia de las autolesiones también se incrementa.

Tabla 17*Análisis de frecuencia de autolesiones según niveles de alexitimia*

		Daño a propósito			
		No		Si	
		f	%	f	%
Niveles de alexitimia	Bajo	58	37,4	14	24,1
	Moderado	56	36,1	19	32,8
	Alto	41	26,5	25	43,1

La diferencia según el chi cuadrado es significativa ($\chi^2=6,116$; $p=0,047$) y por lo tanto podríamos decir que parece ser que a mayores niveles de alexitimia, podría haber un incremento en la frecuencia de las autolesiones.

Luego se utilizó el coeficiente de Spearman para hallar la correlación entre las autolesiones y la alexitimia. Se halló una correlación directa pero baja, según el criterio de Cohen ($r=0,180$). La certeza con la cual se obtuvo la correlación fue alta ($p=0,008$) (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). Debido a estos resultados y la baja asociación entre los tres factores anteriormente descritos se optó por analizar las correlaciones entre la incidencia de autolesiones y los factores que comprenden la TAS 20.

Se hizo entonces un análisis correlacional de los factores 1 y 2 de la TAS 20 con la incidencia de autolesiones usando el índice de correlación de Spearman. La

correlación con el factor 1 fue baja (0.212) y significativa (0.002); y la correlación con el factor 2 fue baja (0.139) y significativa (0.043). Debido al pobre funcionamiento del factor 3 como conjunto, no se hicieron análisis correlacionales entre ese factor y la incidencia de autolesiones.



CAPÍTULO IV

Discusión

En este capítulo discutiremos en primer lugar los resultados referidos a los aspectos psicométricos de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS 20). Profundizaremos en los aspectos de confiabilidad y validez y analizaremos los detalles vinculados a estos temas. Pasaremos luego a analizar los resultados referidos a la alexitimia de acuerdo a las características sociodemográficas de la muestra. Se analizarán luego las autolesiones en profundidad y de acuerdo a las características sociodemográficas y a los distintos datos recogidos mediante la CIP (Cédula de Indicadores Parasuicidas). Por último, discutiremos los resultados referidos al vínculo entre la alexitimia y las autolesiones.

Validez y confiabilidad de la TAS 20

Comenzando con los análisis psicométricos de la TAS 20, podemos decir que la escala completa obtuvo una confiabilidad alta en la muestra de escolares. Sin embargo, al hacer análisis más específicos del comportamiento de la prueba en la muestra, se pudo observar que los ítems 5, 18 y 19 presentaban una correlación ítem-test nula o negativa con la prueba. Estos ítems podrían haber tenido dificultades a la hora de ser respondidos debido a que su complejidad lingüística es mayor a la de los otros ítems. Además, son ítems que demandan una reflexión compleja acerca de los procesos internos de cada uno de los participantes, lo que pudo generar dificultades al momento del marcado. La pobre comprensión de estos reactivos podría haber llevado a quienes respondían, a marcar con cierta deseabilidad social y por lo tanto optar por las opciones que indicaban menores niveles de alexitimia. Esto hizo que dichos ítems capturen menores niveles de alexitimia.

Por ejemplo, el ítem 5 (“Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos”) demanda pensar acerca de cómo uno aborda cognitivamente y afectivamente los problemas y eso implica la capacidad de poder pensar en cómo uno experimenta distintas situaciones. Asimismo, demanda la sutil distinción entre “analizar” los problemas y “describirlos”, pudiendo ser difícil captar la diferencia entre ambos términos para los participantes. La dificultad en entender el reactivo pudo haber generado respuestas poco

meditadas y debido a ello el marcado de ellos pudo tener poca relación con el resto de la prueba que tal vez fue mejor comprendida por los participantes. Esta dificultad en la comprensión de los ítemes podría deberse al bajo nivel educativo que caracteriza a los escolares peruanos, en especial a los alumnos de instituciones educativas públicas (Ministerio de Educación, 2005). Por ello, una hipótesis para la baja correlación de un ítem con la prueba sería que el bajo nivel educativo en el que se encuentran muchos alumnos de secundaria en el Perú, dificultó la comprensión de algunos reactivos complejos de la TAS 20.

Por otro lado, la edad de los integrantes de la muestra podría ser un factor que influyó en el pobre entendimiento de algunos reactivos de la escala. Säkkinen et al. (2007) y Lunazzi, Elías, García de la Fuente y Kosak (2000) plantean que a medida que pasan los años el entendimiento de las emociones también aumenta. Por lo tanto, en la adolescencia hay un menor entendimiento de las emociones y, a pesar de la alta confiabilidad que se obtuvo, esto podría haber afectado la comprensión de algunos reactivos de la TAS 20 por los adolescentes de nuestra muestra.

En cuanto a la relación entre los distintos factores de la TAS 20, se pudo comprobar que los factores 1 (dificultad para reconocer sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan la activación de las emociones) y 2 (dificultad para describir los sentimientos a otras personas) tienen una moderada asociación entre ellos. El nexo entre estas dos características sería el constructo de alexitimia, dado que cada una de ellas alude a dos de sus manifestaciones propuestas por la teoría (Martínez y Ortiz, 2000). Por lo tanto, parece ser que las personas que presentan una dificultad en el reconocimiento de sentimientos y en su diferenciación de las sensaciones fisiológicas (factor 1) presentarían también una dificultad para describir sus sentimientos a las otras personas (factor 2).

Esto tiene lógica debido a que si es que la persona no puede identificar el sentimiento que experimenta (factor 1), al no tener un significante para esa sensación física –emoción– que vive, la tarea de poder explicar qué es lo que experimenta afectivamente (factor 2) se le hace imposible. Estos resultados nos muestran que el lenguaje, específicamente el significante estaría cumpliendo una función importante en el procesamiento afectivo, fungiendo como elemento organizador de las sensaciones fisiológicas, facilitando entonces el procesamiento de los afectos.

Sin embargo, se encuentra que el factor 3 de la TAS 20 (estilo de pensamiento orientado hacia lo externo) presenta dificultades en esta población, tanto en la

correlación con los otros factores como en su consistencia interna. En primer lugar, correlaciona de manera baja con el resto de factores de la prueba. Esto indicaría que el factor 3 mide un aspecto distinto al de los otros factores considerados en la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS 20). Esto se podría deber a que el factor 3 mide una característica de la alexitimia que es el centrarse en los aspectos superficiales o concretos de las situaciones debido a una dificultad para conectarse con los afectos en dichos momentos; mientras que los otros dos factores miden más bien características bastante distintas a esta, como lo son las dificultades en la identificación y la comunicación de los sentimientos. El factor 3 mide un tipo de enfoque en cierto tipo de estímulos (los superficiales), mientras que los otros dos factores nos hablan del procesamiento a nivel de pensamiento y lenguaje de los estímulos. Podría ser que para esta muestra los problemas en la comunicación e identificación de los sentimientos (factores 2 y 1 respectivamente) se puedan presentar, usualmente juntas, sin necesariamente implicar la tercera dimensión de la alexitimia reconocida por los autores que trabajan el constructo de la alexitimia (Bagby, Parker & Taylor, 1994; Velasco, 2000), que es un pensamiento orientado hacia los aspectos superficiales o un pensamiento concreto (factor 3).

Estos resultados nos indican que el factor 3 (pensamiento orientado hacia lo externo) podría medir una dimensión accesoria a la condición alexitímica y por lo tanto tenga pocas probabilidades de presentarse en aquellos con niveles elevados de dificultad en la identificación y comunicación de los sentimientos.

En segundo lugar, los ítems del factor 3 obtuvieron correlaciones nulas o bajas con el total de ítems del mismo factor. Esto indicaría que tampoco funciona como la medida de una única característica. Por ello, no estaría siendo una fuente confiable en esta población para medir el pensamiento orientado hacia lo externo o superficial. Una posible explicación es que los ítems del factor 3 son bastante distintos en cuanto a contenido entre sí. Por ejemplo, el ítem 19 (“Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales”) mide una característica muy distinta que el ítem 18 (“Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio”), siendo ambos parte del factor 3. A manera de aclaración, podemos notar que ambos ítems tienen la intención de medir un estilo de pensamiento concreto, sin embargo las manifestaciones por las que pretenden medirlas son bastante diferentes; por un lado, el ítem 19 remite al sujeto a pensar si suele utilizar estrategias más introspectivas, como la indagación de sus sentimientos para la resolución de ciertos problemas, mientras que el

ítem 18 lo lleva a pensar en sus sentimientos asociados a la soledad, es decir en una sensación específica. Lo que puede notarse de este factor es que por un lado recoge información acerca de cómo el individuo afronta distintas situaciones desde el plano emocional, es decir si utiliza el mundo emocional para entender las situaciones y por otro lado, qué característica tiene esa experiencia afectiva. Por lo tanto, parece ser que por el contenido este factor, podría dividirse en los ítemes orientados a indagar en el grado de introspección de la persona y por otro lado en la pobreza de la experiencia afectiva del individuo ante distintas situaciones.

El factor 3, al presentar ítemes tan distintos en cuanto a la manifestación del pensamiento enfocado en lo superficial, no estaría funcionando como un conjunto de ítemes que mide una característica específica. Más bien pareciera funcionar como varias dimensiones del pensamiento enfocado en lo externo o superficial, que sería parte de la condición alexitímica. Además, este factor presenta una mayor concentración de ítemes redactados en forma negativa, los cuales suelen ser más difíciles de responder, tal como lo manifiestan investigaciones transculturales como la de Loiselle y Cossette (2001). Este aspecto también podría influir en la pobre confiabilidad del factor.

Estos resultados coinciden con lo encontrado en la validación transcultural realizada por Páez, Martínez-Sánchez, Velasco, Mayordomo, Fernández y Blanco (1999) en España. En esta se demuestra que el factor 3 es el más insatisfactorio en los análisis de validez estructural y confiabilidad, en comparación con los otros dos factores de la escala. Asimismo, este factor también presentó problemas en las investigaciones realizadas por Moriguchi et al. (2007) y Fukunishi, Nakagawa, Nakamura, Kikuchi y Takubo (1997) en Japón.

A partir de ello, se puede sostener que las dificultades de este factor serían transculturales y tendrían como origen una dificultad en la medición de la alexitimia -ya que es un constructo difícil de captar mediante autoreportes (Suslow, Kersting, Ohrmann & Arolt, 2001)- y de esta dimensión del constructo. Asimismo, podríamos plantear que dentro del tercer factor podrían encontrarse por lo menos 2 dimensiones distintas de la alexitimia y no una sola, pudiendo ser la división de la alexitimia en tres factores poco precisa.

En síntesis, podemos afirmar que para esta muestra al igual que para diferentes muestras de Japón y España, el grupo de ítemes que componen el factor 3 no se comportan como una unidad de medida del pensamiento enfocado en los aspectos externos, característico de la alexitimia. Asimismo, en nuestra muestra, no se relaciona

de manera significativa con los demás factores. Por lo tanto, podríamos cuestionar la relevancia del factor 3 de la TAS 20, como componente para medir la alexitimia o también cuestionar dicha dimensión como componente indispensable del cuadro de la alexitimia.

La distribución factorial exploratoria realizada en este estudio arroja 6 factores, a diferencia de la distribución original de 3 factores. En esta agrupación de 6 factores se obtuvo que los factores originales 1 (dificultad para reconocer sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas, que acompañan la activación de las emociones) y parte del 2 (dificultad para poder hacer una descripción de los sentimientos a otras personas) se fusionaron en un solo factor que podríamos decir mide la dificultad en la identificación de los sentimientos y en la comunicación de estos a través del lenguaje verbal. Puntuaciones elevadas en este nuevo factor implicarían que la persona tendría problemas para identificar qué sentimiento está experimentando y luego comunicarlo a otra persona si es que requiere ser comunicado. Esto corrobora la relación hallada entre los factores 1 y 2 analizada párrafos más arriba.

Podemos decir entonces, que para la muestra utilizada en nuestra investigación, los factores 1 y 2 originales estarían siendo dimensiones muy relacionadas de la alexitimia. Por lo tanto, parece ser que la diferencia entre la identificación del sentimiento que se está experimentando (factor 1) y poder comunicarlo mediante el lenguaje verbal (factor 2) es bastante sutil.

Por ejemplo, el ítem 2 “Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos” (factor 2) y el ítem 1 “A menudo me encuentro confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo” (factor 1). Los dos ítemes son sumamente similares porque ambos tienen como idea central la poca precisión para nombrar un afecto, la diferencia tan solo residiría en que en el ítem 2 se enfatiza en la dificultad para expresar verbalmente el afecto, sin embargo esta diferencia es sutil, sobre todo para un adolescente con bajos niveles educativos que podría no estar acostumbrado a distinguir entre hablar de sus afectos y discriminarlos entre sí.

Los ítemes 4 y 12 que en la escala original pertenecían al factor 2 no se fusionaron con los ítemes del factor 1 a diferencia del resto de los reactivos de dicho factor. Ambos ítemes coinciden en que presentan una formulación verbal distinta a la de los tres ítemes que sí se fusionaron al factor 1. Mientras que los tres ítemes fusionados comienzan con la frase “Me es difícil...”, y remite a quien los responde a pensar en sí mismo y específicamente en la dificultad que tendría para cierta acción, los ítemes 4 y

12 se formulan como “Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente” y “La gente me dice que describa mis sentimientos” respectivamente. El ítem 4 invoca al individuo a pensar en la capacidad y no la dificultad para cumplir cierta función. Asimismo, el ítem 12 remite al individuo a pensar en lo que otras personas le exigen, lo que implica pensar en lo que sucede con el otro y no en lo que sucede con uno, tal como lo exigen los ítemes que se agruparon a un único factor. Así parece ser que el comportamiento distinto que tuvieron el ítem 4 y el 12, con respecto a los demás ítemes del factor 2, se debió a que a diferencia de los demás, no indagan por una dificultad de la persona que responde a la prueba. Probablemente, esto los hizo formar parte de factores diferentes.

Los ítemes del factor 3 así como el 4 y el 12 pertenecientes al factor 2 se dispersaron en 5 factores más. Estos estuvieron conformados por dos, tres o cuatro ítemes como máximo. Por ello, mencionamos que la distribución factorial original de la prueba no se pudo replicar en la muestra usada para esta investigación. Esta diferencia entre el comportamiento original de la prueba y el comportamiento que tuvo con nuestra muestra podría explicarse porque la muestra está conformada por adolescentes, que son una población que estaría más propensa a tener dificultades en la comprensión de sus emociones; además, son alumnos de colegios estatales, que como población presentan un grado de comprensión muy bajo, y la TAS 20 requiere, para ser respondida adecuadamente, niveles de comprensión e introspección elevados.

Como mencionamos párrafos más arriba, Loisel y Cossette (2001) realizaron una validación transcultural de la TAS 20 con una población de la selva peruana y encontraron que debido a factores culturales, la prueba no obtuvo comportamientos similares al que hallaron en poblaciones norteamericanas. En la población peruana se vio mayor dificultad en la respuesta de los ítemes negativos y del factor 3 en general. Esto se pudo comprobar al hacer un análisis factorial confirmatorio eliminando los ítemes del factor 3 y los ítemes negativos y comparar estos resultados con aquellos resultados obtenidos con los tres factores. El ajuste del modelo fue mejor cuando se realizó esta eliminación.

Los autores mencionan que se realizó una entrevista que tenía como objetivo observar la manera en que los sujetos de la selva peruana que formaban parte de la muestra respondían a la prueba y hallaron que estos usaban un lenguaje concreto para referirse a sus emociones, así como un lenguaje referido al cuerpo, como por ejemplo “...después de lo que pasó entre mi enamorado y yo, me sentí mal del estómago” (p.358). El hecho de que las personas de la selva peruana se hayan referido a sus

sentimientos con un lenguaje referido al cuerpo parece influir en la medición del constructo de alexitimia, sobre todo en cuanto a la distinción entre sentimientos y sensaciones fisiológicas.

Es así que tomando la información de la investigación realizada en la selva peruana, unida a los resultados de nuestro estudio, podemos afirmar que la TAS 20 presenta dificultades, sobre todo en su composición factorial original, en distintas poblaciones peruanas al igual que los problemas psicométricos de la TAS 20 demostrados alrededor del mundo (Fukunishi et al., 1997; Loïselle & Cossette, 2001; Moriguchi et al., 2007; Páez et al., 1999), sobre todo en cuanto a la consistencia y validez del factor 3.

Creemos que en la población peruana las dificultades para hablar de los afectos, generada por patrones culturales, como por ejemplo en el caso de poblaciones marginales (Sivak & Wiater, 1998) o algunas culturas que enfatizan el colectivismo (Páez, Fernández & Mayordomo, 2000) como podría ser el caso de algunos sectores de la población peruana, podrían acrecentar la dificultad de medir la alexitimia mediante la TAS 20.

A continuación, se presenta una mayor explicación de los fenómenos culturales que podrían contribuir en hacer de la alexitimia un constructo difícil de medir en distintas poblaciones peruanas. Las poblaciones colectivistas, como muchos sectores sociales en Perú, tenderían a hablar menos de los propios sentimientos debido a que no se valora que las personas se refieran y se centren en sí mismos y más bien es valorado el interés que se presta a la comunidad. Es por ello que no se le presta mucha atención a los fenómenos intrapsíquicos como los sentimientos, haciendo de la introspección una característica menos valorada que en otras poblaciones. Sin embargo, se debe tener en cuenta que no todas las personas de sociedades colectivistas manifiestan una pobre introspección, sino que es una característica a la que tenderían las sociedades colectivistas en general (Páez, Fernández & Mayordomo, 2000).

Los escolares del distrito de Independencia son, en su mayoría, la tercera generación de familias de migrantes de la sierra, principalmente de la zona de Huaraz. La sierra peruana se caracteriza por tener poblaciones con un marcado colectivismo, como lo demuestra la práctica antigua de la minka o trabajo colectivo realizado por la comunidad para el servicio de sí misma. Entonces, el legado cultural del colectivismo podría ser una de las razones por las que la prueba presenta dificultades en las distintas poblaciones peruanas.

Se conoce además que las personas provenientes de la sierra peruana manifiestan sus emociones a través de lo somático, es decir, usan palabras referidas al cuerpo, como por ejemplo indican dolores de cabeza o de estómago, para expresar sus dolencias emocionales (Theidon, 2004). Podría ser que esta característica cultural esté influyendo al momento que las personas responden a la TAS 20, sobre todo en las dificultades para responder ítemes que demandan un esfuerzo introspectivo y no solamente basado en aspectos externos o superficiales, como las sensaciones fisiológicas. Por ejemplo, el ítem 17 (“Me es difícil mostrar mis sentimientos más profundos, incluso a mis amigos más íntimos”) requeriría de un ejercicio de pensar acerca de los sentimientos más nucleares y abstractos y tal vez si una persona no suele hacer este ejercicio introspectivo comúnmente, tendría dificultades al responder un enunciado de ese tipo que implica pensar en los sentimientos.

Por último, es necesario realizar más estudios factoriales confirmatorios para la TAS 20 con otras muestras, por ejemplo de universitarios. Asimismo, la investigación de distintas maneras para medir la alexitimia son indispensables para encontrar las maneras más adecuadas de hacerlo.

Sin embargo, a pesar de las necesidades de mayor investigación con respecto a la TAS 20, dos de los factores de ella funcionan adecuadamente para nuestra muestra y por lo tanto los análisis de la información arrojada por la prueba se continuarán haciendo, enfatizando en ambos factores.

Alexitimia y características sociodemográficas

Habiendo hecho un análisis del comportamiento de la TAS 20 en nuestra muestra pasaremos a analizar los niveles de alexitimia según las características sociodemográficas. Los resultados indican que no existe una diferencia estadísticamente significativa en cuanto a los puntajes de alexitimia según sexo, edad y tiempo de residencia en Lima. Hay investigaciones que refieren no haber encontrado diferencias según la edad (Custodio, 2002) y otras, como la de Moriguchi et al. (2007) demostraron que las diferencias se encuentran entre adolescentes y adultos. En nuestra muestra creemos que no hubo diferencias significativas debido a que el rango de edad era muy pequeño (de 15 a 19 años).

En relación con las diferencias de género, al igual que lo propuesto por la teoría (Sivak & Wiater, 1998), no se encontraron diferentes puntajes entre hombres y mujeres. Estos resultados son distintos a los encontrados por Custodio (2002) quien halló que los

hombres presentaban mayores niveles de alexitimia. Ella explica que los hombres puntúan más alto debido a que culturalmente está desvalorizado que expresen abiertamente sus emociones, pudiendo significar esto para ellos un signo de debilidad o de poca masculinidad.

En cuanto al tiempo de residencia en Lima, los resultados indican que no existe diferencia entre aquellos que han vivido más de 5 años en Lima y aquellos que no, por lo que podemos decir que para nuestra muestra las diferencias culturales entre los participantes no generan una diferencia en el puntaje de alexitimia. Pensamos que las características culturales del grupo son bastante homogéneas y en la mayoría de casos, los participantes que son residentes de Lima desde hace más de 5 años suelen criarse bajo condiciones sumamente similares a las de los participantes que llegaron a la ciudad hace menos de 5 años, ya que el grupo que tiene mayor tiempo de residencia en Lima también es descendiente de migrantes en su mayoría.

Autolesiones y características sociodemográficas

Habiendo discutido la asociación entre la alexitimia y las características sociodemográficas, pasaremos a analizar detalladamente las autolesiones. La incidencia encontrada de autolesiones en este estudio es similar a la hallada en otras investigaciones alrededor del mundo, como en Turquía (Zoroglu et al., 2003), Estados Unidos (Muehlenkamp & Gutierrez, 2004; Lloyd Richardson et al. 2007) y Canadá (Laye-Gindhu & Schonert-Reichl, 2005). Por ello, decimos que la autolesión es probablemente un comportamiento que trasciende lo cultural y que si bien está influenciado por los factores particulares y sociales -ya que parece ser que en determinadas poblaciones suele darse con mayor frecuencia debido a factores como comunicación con los padres o niveles de bullying en el colegio (Portzky, De Wilde & Van Heeringen, 2008)-, es una conducta que parece ser parte de las expresiones humanas.

En lo que refiere a las diferencias según el sexo, las mujeres de la muestra fueron las que manifestaron una mayor incidencia de conductas autolesionantes, a diferencia de lo que se indica en otras investigaciones (Gratz, 2007; Gratz & Chapman, 2006; Lloyd-Richardson et al., 2007). Al parecer, las mujeres estarían dirigiendo la agresión hacia sí mismas en vez de dirigirla hacia un objeto externo, como lo estarían haciendo la mayoría de hombres. Mc Williams (1994) explica que las mujeres que han sido abusadas de niñas adoptan un patrón de manejo de la agresión masoquista,

expresando la agresión hacia sí mismas, mientras que los hombres tienden a usar el mecanismo de defensa de la identificación con el agresor y por lo tanto expresan su agresión hacia los otros, tendiendo a un patrón sádico. La autora explica que esto podría darse debido a que el niño abusado prevé que en un futuro él tendrá la fortaleza física que le permitirá manejar el trauma en un sentido proactivo, mientras que la mujer prevé que no tendrá la fortaleza física para hacerlo y deberá buscar otras maneras, entre ellas la expresión de la autoagresión para lidiar con el trauma generado por la agresión del abuso. Esta teoría podríamos aplicarla no solamente a situaciones de abuso sexual en la niñez, sino a las situaciones de maltrato en general. Debido a que las investigaciones encuentran una notable relación entre las autolesiones y situaciones de maltrato (incluido el abuso sexual) en la infancia (Gratz, 2007; Gratz & Chapman, 2006; Linehan, 1993) esta teoría podría ser una hipótesis explicativa de la diferencia en cuanto a la incidencia de autolesiones según sexo. Esto obedecería a la explicación del autocastigo planteada por Klonsky (2005) en su revisión teórica.

Aquellas personas que han vivido desde hace menos de cinco años en Lima tienen menor incidencia de autolesiones que aquellos que viven en Lima desde hace 5 años ó más. Esto podría estar indicando que al parecer quienes han crecido en una metrópoli como Lima son más propensos a autolesionarse que aquellos que han vivido en ciudades más pequeñas. Una hipótesis es que las personas que viven en ciudades más grandes están también expuestas a mayores estresores, como la violencia, durante su desarrollo y esto podría acrecentar las posibilidades que se autolesionen más adelante. Como vimos anteriormente, el abuso sexual y el maltrato infantil, ambos manifestaciones de violencia, presentan una gran relación con las autolesiones (Gratz, 2007; Gratz & Chapman, 2006). Algunos datos brindan evidencia a que Lima sería una ciudad con mayor exposición a estresores, ANAR –Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo- (2005) manifiesta que la mayor cantidad de llamadas que recibió de personas que reportaban un abuso sexual eran provenientes de Lima Metropolitana. Por su parte, el INEI (Instituto Nacional de Estadística) (1997) afirma que en el año 1997 la Policía Nacional del Perú (PNP) manifestó que Lima era la ciudad con el mayor número de intervenciones y detenidos durante dicho año. Ambos datos institucionales demuestran que las personas que crecen en Lima se encuentran más expuestas, en comparación a personas que viven en provincias, a estar en contacto con eventos violentos.

Otro factor que podría influir en la mayor incidencia de las autolesiones en los adolescentes que han vivido mayor tiempo en Lima podría ser el aislamiento que se

suele dar en las ciudades grandes como Lima. El aislamiento suele ser mayor que en las pequeñas ciudades ya que en estas últimas las personas suelen pasar su tiempo libre con personas a las que conocen. En las ciudades grandes como Lima las personas suelen permanecer mayor tiempo dentro de sus casas y ver televisión o realizar alguna actividad más solitaria, en cambio en las ciudades y pueblos de provincia se suele salir a la plaza o algunos espacios sociales y se está en constante contacto con otras personas conocidas, teniendo los padres un mayor conocimiento de qué podría estar haciendo su hijo y asimismo los niños se encontrarían generando lazos sociales fuertes. El aislamiento de ciudades grandes contribuye a que las redes sociales de las personas disminuyan y, siguiendo a Faust (2005), esto contribuiría al incremento de las autolesiones en la población.

En relación a las principales preocupaciones de los adolescentes, los resultados indican que, para aquellos que se autolesionan, estas son las que hemos denominado “problemas de tipo personal”. Estos incluyen frases como “el tipo de vida que llevo” o “preocupaciones por la conducta que tengo”, denotando un malestar dirigido hacia conductas que estos adolescentes sienten como egodistónicas, ocasionándoles malestar al observar que incurren en acciones que salen de la norma y podrían ser consideradas por ellos mismos y por otros como anormales. Entonces, nuestra hipótesis es que las conductas autolesionantes estarían relacionadas a problemáticas que los adolescentes perciben como psicopatologías diversas. Aquellos que no se autolesionaban tuvieron menor incidencia en la manifestación de este tipo de problemáticas. Esto se podría deber a que quienes se autolesionan tendrían probabilidades de cumplir con los criterios diagnósticos de algunos trastornos psiquiátricos, denotando problemas psicológicos en diversas áreas de su funcionamiento. Asimismo, este tipo de preocupaciones podrían obedecer a la creencia que plantea la teoría cognitivo conductual, de que aquellos que se autolesionan piensan de manera maladaptativa que ellos son despreciables (Favazza, 1996).

En esta investigación se encontró que el comienzo de la adolescencia o pubertad es la etapa en la que la mayoría de las personas se comienza a autolesionar. Esto concuerda con investigaciones realizadas en otros países, como por ejemplo México (González, Álvarez, Saldaña, & Carreño, 2003). Parece ser que independientemente de la cultura, éste fenómeno comienza en esta etapa del desarrollo. Este hallazgo apoyaría la noción de que existiría algo en el cambio de niño a adolescente que estaría siendo crucial para el acto de autolesionarse. Podríamos hipotetizar que se podría deber al

surgimiento de un cuerpo adulto no deseado, o también a la culpa que surge por el cambio abrupto e intenso en el área de la sexualidad (Klonsky, 2005). Entonces, los temas de identidad, específicamente los impulsos y las emociones fluctuantes hacia el nuevo cuerpo y hacia lo que implica la metamorfosis del cuerpo (incluidas la capacidad sexual naciente y la identificación con figuras adultas del pasado, entre otras que se deben estudiar) serían de suma relevancia en el acto de autolesionarse.

Con respecto a cómo afrontan los adolescentes de nuestra muestra sus problemas, pudimos notar que, tanto las personas que se autolesionan como las que no lo hacen, suelen expresarle a otros sus problemas por igual. Parece ser que el compartir el sufrimiento con otras personas no evita el acto de autolesionarse. Es así que un mayor soporte social parecería no brindar elementos suficientes como para evitar las autolesiones.

Los reportes indican que la manera más común de autolesionarse son los cortes en la piel. La sensación de poder ver el tejido interno y de percibir el sangrado hace sentir vivos y “reales” a los autolesionantes (Favazza, 1996; Mc Williams, 1994) y les brinda placer. Favazza también sostiene que la necesidad de llamar la atención de algunas personas que se autolesionan suele verse satisfecha en rasgos tan notables como los cortes en el cuerpo. Los cortes también serían recurrentes puesto que detendrían los episodios de despersonalización sufridos por algunas personas que se autolesionan (Favazza, 1996; Klonsky, 2005). Aquellos episodios están marcados por un malestar intenso debido a que la persona siente que no es ella misma, es decir se siente a sí misma como ajena, irreal, extraña o se ve a sí misma como poco familiar (Sadock & Sadock, 2004).

En nuestra investigación encontramos que los desencadenantes más frecuentes de las autolesiones son los problemas familiares. Entre ellos se encuentran las peleas, la sensación de ser dejado de lado o ignorado y el maltrato sentido de parte de los familiares. Nuevamente se comprueba la gran importancia que para los seres humanos tienen los vínculos familiares. Es así que podemos afirmar, al igual que Parkar, Dawani y Weiss (2006), la importancia que tienen los conflictos familiares como variable desencadenante de conductas nocivas para uno mismo, como son las autolesiones.

A partir de este hallazgo que denota la importancia y prevención que brindan los buenos vínculos familiares en cuanto a las autolesiones, sumado a que la comunicación de los problemas a otra persona no es un factor protector para las autolesiones –tal como mencionamos líneas más arriba–, podemos sugerir que el riesgo frente a la incidencia de

autolesiones se daría por una mala calidad de soporte social, más que por la inexistencia de este. Podríamos hipotetizar que la calidad del soporte social podría jugar un papel importante en la conducta de autolesionarse. Así, un soporte social de alta calidad o que cumpla satisfactoriamente la función de contener a la persona podría servir de variable preventiva frente a las autolesiones. Sin embargo, se necesitarían estudios más específicos para corroborar esta hipótesis.

En cuanto a la utilización de las redes de soporte social por parte de los adolescentes de la muestra que se autolesionan, en su mayoría, no suelen comentar sus episodios de lesión con alguien debido principalmente a la vergüenza que el cometer dichos actos les genera. Es probable que cuenten con alguien para conversar, pero que no lo hagan por temor a lo que ésta persona les dirá. Esto nos estaría señalando también que existen algunas personas que se autolesionan que podrían haber incorporado un objeto sádico, que en este caso las criticaría por lo que han hecho, en vez de brindarles un apoyo. Tal vez, la incorporación de elementos superyoicos que propicien castigos tan severos (Kernberg, 1979) puede también tener relación con el mismo acto de autolesionarse, si es que éste sea entendido como un castigo. Asimismo, la censura social que despiertan las autolesiones podría influir en que los participantes de nuestra investigación que lo hacen no lo expresen a otras personas. Como hipótesis podríamos plantear que la censura social severa y punitiva podría surgir como una reacción “contratransferencial” de la sociedad, actuando como el objeto sádico que castiga a aquel que se autolesiona, si es que la lesión es entendida como producto de dinámicas masoquistas, tal como la explican en algunos casos Mc Williams (1994) y Kernberg (1979).

La principal red de soporte emocional que utilizan los escolares después de haberse autolesionado, es la de los amigos. Esto se debería al hecho de que al dejar de ser niños ya dejan de contar con los adultos como guías y ayudantes y más bien dirigen la comunicación de sus experiencias personales a personas de su edad. El ser escuchado por un par resultaría ser menos amenazante para el adolescente, puesto que la posibilidad de ser censurado es menor y más bien la probabilidad de recibir una respuesta empática es alta. Esto se podría deber a que los adolescentes suelen rechazar actitudes excluyentes y más bien pretenden adoptar una aceptación de aquellos que son “iguales a ellos”. Las amistades en esta etapa, y ya no los padres, comienzan a ser el núcleo de la atención y relación del adolescente (Castillo, 2007).

La segunda causa con mayor incidencia es la tristeza, la soledad y la culpa. Éstos tres sentimientos son parte de la sintomatología depresiva, por lo que podemos decir que la depresión es un factor importante en la incidencia de las autolesiones, tal como fue hallado en otras investigaciones (Klonsky, 2005; Parkar, Dawani & Weiss, 2006; Lambert & De Man, 2007). Podríamos ser más específicos y decir que un estado de ánimo depresivo y no la depresión misma (cumpliendo todos los criterios de los manuales psiquiátricos como el DSM-IV-TR) parecen tener relación con las autolesiones.

Si las autolesiones se manifiestan en momentos en que la persona está experimentando un estado de ánimo depresivo, podemos decir que las autolesiones concuerdan con lo que Freud (1917) planteaba con respecto a la agresión en los estados depresivos –que él llamaba melancólicos-. Estaría existiendo una identificación con el objeto perdido –ya que suele existir la angustia por la pérdida de algo, alguien o alguna idea- y la agresión que inconscientemente se siente hacia ese objeto se vuelve contra uno mismo, es decir hay una regresión narcisista de la libido. Así, las autolesiones serían una manifestación impulsiva de la vuelta contra sí mismo de la agresión durante los episodios afectivos depresivos. Esto concuerda con Klonsky (2005), ya que encuentra que el motivo más común para autolesionarse es reducir los afectos “negativos”, como por ejemplo la rabia, la tristeza, el sentirse abrumado y la frustración.

Sin embargo, Klonsky (2005) también explica que las autolesiones funcionarían como un canal de regulación afectiva al momento de sentir dichas emociones “negativas”, en las que también se encuentran la ansiedad y el estrés. Tal vez, las autolesiones podrían ser, a la vez, una manera que satisfaga ambos objetivos, por un lado, calmando y controlando la emoción displacentera, y por el otro, mediante una acción que sea agresiva hacia sí mismo.

No se puede afirmar que todo aquel que experimenta un estado de ánimo depresivo se autolesiona, sino que deben cumplirse otras características específicas, como una pobre regulación de los impulsos (Favazza, 1996) para que las personas cometan estos actos.

Antes de terminar con esta discusión de los resultados referidos a las autolesiones, es importante mencionar que una limitación de nuestra investigación en cuanto al recojo de información de las autolesiones es que la pregunta que se utilizó para saber si es que la persona se había autolesionado o no (“¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito (sin la intención de morir?)”) pudo haber

sido más precisa, especificando los tipos de autolesiones. Pensamos por lo tanto, que para poder hacer estudios correlacionales con autolesiones de ciertos tipos específicos, convendría utilizar una pregunta como “¿Alguna vez te has herido, cortado o quemado a propósito (sin la intención de morir)?”. Esta pregunta permitiría investigar tipos de autolesiones específicos, dejando de lado la interpretación de “hacerse daño” a los participantes del estudio quienes pueden interpretar esta frase de diversas formas que pueden no ser consideradas autolesiones según la definición de la que parte la investigación. Debido a que en nuestra investigación se tomó en cuenta las intoxicaciones con la intención de hacerse daño como autolesiones, el índice de adolescentes que se habían autolesionado aunque sea una vez puede ser mayor que el encontrado en otras investigaciones que parten desde una definición de autolesiones distinta de la que partimos nosotros y que no incluye las intoxicaciones.

Relación entre alexitimia y autolesiones

A continuación pasaremos a la discusión de la relación entre la alexitimia y las autolesiones. Esta relación fue analizada de dos maneras. En primer lugar, se optó por dividir la muestra en 3 grupos de corte, según los niveles de alexitimia, para así poder observar los casos de autolesiones que se presentaban en cada uno de los grupos. Se concluyó (mediante el χ^2) que existían diferencias significativas en la incidencia de autolesiones según los distintos grupos. El grupo de mayor nivel de alexitimia presentaba la mayor incidencia de adolescentes que se habían autolesionado, mientras que el grupo con los niveles más bajos presentaba la menor incidencia de casos de autolesiones. Por lo tanto, podemos postular que la alexitimia tiene un rol influyente en las conductas autolesionantes, frente a la incapacidad para expresar problemáticas afectivas mediante el lenguaje y el pensamiento, y se buscan otras formas de expresión a través del cuerpo. Es así que concluimos que a mayores niveles de alexitimia, también se encuentran mayores probabilidades de haber cometido una autolesión. Asimismo, también sostenemos que se podría encontrar en las personas que se autolesionan características alexitímicas asociadas. En segundo lugar, se hicieron también análisis correlacionales y estos indicaron que existía una relación baja entre estos dos constructos.

Habiendo explicado estos dos tipos de análisis realizados para observar la relación que existe entre la alexitimia y las autolesiones, podemos decir que esta relación existe, pero que la alexitimia no es una condición que lleve a la persona a

autolesionarse y que aquellos que se autolesionan no necesariamente demuestran niveles elevados de alexitimia. La baja correlación entre la alexitimia y las autolesiones nos demuestra que existe una relación entre estos dos constructos, pero que se presentan otras variables que influyen en el acto de autolesionarse. Basándonos en otros estudios podemos hipotetizar que variables como una historia de maltrato infantil, incluido el abuso sexual (Gratz & Chapman, 2006; Gratz, 2007), la depresión (Lambert & De Man, 2007), la tendencia a manipular (Lloyd Richardson et al., 2007) y la impulsividad (Favazza, 1996), entre otras, influirían en las autolesiones. Podríamos mencionar a partir de estos análisis que la alexitimia sería un factor asociado a las autolesiones, siendo importante tomarlo en cuenta al momento de considerar un diagnóstico y la propensión a incurrir en este tipo de conductas.

La investigación de Lambert y De Man (2007) nos muestra cómo existe una relación entre las autolesiones y la alexitimia cuando es incluida la variable depresión en la correlación. Esto quiere decir que la depresión estaría mediando la relación entre estos dos constructos. En otras palabras, las autolesiones se estarían cometiendo en personas con elevados niveles de alexitimia, si es que estas experimentan un episodio depresivo. Cabe la pena resaltar que en el estudio hecho por Lambert y De Man solo se tomó en cuenta la variable depresión y no otras que también podrían actuar como mediadoras entre la alexitimia y las autolesiones. En nuestra investigación también hallamos que el estado de ánimo depresivo era un importante motivo por el cual los adolescentes se habían autolesionado. Por ello, podríamos decir que si es que una persona con niveles elevados de alexitimia pasa por una situación que le genere un estado de ánimo depresivo -es decir, soledad, tristeza y culpa- podría expresar la autoagresión -que suele manifestarse por los autoreproches- mediante actos lesionantes de sí misma. Laye-Gindhu y Schonert-Reichl (2005) y Lloyd Richardson et al. (2007) también hallaron que las autolesiones suelen darse en momentos que las personas experimentan sentimientos ‘displacenteros’, refiriéndose también a sentimientos de carácter depresivo.

Sin embargo, como mencionamos anteriormente las autolesiones podrían darse en episodios displacenteros debido a que ayudan a regular las emociones sentidas en ese momento y esto, siguiendo a Klonsky (2005), podría obedecer a una regulación fisiológica en la que el displacer disminuye a causa de una estimulación de los opioides endógenos generados por la autolesión (Favazza, 1996). Lo que quedaría aún irresuelto sería si es que es una manera de regular los afectos, ¿por qué no se hace mediante

actividades que no implican una autoagresión como el deporte u otra actividad menos nociva para la propia persona?

Como ya mencionamos, es importante resaltar que no solamente las personas que experimentan afectos o estados depresivos y que además presentan niveles elevados de alexitimia tengan una elevada probabilidad de autolesionarse. Las autolesiones son conductas multicausales y por ello dependen en cada caso de factores diversos y pueden cumplir distintas funciones. El estudio de Lloyd Richardson et al. (2007) encontró que las autolesiones se daban para influir en otra persona, por lo que podrían fungir como manipulación de otras personas.

En síntesis, podemos decir que no basta con que una persona no pueda lograr el procesamiento de los afectos a nivel de pensamiento y mediante el lenguaje, sino que una variable importante es estar atravesando un momento de conflictiva intensa –principalmente familiar- o un estado de ánimo depresivo (probablemente generado por el conflicto familiar). Esta combinación de ánimo depresivo con niveles elevados de alexitimia podría llevar a que las personas estén en riesgo de cometer autolesiones, pero para afirmar esto con mayor certeza se necesitarían investigaciones futuras. Entonces, siguiendo los análisis realizados con el χ^2 podemos decir que a mayor nivel de alexitimia, existiría una mayor predisposición a haber incurrido en autolesiones, pero que las variables de depresión y de conflictos familiares son sumamente relevantes para que las autolesiones se cometan.

Se procedió luego a hacer correlaciones más minuciosas entre las autolesiones y cada uno de los factores de la prueba para poder observar el comportamiento de estas. Se excluyó el factor 3 debido a su pobre funcionamiento como un factor unitario. Asimismo, se hizo los análisis del factor 2 con el ítem 12 –que mostraba una pobre correlación con el resto del factor- dado que fue neutralizado.

Se puede notar que el factor 1 (dificultad para discriminar entre las sensaciones fisiológicas y los sentimientos) tiene una mayor correlación significativa con el cometer autolesiones que los otros dos factores que componen la prueba, tal como también lo hallaron Lambert y De Man (2007) en su investigación. Podríamos entonces afirmar que este factor específico podría estar más relacionado con el acto de autolesionarse que los otros dos, siendo una de las variables presentes en este tipo de actos. Es por ello que parece ser que la experiencia del no poder identificar lo que se está sintiendo podría predisponer a que las personas cometan autolesiones.

La correlación entre el factor 1 y la incidencia de autolesiones es más alta que la del puntaje total de la prueba con la incidencia de autolesiones. Por ello, podemos decir que parece ser que la dificultad para discriminar entre las sensaciones fisiológicas y los sentimientos tendría mayor relación con la incidencia de autolesiones que con todas las características de la alexitimia en su conjunto. Esta característica de la alexitimia sería la que tiene mayor relación con las autolesiones debido a que implica un pobre entendimiento y conocimiento de lo que se siente y por lo tanto un menor control sobre esas emociones. Podríamos hipotetizar, siguiendo los hallazgos de Klonsky (2005), que las personas que se autolesionan estarían buscando cierto control sobre esas emociones displacenteras, ya que probablemente, al no poder nombrarlas, estarían sintiendo un pobre control sobre la situación emocional, que es acompañado por un mayor malestar y por ello recurrirían a mecanismos de regulación mediante la acción, como son las autolesiones. Parece que el malestar por no poder identificar los sentimientos sería lo que generaría más malestar –y por lo tanto más autolesiones- que el no poder comunicar los afectos a otras personas. Tal vez, el poco control que se tiene sobre las emociones no identificadas acrecentaría la intensidad con la que se vive las emociones displacenteras.

Por otro lado, la correlación entre el factor 2 y la incidencia de las autolesiones fue más baja que la del puntaje total de la prueba con la incidencia de autolesiones. Es por ello que se podría decir que la comunicación de los sentimientos no estaría tan asociada a las autolesiones como lo está la dificultad para identificar los sentimientos y discriminarlos de las sensaciones fisiológicas (factor 1). Este hallazgo nos permitiría observar cómo las autolesiones podrían darse influidas por la confusión experimentada a causa de no poder distinguir lo que se está sintiendo y más bien el acto de autolesionarse no tendría tanta relación con el hecho de no poder comunicar los sentimientos.

Una limitación de este estudio es que la muestra fue solamente de un colegio y por lo tanto los resultados no son aplicables a la población de adolescentes escolares limeños en general. Tal vez, puedan servir como indicadores aproximados aplicables a la zona de Tahuantinsuyo en Independencia.

Para una próxima investigación, se podrían relacionar las variables de maltrato infantil experimentado y autolesiones, para confirmar hipótesis que postularían que las autolesiones podrían ser generadas en parte, debido a haber crecido en ambientes maltratadores. Asimismo, se podría hacer una investigación cualitativa con pacientes

que manifiesten sus experiencias al autolesionarse y así poder tener una información más detallada de las características de estos episodios.

Como recomendación se plantea que para ciertas poblaciones peruanas se tome en cuenta la difícil comprensión de los ítems de la TAS 20, y que puede suscitar que el provecho de este cuestionario disminuya.

Con respecto a la alexitimia, se podrían generar nuevos instrumentos que puedan medir la alexitimia sin consignas que demanden un esfuerzo cognitivo tan elevado como lo exige la TAS 20. Suslow, Kersting, Ohrmann y Arolt (2001) plantean una crítica a la TAS 20 diciendo que no es lo óptimo medir la alexitimia mediante una escala de auto reporte y que ello podría traer dificultades al momento de responderla. Argumentan que personas con altos niveles del constructo, al presentar pobres niveles de introspección no podrían responder adecuadamente reactivos que impliquen pensar en matices de las vivencias emocionales.

Con respecto a las autolesiones, es de suma importancia que cualquier investigación referida a las autolesiones y a otros temas clínicos debe ser evaluada por una comisión de ética que decida si los procedimientos de investigación no serán nocivos para la muestra estudiada. Además, debido a que aquellos que se autolesionan suelen usar la red social de los amigos, se podrían iniciar campañas de prevención entre los adolescentes para capacitarlos en el manejo de situaciones de compañeros o amigos que se autolesionen y se lo comenten.

En conclusión, las personas que se autolesionan podrían presentar también niveles elevados de alexitimia. Asimismo, las personas que presentan niveles elevados de alexitimia podrían manifestar episodios en los que se autolesionan. Es así que confirmando lo que diversos autores plantean (Gratz, 2007; Lambert & De Man, 2007) la alexitimia sería una característica presente en los casos de personas que se autolesionan, sugiriendo que la dificultad para distinguir los propios afectos y comunicarlos tendrían una importancia en patologías de acto tales como las autolesiones. La baja correlación indica que esta relación se vería influenciada por otras variables como por ejemplo el estado de ánimo depresivo y los problemas familiares. Pensamos que la condición alexitímica podría contribuir en la incidencia de autolesiones, ya que siguiendo a Gratz y Chapman (2006), la dificultad en la expresión de las emociones contribuye a expresarse mediante actos.

Estos resultados nos permiten comprender de mejor manera un componente en la cognición de los afectos que estaría asociado a patologías de acción como las

autolesiones. Específicamente notamos que la pobre capacidad para captar las propias experiencias afectivas estarían asociados a manifestaciones impulsivas como las autolesiones. Esto ayuda a reforzar las teorías que planteaban que la alexitimia se encontraba asociada a las autolesiones.



Referencias bibliográficas

- Ahrens, S., Gyldenfeldt, H. & Runde, P. (1979). Alexithymia psychosomatische Krankheit und Instrumente Orientierung. *Psychotherapie, medizinische Psychologie*, 29 (5), 173-177.
- Aleman, K. (2007). Object relation quality, alexithymia, and defense mechanisms of drug abusers with antisocial personality disorder. *Social Behavior and Personality*, 35 (10), 1335-1352.
- Ayuda a Niños y Adolescentes en Riesgo. (2005). *Estudio descriptivo del abuso sexual a través del teléfono de ayuda a niños y adolescentes*. Extraído el 16 de agosto, 2009, de <http://www.anarperu.org/pdf/ABUSO%20SEXUAL.pdf>
- Bagby, R., Parker, J. & Taylor, G. (1994). The Twenty-Item Toronto Alexithymia Scale - I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38: 33-40.
- Beresnevaité, M., Taylor, G. & Bagby, M. (2007). Assessing alexithymia and type A behavior in coronary heart disease patients: A multimethod approach. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 186-192.
- Bodni, O. (1991). *Psicopatología general*. Buenos Aires: Editorial Psicoteca.
- Carvajal, G. (1993). *Adolescencia: la aventura de una metamorfosis. Una versión psicoanalítica de la adolescencia*. Bogotá: Tiresias.
- Castillo, G. (2007). *El adolescente y sus retos. La aventura de hacerse mayor*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Cooper, J., Kapur, N., Webb, R., Lawlor, M., Guthrie, E., Mackaway-Jones, K. et al. (2005). Suicide after deliberate self harm: a 4-year cohort study. *American Journal of Psychiatry*, 162, 97-303.
- Custodio, E. (2002). *Alexitimia y sentido de coherencia en un grupo de adolescentes limeños*. Tesis de Licenciatura para la obtención del título de licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Díaz, J. & Balbás, A. (2002). Estudio de variables relacionadas con la alexitimia en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 5(10). Extraído el 13 Diciembre, 2008 de <http://reme.uji.es/articulos/adiazj9270605102/texto.html>

- Eizaguirre, A., Ortego, M., Ochoa, I., De Apellaniz, M. & Alemán, A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 1(17), 139-149.
- Erikson, E. (1968). *Identity: youth and crisis*. London: Faber and Faber.
- Espina, A. (2002). Alexitimia y relaciones de pareja. *Psicothema*, 4 (14), 760-764.
- Faust, K. (2005). Carving an image of society: A sociological approach to self mutilation. *The Edwardsville Journal of Sociology*, 5. Extraído el 15 de Julio, 2008 de <http://www.siue.edu/SOCIOLOGY/journal/faust.htm>
- Favazza, A. (1996). *Bodies Under siege: Self-mutilation and body modification in culture and psychiatry*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.
- Fernández-Mouján, O. (1986). *Abordaje teórico y clínico del adolescente*. Buenos Aires: Ediciones Nueva Visión.
- Fliege, H., Kocalevent, R., Walter, O., Beck, S., Gratz, K., Gutiérrez, P. & Klapp, B. (2006). Three assessment tools for deliberate self-harm and suicide behavior: evaluation and psychopathological correlates. *Journal of Psychosomatic Research*, 61, 113-121.
- Freud, A. (1946). *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires: Paidós.
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. *Obras completas* (Tomo XIV). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freyberger, H. (1977). Supportive psychotherapeutic techniques in primary and secondary alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 28, 337-342.
- Fukunishi, I., Nakagawa, T., Nakamura, H., Kikuchi, M. & Takubo, M. (1997). Is alexithymia a culture-bound construct? Validity and reliability of the Japanese versions of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and modified Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire. *Psychological Reports*. 80(3 Pt.1). 787-799.
- Gabbard, G. (2006). *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- González, C., Mariño, M., Rojas, E., Mondragón, L., Medina-Mora, M., Amador, N. et al. (1998). Intento de suicidio en estudiantes de la ciudad de Pachuca, Hgo. y su relación con el uso de sustancias y el malestar depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, 15(2), 165-175.

- González, C., Álvarez, M., Saldaña, A. & Carreño, S. (2003). Prevalence of deliberate self-harm in teenage students in the state of Guanajuato, Mexico: 2003. *Social Behavior and Personality*, 8(33), 777-792.
- Gratz, K. (2007). Risk factors for deliberate self-harm among female college students: the role and interaction of childhood maltreatment, emotional inexpressivity, and affect intensity/reactivity. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2(76), 238-250.
- Gratz, K. & Chapman, A. (2006). The role of emocional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity*, 1(8), 1-14.
- Gunderson, J. (1984). *Borderline personality disorder*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2006). *Metodología de la investigación*. Mexico: Mc Graw-Hill.
- INEI. (1998). *Perú- Estadísticas de violencia y seguridad pública 1997-1998*. Extraído el 30 de septiembre del 2009, de <http://www1.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0059/indice.htm>
- Jacoby, V. (2008). *Autopercepción en un grupo de adolescentes institucionalizadas que se autolesionan*. Tesis para obtener el grado de Licenciada en Psicología, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Kendall, R. & Rodríguez, E. (2003). *Validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en una población de estudiantes universitarios*. Tesis de Especialidad en Psiquiatría, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Marcos, Lima, Perú.
- Kernberg, O. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Kerr, S., Johnson, V., Gans, S. & Krumrine, J. (2004). Predicting adjustment during the transition to college: alexithymia, perceived stress, and psychological symptoms. *Journal of College Students Development*, Noviembre/Diciembre, 593.
- Kline, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. Padstow: TJ Press.
- Klonsky, E. (2005). The functions of deliberate self-harm in college students. (Disertación doctoral, University of Virginia, 2006). *Pro Quest information and Learning Company*.

- Klonsky, E. & Muehlenkamp, J. (2007). Self-injury: A research review for the practitioner. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 11(63), 1045-1056.
- Kristeva, J. (1993). *Las nuevas enfermedades del alma*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Lambert, A. & De Man, A. (2007). Alexithymia, Depression, and Self-Mutilation in Adolescent Girls. *North American Journal of Psychology*3(9), 555.
- Laye-Gindhu, A. & Schonert-Reichl, K. (2005). Nonsuicidal self-harm among community adolescents: understanding the 'whats' and 'whys' of self-harm. *Journal of Youth and Adolescence*, 5(34), 447-457.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guildford Press.
- Lloyd-Richardson, E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*. Cambridge University Press: United Kingdom.
- Loiselle, C. & Cossette, S. (2001). Cross-cultural validation of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) in U.S. and peruvian populations. *Transcultural Psychiatry*, 38(3), 348-362.
- Lunazzi, H., Elías, D., García de la Fuente, M. & Kosak, V. (2000). Investigación de variables en el constructo Alexitimia en 550 casos. *RIDEP*, 10 (2), 101-119.
- Martínez, F. & Ortiz, B. (2000). La evaluación de la alexitimia. En: D. Páez & M. Casullo. *Cultura y alexitimia*. Buenos Aires: Paidós.
- Marty, P. (1992). *La psicósomática del adulto*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Mason, O., Tyson, M., Jones, C. & Potes, S. (2005). Alexithymia: Its prevalence and correlates in a british undergraduate sample. *Psychology and Psychotherapy*, 78, 113-125.
- Mc Dougall, J. (1994). *Teatros de la mente: ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*. Madrid: Julián Yebenes S.A. Editores
- McLane, J. (1996). The voice on the skin: self-mutilation and Merleau-Ponty's theory of language. *Hypatia*, 11, 107-119.
- Moriguchi, Y., Maeda, M., Igarashi, T., Ishikawa, T., Shoji, M., Kubo, Ch & Komaki, G. (2007). Age and gender effect on alexithymia in large, Japanese community and clinical samples: a cross validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS 20). *BioPsychoSocial Medicine*. 1:7.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process*. New York: The Guilford Press.

- Muehlenkamp, J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*, 2(75), 324-333.
- Muehlenkamp, J. & Gutierrez, P. (2004). An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 1(34), 12-23.
- Páez, D., Fernández, I. & Mayordomo, S. (2000). Características alexitímicas y diferencias culturales. En: D. Páez & M. Casullo. *Cultura y alexitimia*. Buenos Aires: Paidós.
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I & Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la escala de alexitimia de Toronto (TAS-20): Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.
- Parkar, S., Dawani, V. & Weiss, M. (2006). Clinical diagnostic and sociocultural dimensions of deliberate self-harm in Mumbai, India. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 36(2), 223-238.
- Perú, Ministerio de Educación. (2005). *Indicadores de la educación. Perú 2004*. Lima: Autor
- Portzky, G., De Wilde, E. & Van Heeringen, K. (2008). Deliberate self-harm in young people: differences in prevalence and risk factors between The Netherlands and Belgium. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 17, 179-186.
- Prince, R. (1987). Alexithymia and verbal psychotherapies in cultural context. *Transcultural Psychiatry Review*, 24, 107-118.
- Retamales, R. (1989). Different personality tests applied to the concept of alexithymia". *Actas luso-españolas de neurología, psiquiatría y ciencias afines*, 17(4), 263-273.
- Rice, P. (2000). *Adolescencia: Desarrollo, relaciones y cultura*. Madrid: Prentice Hall.
- Sadock, B. & Sadock, V. (2004). *Kaplan-Sadock: Sinopsis de psiquiatría. Ciencias de La conducta/ Psiquiatría clínica* (9ª ed.). Buenos Aires: Waverly Hispanica.
- Säkkinen, P., Kaltiala-Heino, R., Ranta, K., Haataja, R. & Joukamaa, M. (2007). Psychometric properties of the 20-item Toronto Alexithymia Scale and prevalence of alexithymia in a finnish adolescent population. *Psychosomatics*, 48, 154-161
- Serrano, O. (2008). *Conferencia de Intervención en Crisis* dictada por motivo de las *Pre-Jornadas Científicas del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi*. 5 de Junio

- Sivak, R. & Wiater, A. (1998). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica*. Buenos Aires: Paidós.
- Suslow, T., Kersting, A., Ohrmann, P. & Arolt, V. (2001). A critique of the construct "alexithymia" and its measurement--the weakness of self-report and the opportunities of an objective assessment approach. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*. 47(2), 153-166.
- Theidon, K. (2004). *Entre prójimos. El conflicto armado interno y la política de la reconciliación en el Perú*. IEP: Lima.
- Urribarri, R. (1998). Sobre adolescencia, duelo y a posteriori. En Goijman, L. & Kancyper, L. *Clínica psicoanalítica de niños y adolescentes*. Buenos Aires: Editorial Lumen.
- Velasco, C. (2000). Personalidad y alexitimia. En: Páez, D. & Casullo, M. *Cultura y alexitimia*. Buenos Aires: Paidós.
- Wheeler, K., Greiner, P. & Boulton, M. (2005). Exploring alexithymia, depression, and binge eating in self-reported eating disorders in women. *Perspectives in Psychiatric Care, July*. 3(10) 114-123.
- Wood, R. & Williams, C. (2007). Neuropsychological correlates of organic alexithymia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 13, 471-479.
- Zoroglu, S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savas, H. A., Ozturk, M. et al. (2003). Suicide attempt and self-mutilation among turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57, 119-126.



ANEXOS

A. Ficha de datos

Nº

Datos Personales

Edad:

Sexo: M F

Colegio:..... Grado:.....

Lugar de Nacimiento:¿Hace cuántos años vives en Lima?:.....

Distrito de residencia:

¿Con quiénes vives?

Parentesco	Edad	Sexo

A continuación te pedimos que respondas a las siguientes preguntas de la manera más sincera posible. Recuerda que es totalmente anónimo.

1. Describe brevemente qué es lo que más te preocupa en este momento de tu vida.

.....

.....

.....

2. Cuando tienes algún problema o preocupación, ¿lo comentas con alguien? Si No

¿Con quién?

.....

B. Cédula de Indicadores Parasuicidas

Ahora vas a encontrar una serie de preguntas sobre ti. Nuevamente te pedimos que las respondas con la mayor sinceridad posible.

- | | | | | | |
|---|--------------------------|-------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| 1) ¿Alguna vez te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito (sin la intención de morir)? | <input type="checkbox"/> | Si | <input type="checkbox"/> | Nunca | <input type="checkbox"/> |
| 2) ¿Cuántas veces te has herido, cortado, intoxicado o hecho daño a propósito? | <input type="checkbox"/> | veces | <input type="checkbox"/> | Nunca lo he hecho | <input type="checkbox"/> |
| 3) ¿Qué edad tenías la primera vez que te hiciste daño? | <input type="checkbox"/> | años | <input type="checkbox"/> | Nunca lo he hecho | <input type="checkbox"/> |
| 4) ¿Qué edad tenías la última vez que te hiciste daño? | <input type="checkbox"/> | años | <input type="checkbox"/> | Nunca lo he hecho | <input type="checkbox"/> |

- 5) La última vez que te hiciste daño ¿cuál fue el motivo para hacerlo? (Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible)

.....

.....

.....

.....

.....

Nunca lo he hecho

- 6) La última vez que te hiciste daño ¿cómo lo hiciste? (Por favor escribe tu respuesta lo más completa posible)

.....

.....

.....

Nunca lo he hecho

- 7) La última vez que te hiciste daño:

- Tuviste que ir al hospital
- Alguien te ayudó, pero no te llevó al hospital
- Recibiste apoyo emocional
- Nadie se enteró de lo que pasó
- Nunca lo he hecho

8) La última vez que te hiciste daño ¿buscaste ayuda o consejo de alguien?

Si No

¿Por qué?

.....

.....

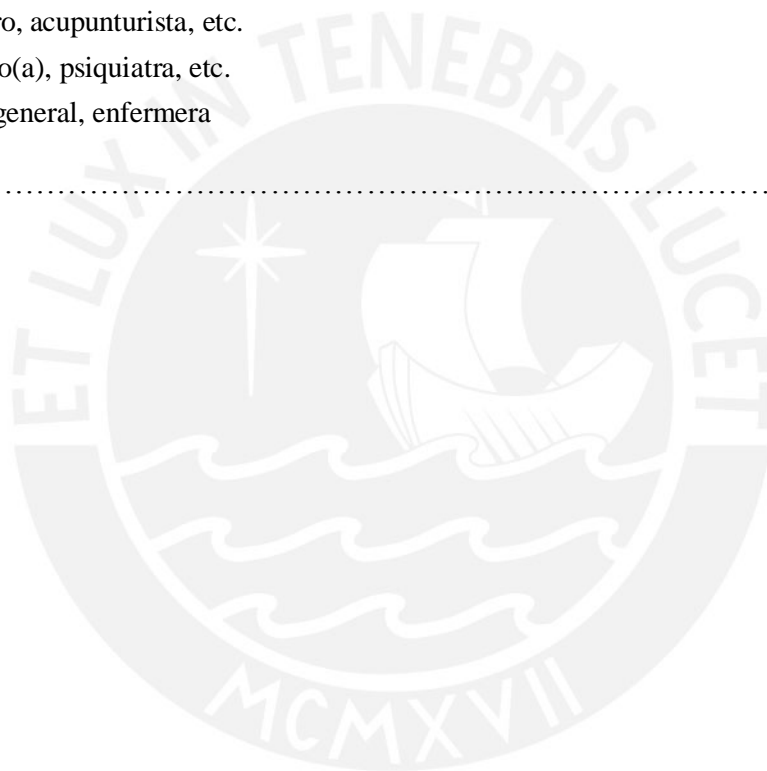
.....

Nunca lo he hecho

¿De quiénes buscaste ayuda o consejo?

- Un familiar (papá, mamá, hermano(a), etc.
- Un sacerdote, pastor, etc.
- Un amigo(a) o compañero(a) de escuela
- Un maestro(a) , orientadora, etc.
- Un curandero, acupunturista, etc.
- Un psicólogo(a), psiquiatra, etc.
- Un médico general, enfermera

Otros



C. Toronto Alexithymia Scale (TAS 20), versión en español (Martínez-Sánchez, 1996)

Por favor, lee atentamente cada una de las afirmaciones y marca en qué medida estás o no de acuerdo con cada una de ellas.

	Totalmente en desacuerdo	Moderadamente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Moderadamente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
1) A menudo me encuentro confundido sobre cuál es la emoción que estoy sintiendo.					
2) Me es difícil encontrar las palabras exactas para describir mis sentimientos.					
3) Tengo sensaciones físicas que ni los médicos las entienden.					
4) Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.					
5) Prefiero analizar los problemas en vez de describirlos.					
6) Cuando estoy mal, no sé si estoy triste, asustado o enojado.					
7) A menudo estoy confundido con las sensaciones que noto en mi cuerpo.					
8) Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, en vez de preguntarme por qué suceden.					
9) Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.					
10) Estar en contacto con las emociones es esencial.					
11) Me es difícil describir lo que siento acerca de las personas.					
12) La gente me dice que describa mis sentimientos.					
13) No sé qué pasa dentro de mí.					
14) A menudo no sé por qué estoy enojado.					
15) Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias más que de sus sentimientos.					
16) Prefiero ver programas ligeros de entretenimiento, en vez de dramas psicológicos.					
17) Me es difícil mostrar 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.					

D. Consentimiento informado

AUTORIZACIÓN PARA PARTICIPAR

Hola, mi nombre es Carlos Vásquez Contreras, y soy de la Especialidad de Psicología Clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Estoy realizando un estudio para entender las experiencias emocionales de escolares adolescentes como tú. Me gustaría que colabores conmigo siendo parte del estudio.

La participación consistirá en responder, por escrito, algunas preguntas acerca de ti mismo.

Toda la información que se recoja para el estudio se manejará con **absoluta confidencialidad**. Esto quiere decir que en ningún momento se conocerá tu nombre y que tus respuestas se guardarán y se les dará un uso exclusivamente académico.

Si decides participar, estarás colaborando en obtener un mayor conocimiento acerca de cómo es la vida y las emociones que tienen los jóvenes de tu edad.

Si sientes que deseas conversar acerca de algunos temas relacionados con la investigación, puedes acercarte a la posta de salud de Tahuantinsuyo Bajo los viernes entre las 3 pm y las 6 pm, donde podrás ubicar al investigador y a un grupo de psicólogos que podrán ayudarte. También podrás comunicar cualquier duda, preocupación o comentario referida a la investigación al correo psicoinvestigacion@yahoo.com entre los días 1 de septiembre del 2008 y 10 de octubre del 2008. Los correos enviados fuera de ese lapso de tiempo no serán leídos.

Si estás de acuerdo con participar, por favor firma abajo.

¡Muchas gracias por tu tiempo!

Firma del investigador

Nombre: _____

Fecha: _____

Tu firma: _____

E. Correlaciones ítem-test de la TAS 20

Ítem	Correlación ítem- test	Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado
TAS 1	,490	,724
TAS 2	,531	,720
TAS 3	,388	,732
TAS 4	,167	,748
TAS 5	-,029	,760
TAS 6	,418	,729
TAS 7	,495	,724
TAS 8	,392	,731
TAS 9	,583	,715
TAS 10	,114	,751
TAS 11	,477	,724
TAS 12	,136	,751
TAS 13	,538	,719
TAS 14	,489	,723
TAS 15	,254	,742
TAS 16	,134	,752
TAS 17	,421	,728
TAS 18	-,103	,767
TAS 19	,070	,754
TAS 20	,204	,746

F. Correlaciones ítem-total del factor 1

Ítem	Correlación ítem-test	Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado
TAS 1	,586	,761
TAS 3	,425	,790
TAS 6	,507	,776
TAS 7	,501	,776
TAS 9	,597	,758
TAS13	,589	,760
TAS 14	,493	,778



G. Correlaciones ítem-total del factor 2

Ítem	Correlación ítem- test	Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado
TAS 2	,458	,351
TAS 4	,196	,518
TAS 11	,365	,412
TAS 12	,079	,583
TAS 17	,367	,410



H. Correlaciones ítem-total del factor 3

Ítem	Correlación ítem- test	Alfa de Cronbach si el ítem es eliminado
TAS 5	,153	,160
TAS 8	,040	,231
TAS 10	,167	,151
TAS 15	,059	,218
TAS 16	-,089	,318
TAS 18	,113	,183
TAS 19	,266	,085
TAS 20	,027	,238



I. Diferencias entre características de la última autolesión según sexo

		Sexo				Chi 2	p
		Hombres		Mujeres			
		f	(%)	f	(%)		
Edad en que se dañó por primera vez	De 5 a 7 años	4	66,7%	2	33,3%	3,625	0,305
	De 9 a 11 años	6	42,9%	8	57,1%	3,625	0,305
	De 12 a 15 años	8	27,6%	21	72,4%	3,625	0,305
	16 años	2	33,3%	4	66,7%	3,625	0,305
Motivo para dañarse la última vez	Familiar	5	23,8%	16	76,2%	13,375	0,063
	Experimentación	3	100,0%	0	,0%	13,375	0,063
	Pareja o amor	1	25,0%	3	75,0%	13,375	0,063
	Culpa, soledad o tristeza	3	37,5%	5	62,5%	13,375	0,063
	Descontento consigo mismo/a	2	66,7%	1	33,3%	13,375	0,063
	Molesto/a	0	,0%	3	100,0%	13,375	0,063
	Otros	1	50,0%	1	50,0%	13,375	0,063
	No sabe	2	100,0%	0	,0%	13,375	0,063
Cómo se dañó la última vez	Fármacos	1	16,7%	5	83,3%	5,212	0,391
	Cortes	6	33,3%	12	66,7%	5,212	0,391
	Golpeándose	4	57,1%	3	42,9%	5,212	0,391
	Raspándose la piel	1	33,3%	2	66,7%	5,212	0,391
	Quemándose	1	100,0%	0	,0%	5,212	0,391
	Otros	1	16,7%	5	83,3%	5,212	0,391
Búsqueda de apoyo o consejo	Si	4	20,0%	16	80,0%	3,508	0,061
	No	15	45,5%	18	54,5%	3,508	0,061



J. Diferencias entre características de la última autolesión según edades

		Edad en etapas				Chi 2	p
		De 15 a 17 años		De 18 a 19 años			
		f	Porcentaje	f	Porcentaje		
Edad en que se dañó por primera vez	De 5 a 7 años	6	100,0%	0	,0%	2,948	0,400
	De 9 a 11 años	14	100,0%	0	,0%	2,948	0,400
	De 12 a 15 años	24	88,9%	3	11,1%	2,948	0,400
	16 años	5	100,0%	0	,0%	2,948	0,400
Motivo para dañarse la última vez	Familiar	18	94,7%	1	5,3%	4,923	0,669
	Experimentación	3	100,0%	0	,0%	4,923	0,669
	Pareja o amor	4	100,0%	0	,0%	4,923	0,669
	Culpa, soledad o tristeza	6	85,7%	1	14,3%	4,923	0,669
	Descontento consigo mismo/a	2	66,7%	1	33,3%	4,923	0,669
	Molesto/a	3	100,0%	0	,0%	4,923	0,669
	Otros	2	100,0%	0	,0%	4,923	0,669
	No sabe	2	100,0%	0	,0%	4,923	0,669
Cómo se dañó la última vez	Fármacos	4	66,7%	2	33,3%	8,426	0,134
	Cortes	17	100,0%	0	,0%	8,426	0,134
	Golpeándose	6	85,7%	1	14,3%	8,426	0,134
	Raspándose la piel	3	100,0%	0	,0%	8,426	0,134
	Quemándose	1	100,0%	0	,0%	8,426	0,134
	Otros	6	100,0%	0	,0%	8,426	0,134
Búsqueda de apoyo o consejo	Si	17	89,5%	2	10,5%	1,180	0,277
	No	31	96,9%	1	3,1%	1,180	0,277



K. Diferencias entre características de la última autolesión según años en Lima

		Años en Lima				Chi 2	p
		Menos de 5 años		5 años o más			
		f	(%)	f	(%)		
Motivo para dañarse la última vez	Familiar	4	22,2%	14	77,8%	5,460	0,604
	Experimentación	0	,0%	3	100,0%	5,460	0,604
	Pareja o amor	0	,0%	4	100,0%	5,460	0,604
	Culpa, soledad o tristeza	0	,0%	6	100,0%	5,460	0,604
	Descontento consigo mismo/a	0	,0%	3	100,0%	5,460	0,604
	Molesto/a	1	33,3%	2	66,7%	5,460	0,604
	Otros	0	,0%	1	100,0%	5,460	0,604
	No sabe	0	,0%	2	100,0%	5,460	0,604
Cómo se dañó la última vez	Fármacos	2	100,0%	0	,0%	18,132	0,003
	Cortes	2	11,8%	15	88,2%	18,132	0,003
	Golpeándose	0	,0%	7	100,0%	18,132	0,003
	Raspándose la piel	0	,0%	3	100,0%	18,132	0,003
	Quemándose	0	,0%	1	100,0%	18,132	0,003
	Otros	0	,0%	6	100,0%	18,132	0,003

