



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

Niveles de alexitimia en figuras parentales de niños con trastornos del espectro autista

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

Natalia Verán Casanova

Asesora:

Magaly Nóbrega Mayorga

San Miguel, agosto 2011



## Agradecimientos

Quiero agradecer en primer lugar a mi familia, a mi ma', mi pa', Adriana y Santiago por su constante apoyo e interés en mi tesis, por las revisiones y correcciones que me hicieron y la motivación que me brindaron para seguir y finalmente terminar esta investigación. También a mis abuelos, tíos y primos.

A Diestro por su paciencia y compañía a lo largo de estos años en Psicología, y por la ayuda que sé que me dará al momento de la presentación y sustentación de la tesis.

También quiero agradecer a Magaly por toda su ayuda en la creación, supervisión y corrección de los distintos pasos de esta investigación, por darme tranquilidad y apurarme cuando lo necesitaba. A Doris, quien con su estricta mirada me permitió armar la parte teórica de manera concisa y comprensible. En cuanto a los análisis estadísticos, no me olvido de la iluminación que recibí de Natali y Mike.

Además quiero agradecer a todo el personal de Arie que contribuyó con mi trabajo. A las psicólogas que me acogieron como interna y me enseñaron tantas cosas acerca del autismo, así como también por su ayuda en la construcción de la base de datos y aplicación a los pacientes, y quienes hasta hoy me siguen empujando para realizar un mejor trabajo. Un agradecimiento especial a las modificadoras de conducta por contactarme con las madres y los padres de sus pacientes. A los demás internos, quienes compartieron la experiencia conmigo, en las buenas y en las malas. No quiero olvidarme de las terapeutas ocupacionales y de lenguaje, que con la mejor disposición me aceptaban en sus ambientes al perseguir a los participantes.

Finalmente, esta investigación no hubiera sido posible sin el apoyo de todas las figuras parentales participantes, quienes accedieron a brindarme información acerca de sí mismos y sus hijos, ayudándome no solo a investigar estos trastornos sino sobre todo a aprender día a día de ellos y sus experiencias.

A mis compañeros en los seminarios de tesis, a mis amigos de psicología con quienes compartí todas esas lindas experiencias y se formó una gran amistad. A las chicas de letras, por su compañía, motivación, conversaciones y locuras.

Muchísimas gracias a todos los que de una u otra forma contribuyeron, directa o indirectamente, al desarrollo de esta tesis, que finalmente se acaba.



## Niveles de alexitimia en figuras parentales de niños con trastornos del espectro autista

**Resumen:** El objetivo de esta investigación es describir los niveles de alexitimia de las figuras parentales de niños y niñas con TEA y evaluar las diferencias entre padres y madres en la alexitimia global y sus factores según ciertos datos sociodemográficos. La investigación se basa en el supuesto de que la alexitimia, al ser una expresión del fenotipo amplio del autismo, es mayor en las figuras parentales de los niños con TEA especialmente en los padres. La muestra estuvo compuesta por 30 parejas de figuras parentales que completaron la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). Se encontró que los niveles de alexitimia de la muestra estudiada no pueden ser caracterizados como altos. Descriptivamente la mayoría de madres se ubica en el rango de baja alexitimia mientras que la mayoría de padres en el de alexitimia media. En cuanto a las diferencias entre padres y madres en los factores que componen la alexitimia, descriptivamente se encontró que los padres poseen mayores dificultades para describir sus sentimientos a los demás y una tendencia al pensamiento orientado hacia lo externo, mientras que las madres presentan mayores dificultades para identificar los sentimientos, aunque las diferencias no son significativas. Los resultados no brindan datos consistentes para considerar la alexitimia como una de las expresiones del fenotipo amplio del autismo, así como tampoco una predominancia de esta en los padres.

*Palabras clave:* alexitimia, trastornos del espectro autista, TEA, fenotipo amplio del autismo

**Abstract:** The aim of this study is to explore alexithymia levels in parents of ASD children, and compare global alexithymia and its factors in fathers and mothers according to sociodemographic variables. The sample consisted of 30 pairs of parents who completed the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20). Results didn't show high alexithymia levels. There were no significant differences between mothers' and fathers' alexithymia level, but more mothers were in the low alexithymia group while more fathers in the mid alexithymia. Regarding differences between the alexithymia factors, descriptively fathers had more difficulties in describing feelings and a tendency to externally oriented thinking, while mothers had more difficulties in identifying feelings, but not significantly. Results don't allow considering alexithymia as an expression of the broader autism phenotype, neither as predominant in males.

*Key words:* alexithymia, autism spectrum disorders, ASD, broader autism phenotype



## Tabla de Contenidos

Introducción.....	1
Método.....	11
Participantes	11
Medición	12
Procedimiento	12
Resultados.....	15
Discusión.....	21
Referencias bibliográficas.....	27
Anexos.....	37





## Niveles de alexitimia en figuras parentales de niños con trastornos del espectro autista

En el contexto latinoamericano, los estudios relacionados a los trastornos del espectro autista (TEA) son escasos. Los artículos publicados en esta región son principalmente de corte teórico y la mayoría de datos epidemiológicos que se manejan provienen de población inglesa y estadounidense (Bosa & Callias, 2000; Levy, Mandell & Schultz, 2009; López, Rivas & Taboada, 2009; Mebarak, Martínez & Serna, 2009). Una de las principales razones se debe a la dificultad y modificaciones en la definición y los criterios diagnósticos de estos trastornos en las últimas décadas.

Así mismo, los datos epidemiológicos que se manejan son variados pues cambian de acuerdo a la definición de los trastornos que se tenga en cuenta. Levy et al. (2009) plantean que la prevalencia se ubica entre 25 y 116 por cada 10 000 niños de acuerdo a la definición considerada, mientras que, por otro lado, Baird (2006, en Baron-Cohen, 2008) manifiesta que un 1% de la población posee rasgos propios de los trastornos autistas. En Brasil, en 1997 se estimó que había aproximadamente 600 mil personas con trastorno autista en la población total (Bossa & Callias, 2000); en el 2008, en Maracaibo-Venezuela, la prevalencia de los TEA era de 17 por cada 10 000 niños entre 3 y 9 años (Montiel-Nava & Peña, 2008). Por otro lado, diferentes autores coinciden en que la prevalencia según sexo es de una proporción cuatro veces mayor en hombres que en mujeres (Belloch et al., 1995 en Mebarak et al., 2009; Fombonne, 2003; Rapin, 1999 en López et al., 2009; Rutter, 1985, Wing, 1981).

Los principales referentes para el diagnóstico del autismo y trastornos similares como el síndrome de Asperger, incluidos dentro de los trastornos generalizados del desarrollo, son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión revisada (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima versión (CIE-10), clasificaciones basadas en el modelo médico descriptivo que considera posibles síntomas que forman los criterios diagnósticos de cada trastorno.

El DSM-IV-TR así como diferentes autores (Georgiades et al., 2007; López & Cajal, 2007; López et al., 2009; Eikeseth, 2009, en Mebarak et al., 2009) coinciden en plantear que el autismo es un cuadro crónico de curso continuo caracterizado por dificultades en tres principales áreas: la interacción social, la comunicación social que incluye una inflexibilidad en el lenguaje, e intereses y comportamientos repetitivos y estereotipados. Además, puede estar acompañado de un retraso en el juego simbólico o imaginativo presente antes de los tres años de edad. Las perturbaciones no coinciden con el nivel de desarrollo ni la edad mental del sujeto, suelen manifestarse

durante los primeros años de vida y la severidad del trastorno depende de la gravedad de los síntomas y las oportunidades de intervención (APA, 2002; López & Cajal, 2007; López, et al., 2009).

Los criterios del DSM-IV-TR para el trastorno de Asperger son muy similares a los del trastorno autista, la principal diferencia es la ausencia de retrasos del lenguaje, del desarrollo cognoscitivo y la aparición de habilidades de autoayuda en el momento evolutivo esperado, las cuales son características propias del síndrome de Asperger (APA, 2002). Adicionalmente, el trastorno generalizado del desarrollo-no especificado (TGD-no especificado) que incluye el autismo atípico, se utiliza para diagnosticar a niños que presentan síntomas que no cumplen con los criterios para ser clasificados dentro de otros trastornos del desarrollo ni de esquizofrenia, trastorno esquizotípico de la personalidad o trastorno de la personalidad por evitación (APA, 2002).

Sin embargo, los modelos descriptivos del DSM-IV-TR y la CIE-10, independientemente del consenso en los criterios de clasificación, han sido cuestionados; Beglinger y Smith (2001), recogiendo a diferentes autores, plantean cuatro críticas principales a estos.

La primera se refiere a la dificultad para diferenciar entre los trastornos ya mencionados, debido a que comparten la mayoría de criterios diagnósticos (Beglinger & Smith, 2001; López & Cajal, 2007). Esto se evidencia en distintas investigaciones como la de Mayes, Calhoun y Crites (2001) y la de Tryon, Mayes, Rhodes y Waldo (2006), quienes utilizaron distintos tamaños de muestras de niños previamente diagnosticados con autismo o Asperger, a quienes reevaluaron con los criterios del DSM-IV-TR, determinando que ninguno cumplía con el trastorno de Asperger y a todos les correspondía el diagnóstico de autismo o TGD-no especificado. Así mismo, Miller y Ozonoff (1997, en Mayes et al., 2001) revisaron los casos originales observados por Hans Asperger, encontrando que todos coinciden con los criterios del DSM-IV-TR para el trastorno autista.

La segunda crítica alude a que en el DSM-IV-TR y en el CIE-10 no se tiene en cuenta la heterogeneidad de estos trastornos, observada tanto en el funcionamiento, el curso, como en la respuesta a los diferentes tratamientos.

La falta de explicación de cambios debido al desarrollo constituye la tercera crítica, respaldada por estudios longitudinales realizados por Boomsma et al. (2008) en los que se explicitan los cambios de acuerdo a los tres criterios principales de diagnóstico del DSM-IV-TR; ellos observaron que la comunicación no verbal suele mejorar cada año en la niñez, los problemas de interacción social muestran un avance a partir de los 4 o 5 años y el comportamiento estereotipado e intereses restringidos suelen intensificarse antes de mejorar. Finalmente, se postula que es necesario

considerar que las diferencias sintomatológicas no se deben a teorías etiológicas, pues solo en el 10% de los casos de autismo se ha podido establecer una etiología identificable (Beglinger & Smith, 2001).

De acuerdo a las críticas recogidas se ha pensado en una conceptualización paralela a la propuesta por el DSM-IV-TR o la CIE-10, los trastornos del espectro autista (Calle & Utria, 2004; López & Cajal, 2007; Wing, 1997). Esta consistiría en un continuo compuesto por una triada de deficiencias sociales, las cuales se encuentran en las áreas de reconocimiento social, comunicación social y comprensión social (Calle & Utria, 2004). Las deficiencias sociales son atribuidas por Baron-Cohen (1989, en Bauminger & Kasari, 1999) a la incapacidad de las personas con TEA de desarrollar una teoría de la mente, que se refiere a la posibilidad de entender que hay "otras mentes" y tomar en cuenta la perspectiva del otro, de manera que se pueda predecir el comportamiento de los demás y atribuirlo a sus intenciones, deseos y creencias (Dunn, 1993, Harris, 1989 en Bauminger & Kasari, 1999; Premack & Woodruff, 1978 en Kaland, Callesen, Moller-Nielsen, Mortensen & Smith, 2008). Además, en la nueva propuesta se incluiría una amplia variedad de características, síntomas, factores etiológicos e incluso respuestas a los tratamientos (Rapin, 2002).

Bajo esta conceptualización, el autismo, el trastorno de Asperger y el trastorno generalizado del desarrollo-no especificado forman parte de un mismo continuo que incluye desde las alteraciones más graves hasta las habilidades más funcionales relacionadas al funcionamiento intelectual, social, lingüístico y comportamental del sujeto, por lo que se puede hablar de tipos o niveles de funcionamiento, alto o bajo (Fein et al., 1999; Teunisse, Cools, Spaendon, Aerts & Berger, 2001; Wing, 1997). En este continuo, el trastorno de Asperger y el autismo de alto funcionamiento consistirían las formas más suaves de presentación de síntomas o los trastornos de mayor funcionamiento; mientras que un bajo funcionamiento incluiría el ensimismamiento, ausencia de lenguaje e incluso de intentos de comunicación, comportamientos repetitivos y estereotipados, reacción desproporcionada a estímulos externos y rechazo al contacto físico (Fein et al., 1999; Rapin, 2002).

Cabe resaltar que es común no encontrar causas específicas de los TEA (Gillberg & Billstedt, 2002; Levy et al., 2009; López et al., 2009; Mebarak et al., 2009; Trottier, Srivastava & Walker, 1999) y considerarlo un trastorno producto de la interacción entre la condición ambiental y una predisposición genética, por lo que se puede hablar de factores de riesgo de orden biológico y ambiental.

Los factores de riesgo biológicos referidos a la genética están presentes aproximadamente entre el 10% y el 15 % de los casos de autismo, pero no son características específicas a este trastorno (Gillberg & Billstedt, 2002; Levy et al.,

2009; López et al., 2009; Mebarak et al., 2009; Wing, 1997). La importancia de los factores genéticos está comprobada por los estudios con gemelos, pues la concordancia entre gemelos monocigóticos se ubica entre el 60% y el 90%, mientras que en gemelos dicigóticos esta disminuye al 10%. Así mismo, el riesgo de tener un segundo hijo con autismo es del 20% al 50% mayor en familias con un niño con autismo que en el resto de la población (Levy et al., 2009).

Otros factores de riesgo de orden biológico son la asociación del autismo con la macrocefalia, el crecimiento anormal de ciertas regiones cerebrales relacionadas con el desarrollo de habilidades sociales, de comunicación y motoras, y con un encefalograma anormal. La función de los neurotransmisores también ha sido relacionada con el autismo, específicamente los niveles alterados de serotonina, norepinefrina y oxitocina (Levy et al., 2009; Mebarak et al., 2009).

Dentro de los factores de riesgo de tipo ambiental se encuentran algunas características de la madre durante el embarazo como la edad avanzada, el peso, el consumo de tabaco y alcohol, la ingesta de medicamentos teratógenos, los partos múltiples y los sangrados vaginales al inicio o medio de la gestación. Igualmente, se ha asociado el autismo con sucesos durante el parto como infecciones virales, rotura prematura de membranas y parto distócico (López et al., 2008, 2009)

Por otro lado, recientes investigaciones en el campo de los TEA han prestado atención a posibles características o síntomas leves subsindrómicos presentes en familiares directos. Ya hace más de tres décadas, Folstein y Rutter (1977 en Hurley, Losh, Parlier, Reznick & Piven, 2007) encontraron ciertas semejanzas al autismo en familiares que no presentaban este trastorno, por lo que propusieron que podía haber una transmisión genética de aspectos similares a los del autismo aunque presentes en menor medida. Este concepto es llamado el fenotipo amplio del autismo (Hurley et al., 2007; Scheeren & Stauder, 2008).

Aunque no se ha llegado a un consenso en la definición o los constructos que lo componen, diversos autores consideran que estos se refieren a los déficits similares al autismo, es decir, déficits en las áreas sociales, de la comunicación y regulación de las emociones, de integración sensorial y presencia de comportamiento ritual-repetitivo (Bolton et al., 1994; Cassel et al., 2006; Piven, Palmer, Landa et al., 1997, en Hurley et al., 2007; Scheeren & Stauder, 2008).

Son varios los investigadores que han tratado de comprobar la presencia del fenotipo amplio del autismo en padres y madres de los niños con este trastorno. Scheeren y Stauder (2008), han monitoreado y comparado el desempeño de figuras parentales tanto de niños con TEA como de niños de desarrollo típico. Se evaluó a ambos grupos mediante un cuestionario de autismo, tareas de diseño de bloques y el

tiempo de reacción de orientación visual ante estímulos sociales (ojos) y no sociales (flechas), obteniendo diferencias significativas solo en la actividad que medía el tiempo de reacción. En esta, los padres del grupo de TEA se desempeñaron más lento que los del grupo de comparación; sin embargo, esta diferencia no se encontró entre las madres de ambos grupos. Además, al hacer la comparación entre ambos tipos de estímulos, la demora de los padres del grupo de TEA se encuentra solamente en los estímulos de tipo social.

Por su parte, Hurley et al. (2007) consideran que el fenotipo amplio del autismo presente en las figuras parentales de niños con TEA posee tres componentes principales: personalidad distante, personalidad rígida y déficits en el lenguaje pragmático. La *personalidad distante* se define como la falta de interés o disfrute de la interacción social, la *personalidad rígida* considera el poco interés en los cambios o la dificultad para adaptarse a estos, y los *problemas del lenguaje pragmático* se refieren a los déficits en los aspectos sociales del lenguaje que resultan en dificultades para comunicarse efectivamente o sostener una conversación recíproca y fluida.

De igual manera, Baron-Cohen, Wheelwright, Skinner, Martin y Clubley (2001) desarrollaron el Coeficiente de Espectro Autista (Autism Quotient – AQ), escala que evalúa rasgos asociados al autismo y posee cinco áreas: habilidad social, cambio del foco de atención, atención a detalles, comunicación e imaginación. Mediante esta escala se pudo determinar que las puntuaciones de los familiares directos, que tendrían el fenotipo amplio del autismo, se ubicaban por encima de un grupo control tanto de varones como de mujeres, y por debajo de quienes tienen los TEA (Baron-Cohen, 2008).

También es importante señalar que son varios los estudios que encontraron una mayor presencia del fenotipo amplio del autismo en padres que en madres de niños con este trastorno (Happé, Briskman & Frith, 2001; Hughes et al., 1997, en Scheeren & Stauder, 2008). Por ejemplo, Happé et al. (2001) querían observar la posible presencia del fenotipo amplio del autismo basándose en la teoría cognitiva de la coherencia central débil, que se caracteriza por una mayor atención a las partes y detalles que a la totalidad en el procesamiento de la información (Happé et al., 2001; Happé & Frith, 2006). Para este fin, se evaluó el rendimiento de figuras parentales de niños con autismo, dislexia y desarrollo típico en cuatro tareas de “coherencia central”, y se encontró que, en efecto, en los padres de niños autistas el rendimiento es similar al que se esperaría en una persona con autismo, lo que no sucedió con las madres de este grupo ni con los padres de ambos grupos de comparación.

La investigación de Scheeren y Stauder (2008) mencionada previamente, aunque no apoya los resultados a favor de la presencia del fenotipo amplio del

autismo, sí sirve para observar las diferencias en resultados de padres y madres dentro del grupo de los TEA. Se encontró que los padres de niños con estos trastornos puntuaban significativamente más alto que las madres en el área referida a los problemas de comunicación, así como también mostraban una mayor demora en el procesamiento de estímulos sociales y no sociales.

Por otro lado, otro de los constructos recientemente considerado parte del fenotipo amplio del autismo asociado con los TEA ha sido la alexitimia. Baron-Cohen et al. (2000, en Szatmari et al., 2008) manifiestan que las personas con un TEA presentan una habilidad limitada para expresar y reconocer sus propias emociones, así como las de los demás.

La alexitimia se relaciona con los TEA en tanto se refiere a la dificultad de entender las propias emociones o poder ponerlas en palabras al explicárselas a los demás, así como también el déficit para diferenciar los afectos de las sensaciones corporales, definición inicial acuñada por Sifneos y Nemiah (1973, en Szatmari et al., 2008; Sivak & Wiater, 1997). Revisiones posteriores de distintos autores citados por Otero (1999) y Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz (1993) coinciden en agregar como características más sobresalientes de la alexitimia, la escasez de fantasías y un estilo cognitivo orientado hacia el exterior. Además, Lane et al. (1996, en Spitzer, Siebel-Jürges, Barnow, Grabe & Freyberger, 2005) mencionan la incapacidad para aparear los estímulos verbales y no verbales tanto en emociones positivas como negativas, así como también el hecho de que en personas con alexitimia la propia expresión no verbal es reducida (Troisi, Delle Chiaie, Russo, Russo, Mosco & Pasini, 1996, en Spitzer et al., 2005).

Sivak y Wiater (1997) citan a Krystal, quien propone entender la alexitimia como una alteración de la personalidad en tres áreas, (1) el trastorno cognitivo se refiere al pensamiento operatorio, ya que la dificultad para simbolizar no se relaciona con una limitación intelectual; (2) el trastorno afectivo corresponde a la dificultad de verbalizar emociones y diferenciar sensaciones corporales; y (3) el trastorno en las relaciones interpersonales alude a una alteración en la empatía.

Parker (1989, en Espina, Alemán, Ochoa y Ortego, 2001) ha encontrado que entre el 15% y el 22% de la población general puede ser caracterizada como alexitímica, en muestras finlandesas se reportaron valores de 9.9% y 13% (Mattila, Salminen, Nummi, & Joukamaa, 2006; Salminen, Saarijärvi, Äärelä, Toikka & Kauhanen, 1999) mientras que en españolas de 19.4% (Espina, 2002). En el Perú, en una muestra de escolares entre 14 y 18 años, se encontró que el 10.8% tenía alta alexitimia (Custodio, 2002 en Vásquez, 2009).

Respecto a la alexitimia y el sexo, en la población finlandesa tres estudios coinciden en una mayor proporción de alexitimia en hombres que en mujeres (Honkalampi, Hintikka, Tanskanen, Lehtonen & Viinamäki, 2000; Mattila et al., 2006; Salminen et al., 1999), al igual que un estudio con población española (Espina, 2002). Sin embargo, Páez, Fernández y Mayordomo (2000) plantean que no existen diferencias consistentes en las puntuaciones globales de alexitimia según el sexo, ya que hacen referencia a la investigación de Noel y Rimé en la que se revisaron ocho estudios y solo en tres de estos se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, en un caso las mujeres presentaban mayores niveles de alexitimia y en otros dos casos los hombres.

Dichos autores consideran las diferencias según sexo en las distintas áreas que componen la alexitimia como la explicación a las inconsistencias. Ellos proponen que en las mujeres hay mayores dificultades para distinguir entre las sensaciones físicas y las emociones; mientras que los hombres presentan déficits en la verbalización emocional, como lo señalan las investigaciones de Rimé (1993, en Páez, Fernández & Mayordomo, 2000) y Dindia y Allen (1992, en Páez, Fernández & Mayordomo, 2000), así como también poseen una mayor tendencia al pensamiento concreto orientado hacia lo externo (Páez, Fernández & Mayordomo, 2000).

Además, un estudio de alexitimia con gemelos realizado por Valera y Berenbaum (2001) concluyó que la dificultad en la identificación de emociones y la dificultad para comunicar los sentimientos a los demás estaban influidas por distintos factores ambientales relacionados a la familia, pero que el estilo de pensamiento orientado hacia lo externo estaba influido principalmente por factores genéticos.

Por otro lado, Spitzer et al. (2005) coinciden en que las limitaciones propias de la alexitimia afectan las relaciones interpersonales de estos sujetos. Precisamente, las mismas dificultades son compartidas por personas con TEA; diferentes investigaciones confirman una relación directa entre ambos conceptos en pacientes adultos diagnosticados con Asperger (Tani et al., 2004) y con autismo de alto funcionamiento (Hill, Berthoz & Frith, 2004). Es así que Fitzgerald y Bellgrove (2006) explican que, tanto la alexitimia como el síndrome de Asperger, ambos caracterizados por problemas cognitivos, de las relaciones sociales, del discurso, el lenguaje y el comportamiento no verbal, son trastornos que se sobreponen en una persona.

Recientemente, algunas investigaciones están tomando en consideración la relación encontrada entre ambos conceptos. Por ejemplo, en Brasil Sprovieri y Assumpção (2006) estudiaron el nivel de alexitimia en figuras parentales de niños con TEA, Síndrome Down y niños asintomáticos de desarrollo típico. Estos autores no compartían el interés por la teoría del fenotipo amplio del autismo sino más bien por

cómo podía afectar tener un niño con TEA en casa en la expresión de emociones de los demás familiares. Los resultados evidenciaron alta alexitimia en el 36% de las figuras parentales de niños con TEA, así como también, descriptiva y no significativamente, mayores niveles de alexitimia que las figuras parentales de niños con Síndrome Down. También se analizaron las diferencias entre los niveles de alexitimia de las figuras parentales dentro de cada grupo. Aunque estas no fueron significativas, probablemente debido a una muestra pequeña (15 parejas de padres por grupo) según lo que plantean los autores, descriptivamente se observa que padres y madres con un hijo con TEA presentan un nivel de alexitimia similar, al igual que padres y madres con un hijo con Síndrome Down. Sin embargo, los padres de niños asintomáticos presentan mayores niveles de alexitimia que las madres, atribuido por los autores al rol social que desempeñan los padres, el cual no coincide con la expresión de emociones.

En Canadá, Szatmari et al. (2008) investigaron el constructo de alexitimia en figuras parentales de niños diagnosticados con TEA comparándolos con figuras parentales de niños diagnosticados con el síndrome de Prader Willi, basándose en la teoría que postula que el déficit en la detección de emociones podría ser parte del fenotipo amplio del autismo. Sus resultados encontraron alta alexitimia en el 10.4% de las figuras parentales de niños con TEA y demostraron que, en efecto, este grupo puntuaba significativamente más alto en la escala total de alexitimia que el grupo de comparación.

Un dato interesante acerca de la relación entre las figuras parentales y sus hijos diagnosticados con TEA se encuentra en una investigación de Gulsrud, Jahromi y Kasari (2010). Ellos plantean que en la infancia las madres suelen utilizar inicialmente estrategias físicas activas como el cariño para calmar a sus hijos y poco a poco las van cambiando por estrategias verbales, en las que le hablan o explican al niño lo que pasa para tranquilizarlo; sin embargo, las madres de niños con TEA no suelen hacer este cambio de estrategia, siendo pocas las veces que los calman de manera verbal. Se postula que esto se relaciona con un entendimiento por parte de la madre de las necesidades del niño, aunque podría interpretarse también como la manifestación de mayores niveles de alexitimia en este grupo de figuras parentales.

Siguiendo esta línea, el presente estudio considera importante analizar si existen características similares a la sintomatología de los TEA, aunque más leves, en las figuras parentales de niños con estos trastornos, específicamente en el procesamiento y expresión de las emociones. Esto se debe a que se postula la presencia de un fenotipo amplio del autismo, expresado entre otros aspectos en la alexitimia, lo que supondría un factor de riesgo de tipo genético. Así, se pretende



encontrar niveles de alexitimia mayores a los esperados en una población normal en este grupo de figuras parentales, lo que permitiría confirmar la presencia del fenotipo amplio del autismo expresado en la alexitimia en las figuras parentales de niños con TEA. Además, también se espera observar mayores niveles de alexitimia en los padres que en las madres, ya que algunos estudios consideran que el fenotipo amplio del autismo se manifestaría con mayor frecuencia en el sexo masculino.

Este estudio constituye un aporte debido a la escasez de investigaciones relacionadas con estos trastornos realizadas en el contexto peruano, las cuales son necesarias pero también complejas debido a la amplia gama de diferencias presentes en los TEA, y la dificultad en la definición y diagnóstico de estos. Además, los resultados permitirán conocer algunas características de las figuras parentales que posibilite luego proponer intervenciones terapéuticas específicamente dirigidas al manejo de las mismas.

Por lo tanto, el objetivo general es conocer las características de la alexitimia presente en padres y madres de niños y niñas diagnosticados con TEA.

Los objetivos específicos consisten en

1. Determinar el nivel de alexitimia de padres y madres de niños con TEA.
2. Comparar el nivel de alexitimia global y por factores entre padres y madres de niños con TEA.
3. Evaluar las diferencias en el nivel de alexitimia global y por factores de acuerdo a variables sociodemográficas de las figuras parentales y características de los niños con TEA.

Para ello se plantea la medición de la alexitimia a un grupo de parejas parentales (padre y madre) de niños y niñas diagnosticados con TEA.



## Método

### Participantes

El grupo estudiado estuvo compuesto por 30 parejas de figuras parentales biológicas (padre y madre) de niños y niñas diagnosticados con TEA que asisten a centros especializados de dos distritos de Lima Metropolitana para recibir intervención terapéutica. El rango de edad de los participantes está entre los 28 y 52 años de edad (padres  $M = 38.7$ ;  $DE = 5.6$ , madres  $M = 35.9$ ;  $DE = 4.2$ ). Como se observa en la Tabla 1, la mayoría de ellos ha completado estudios de educación superior y su estado civil es casado.

Tabla 1

*Distribución de la muestra de figuras parentales según variables sociodemográficas*

Variable	Padres		Madres	
	f	%	f	%
Estado civil				
Soltero	1	3.3	1	3.3
Casado	22	73.3	21	70
Conviviente	6	20	6	20
Separado/divorciado	1	3.3	2	6.7
Grado de instrucción				
Primaria completa	0	0	2	6.7
Secundaria completa	9	30	13	43.3
Superior completa	21	70	15	50

Además, el 67% de las parejas parentales ( $n=20$ ) tienen más de un hijo. Los hijos diagnosticados con TEA son en su mayoría hombres (87%) entre cuatro y cinco años de edad (67%).

Los padres y madres biológicos fueron seleccionados debido a que sus hijos o hijas cumplían con los requisitos de haber sido diagnosticados por un especialista calificado, asistir a por lo menos una terapia (sensoperceptual, ocupacional, de lenguaje o de modificación de conducta) y tener edades comprendidas entre los 4 y 10 años de edad.

Una vez verificado el cumplimiento de estos requisitos, los padres y madres fueron informados de la investigación y se les solicitó su participación voluntaria firmando el consentimiento informado (ver Anexo A), así mismo se solicitó el llenado de una ficha sociodemográfica (ver Anexo B).

### *Medición*

La alexitimia, entendida como la dificultad para identificar los sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales de la emoción, la dificultad para describir los sentimientos a los demás y un estilo de pensamiento orientado hacia lo externo, fue medida a través de la *Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)* de Bagby, Parker y Taylor (1994). Esta constituye la versión mejorada de la escala original, la TAS-26 de Taylor, Ryan y Bagby (1985, 1992, en Parker et al., 1993), y consiste en un autoinforme de 20 ítems referidos a los tres factores correspondientes al constructo, los cuales se responden en una escala likert de 5 puntos. Se ha establecido que a partir de 61 puntos se califica a una persona como alexitímica (Martínez & Ortiz, 2000; Páez, Martínez-Sánchez et al., 1999).

La escala se ha adaptado a diversas sociedades como la india, finlandesa, alemana, canadiense, estadounidense (Martínez & Ortiz, 2000), belga, inglesa, española y mexicana (Páez, Martínez-Sánchez et al., 1999). En estos estudios se ha encontrado que la alexitimia es un constructo válido y presente en dichos contextos, compuesto por tres factores con una consistencia interna satisfactoria (alfa de la escala total = 0.81).

La adaptación española de esta escala, utilizada en la presente investigación, ha sido realizada por Martínez-Sánchez (1996 en Martínez & Ortiz, 2000), y ha obtenido una buena consistencia interna (0.78) y buena confiabilidad test-retest luego de 19 semanas ( $r = 0.716$ ;  $p < 0.001$ ), así como una estructura factorial de tres factores. Esta adaptación ya ha sido utilizada en investigaciones hechas por Espina et al. (2001) y Díaz y Balbás (2002) referidas a trastornos alimentarios.

En el contexto peruano, se realizó una investigación aplicando la TAS-20 en la selva (Loiselle & Cossette, 2001) y en Lima se adaptó en estudiantes escolares (Vásquez, 2009), universitarios (Kendall & Rodríguez, 2003) y en una muestra clínica de adultos (Romero, 2009). En todos los casos se obtuvo una confiabilidad por consistencia interna alta y el punto de corte se estableció en 61 puntos, al igual que en la escala original (Kendall & Rodríguez, 2003). En la presente investigación, los valores de confiabilidad por consistencia interna de la escala total fueron altos tanto en padres (0.732) como en madres (0.843), altos también en el factor 1 para ambos sexos y medianos en el factor 2. Los valores del factor 3 difieren entre ambas figuras parentales (padres alfa = 0.48, madres alfa = 0.177) (ver Anexo C).

### *Procedimiento*

En la presente investigación las variables estudiadas no pueden ser manipuladas debido a sus características. Así mismo, la recolección de datos de los

participantes fue hecha en un solo momento con ambos miembros de la pareja o por separado, según la disponibilidad de ellos. En todos los casos, los cuestionarios fueron llenados de manera individual.

Los datos obtenidos fueron procesados en el programa estadístico SPSS. En primer lugar, se analizó la normalidad de los datos mediante la prueba de Shapiro-Wilk. Los resultados obtenidos en la TAS-20 resultaron ser no paramétricos para la muestra de madres y paramétricos para la de padres (Anexo D).

Debido a las características de la distribución de los datos, estos se trataron de manera no paramétrica, utilizando la mediana como estadístico descriptivo para el análisis de los niveles de alexitimia, de manera que se pueda comparar a las madres con los padres. Así mismo, todas las comparaciones fueron realizadas según sexo para observar las diferencias entre padres y madres de acuerdo a la hipótesis de esta investigación. Los niveles de alexitimia de las figuras parentales han sido descritos de manera individual, determinando los percentiles que agrupan a los participantes de acuerdo a alexitimia alta, media y baja dentro de la muestra y se evaluó las diferencias entre estos grupos según el estadístico *Chi-cuadrado*. Así mismo, se realizó el análisis de comparación por parejas mediante el estadístico de Wilcoxon para muestras relacionadas para conocer las diferencias en los niveles de alexitimia global y por factores de las parejas de figuras parentales. Adicionalmente, en las variables sociodemográficas características de las figuras parentales se realizaron análisis de la alexitimia global y por factores de padres y madres, mientras que en las variables relacionadas con el niño solo se consideró la alexitimia global de los padres y madres. Estos análisis fueron realizados mediante los estadísticos *U* de Mann Whitney cuando las variables constaban de dos grupos, y *H* de Kruskal-Wallis cuando estas estaban constituidas por tres o más grupos.



## Resultados

A continuación se describen los resultados encontrados en la investigación. En primer lugar, se describirán los niveles de alexitimia de padres y madres de niños diagnosticados con TEA y se presentarán las diferencias entre estos. Luego, se explorarán las diferencias entre los niveles de alexitimia según ciertos datos sociodemográficos relevantes.

Al comparar la alexitimia del grupo evaluado con el punto de corte establecido por las investigaciones en 61 puntos (Kendall & Rodríguez, 2003; Martínez & Ortiz, 2000; Páez, Martínez-Sánchez et al., 1999), se encontró que de las cinco figuras parentales que obtuvieron el indicador de alta alexitimia (8%), cuatro de estas resultaron ser mujeres, como lo muestra la Tabla 2.

Tabla 2  
*Distribución de los puntajes de alexitimia en padres y madres*

Puntaje total de alexitimia	Padres		Madres	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
25-60	29	97	26	87
61	0	0	1	3
63	0	0	1	3
64	0	0	1	3
65	1	3	1	3

Ya que son muy pocas las figuras parentales que pueden ser caracterizadas con alta alexitimia, se decidió establecer los puntos de corte para alexitimia alta, media y baja en la muestra completa. La Tabla 3 señala las frecuencias de los grupos establecidos según sexo, los rangos de puntaje para cada grupo y la mediana. Se encontró que la mayoría de madres se ubica en el grupo de baja alexitimia, mientras que la mayoría de padres en alexitimia media. Sin embargo, las diferencias entre los grupos no resultaron significativas.

Tabla 3

*Niveles de alexitimia de padres y madres según los percentiles del grupo*

Sexo	Alexitimia baja (25-36)			Alexitimia media (37-49)			Alexitimia alta (50-65)			Chi- cuadrado de Pearson
	<i>n</i>	%	<i>Mdn</i>	<i>n</i>	%	<i>Mdn</i>	<i>n</i>	%	<i>Mdn</i>	
Padres	8	27	32.5	13	43	45	9	30	54	3.04
Madres	13	43	31	7	23	38	10	33	57.5	

\**p*<.05

En relación a los niveles de alexitimia de las figuras parentales, descriptivamente se puede apreciar que la mediana del nivel de alexitimia global es mayor en padres (*Mdn* = 45) que en madres (*Mdn* = 37.5). Los padres también presentan mayores niveles de alexitimia que las madres en dos de sus tres factores componentes, la dificultad para describir los sentimientos a los demás y un estilo de pensamiento orientado hacia lo externo. No obstante, ni en la alexitimia global ni en los factores se encontraron diferencias significativas entre ambos sexos según el estadístico de Wilcoxon para muestras relacionadas (alexitimia global: *z* = -0.638, *p* = 0.52; factor 1: *z* = -.878, *p* = 0.38; factor 2: *z* = -.738, *p* = 0.46; factor 3: *z* = -1.928, *p* = 0.054). Al interior de cada pareja, de manera descriptiva, se observa que los padres presentan mayores niveles de alexitimia que las madres en 16 de las parejas evaluadas. Esta misma tendencia se observa en los factores 2 y 3 (en 15 y 18 parejas respectivamente). En cambio, en el factor 1, en 19 parejas las mujeres obtienen mayores puntuaciones que los hombres (Tabla 4).

Tabla 4

*Comparación de los niveles de alexitimia global y por factores al interior de las parejas*

Comparación	Alexitimia global		Factor 1		Factor 2		Factor 3	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Alexitimia pa. > alexitimia ma.	16	53	9	30	15	50	18	60
Alexitimia ma. > alexitimia pa.	14	47	19	63	11	36	9	30
Alexitimia ma. = alexitimia pa.	0	0	2	6	4	13	3	10

*Nota:* Alexitimia pa. = alexitimia padres, alexitimia ma. = alexitimia madres

Factor 1 = Dificultad para identificar los sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales de la emoción, Factor 2 = Dificultad para describir los sentimientos a los demás, Factor 3 = Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo



Por otro lado, se exploraron los niveles de alexitimia según ciertos datos sociodemográficos de los padres y madres. En cuanto a la edad de las figuras parentales que componen la muestra, se puede afirmar de manera confiable que el grupo de padres evidencia una correlación negativa moderada ( $r = -0.39$ ,  $p < .05$ ) entre la alexitimia y la edad. En este mismo sentido, se encontró que los padres menores de 37 años tienen niveles globales de alexitimia significativamente más altos que sus pares de 37 años a más, mostrando una diferencia moderada ( $r^1 = 0.46$ ) entre ambos grupos. Además, tanto padres como madres menores de 37 años presentan niveles más elevados respecto al estilo de pensamiento orientado hacia lo externo que sus pares mayores. Estas diferencias también son moderadas ( $r = 0.36$  y  $r = 0.37$ , en padres y madres respectivamente) (ver Tabla 5).

Tabla 5

*Diferencias en alexitimia y sus factores en padres y madres según la edad del progenitor*

Variable	Edad menor de 37 años		Edad de 37 años a más		U de Mann Whitney
	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	
Alexitimia global					
Padres	9	50	21	41	38*
Madres	19	38	11	37	89.5
Factor 1					
Padres	9	18	21	11	52
Madres	19	11	11	13	103
Factor 2					
Padres	9	13	21	11	69
Madres	19	12	11	10	91.5
Factor 3					
Padres	9	20	21	18	51*
Madres	19	19	11	16	57.5*

*Nota:* Factor 1 = Dificultad para identificar los sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales de la emoción, Factor 2 = Dificultad para describir los sentimientos a los demás, Factor 3 = Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo

\* $p < .05$

En relación al grado de instrucción, solo se encontraron diferencias en los niveles de alexitimia en el grupo de padres. Es así que las diferencias son moderadas en los niveles de alexitimia global ( $r = 0.43$ ) y grandes en relación al pensamiento orientado hacia lo externo ( $r = 0.53$ ), señalando que los mayores niveles de alexitimia están asociados a la culminación del nivel secundario en comparación con el nivel superior (ver Tabla 6).

<sup>1</sup> Tamaño del efecto para estadísticos no paramétricos (Field, 2009).

Tabla 6

*Diferencias en alexitimia y sus factores en padres y madres según grado de instrucción*

Variable	Secundaria incompleta		Secundaria completa		Superior completa		U de Mann Whitney / H de Kruskall- Wallis
	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	<i>n</i>	<i>Mdn</i>	
Alexitimia global							
Padres	0	-	9	50	21	41	42*
Madres	2	64.5	13	38	15	36	5.5
Factor 1							
Padres	0	-	9	14	21	11	62.5
Madres	2	25.5	13	10	15	13	5.10
Factor 2							
Padres	0	-	9	13	21	11	68
Madres	2	17	13	10	15	9	3.99
Factor 3							
Padres	0	-	9	22	21	18	30.5**
Madres	2	22	13	18	15	16	4.44

*Nota:* Factor 1 = Dificultad para identificar los sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales de la emoción, Factor 2 = Dificultad para describir los sentimientos a los demás, Factor 3 = Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo

En la comparación en padres se utilizó *U* de Mann Whitney y en la comparación de madres *H* de Kruskall-Wallis

\* $p < .05$

\*\* $p < .01$

Así mismo, la comparación según las variables que componen el estado civil señala que existen diferencias moderadas y grandes en los niveles de alexitimia de las madres (ver Tabla 7). De esta manera, quienes conviven presentan mayores niveles de alexitimia global ( $r = 0.44$ ), mayores dificultades para describir sus sentimientos a los demás ( $r = 0.44$ ) y una mayor tendencia al estilo de pensamiento orientado hacia lo externo ( $r = 0.5$ ) que las que están casadas.

Además, la diferencia entre las convivientes y las separadas se encuentra en la descripción de los sentimientos a los demás ( $r = 0.73$ ), factor en el cual las convivientes presentan mayores dificultades que las separadas (ver Tabla 8). Entre los demás grupos de la variable estado civil, no se encontraron diferencias significativas (ver Anexo E).

Tabla 7

*Diferencias en alexitimia y sus factores en padres y madres según estado civil*

Variable	Soltero		Casado		Conviviente		Separado / Divorciado		H de Kruskal-Wallis
	n	Mdn	n	Mdn	n	Mdn	n	Mdn	
Alexitimia global									
Padres	1	50	22	41	6	49.5	1	50	4.91
Madres	1	65	21	35	6	51.5	2	37.5	8.49*
Factor 1									
Padres	1	19	22	10.5	6	15.5	1	22	6.64
Madres	1	23	21	11	6	18.5	2	8	5.77
Factor 2									
Padres	1	11	22	11.5	6	13.5	1	11	0.56
Madres	1	19	21	8	6	13.5	2	10.5	8.74*
Factor 3									
Padres	1	20	22	18.5	6	21.5	1	17	4.49
Madres	1	23	21	16	6	21	2	19	9.97*

Nota: Factor 1 = Dificultad para identificar los sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales de la emoción, Factor 2 = Dificultad para describir los sentimientos a los demás, Factor 3 = Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo

\*p<.05

Tabla 8

*Diferencias en alexitimia global, factor 2 y factor 3 en las madres según su estado civil*

Variable	Casada		Conviviente		U de Mann Whitney
	n	Mdn	n	Mdn	
Alexitimia global	21	35	6	51.5	23.5*
Factor 2	21	8	6	13.5	23.5*
Factor 3	21	16	6	21	18.5**
Variable	Conviviente		Separada		U de Mann Whitney
	n	Mdn	n	Mdn	
Alexitimia global	6	51.5	2	37.5	0.5
Factor 2	6	13.5	2	10.5	0*
Factor 3	6	21	2	19	3.5

Nota: Factor 2 = Dificultad para describir los sentimientos a los demás, Factor 3 = Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo

\*p<.05

\*\*p<.01

Finalmente, al analizar algunas variables relacionadas con el niño diagnosticado con TEA, como son el sexo y la edad, si es hijo único o tiene hermanos y si utiliza el lenguaje para comunicarse, no se encontraron diferencias entre los niveles de alexitimia de sus figuras parentales (ver Tabla 9).

Tabla 9

*Niveles de alexitimia de padres y madres según variables relacionadas con el niño diagnosticado con TEA*

Sexo	<i>n</i>		<i>Mdn</i>		<i>U</i> de Mann Whitney
	Sexo del niño: hombre		Sexo del niño: mujer		
Padres	26	45	4	41.5	42.5
Madres	26	37	4	55.5	32
	Edad del niño: 4 a 5 años		Edad del niño: 6 a 10 años		
Padres	20	46	10	40.5	71.5
Madres	20	43	10	36.5	75
	Cantidad de hijos: único		Cantidad de hijos: más de uno		
Padres	10	45.5	20	44	89.5
Madres	10	43	20	37	84
	Presencia de lenguaje en el niño: sí		Presencia de lenguaje en el niño: no		
Padres	20	46.5	10	4	92.5
Madres	22	38	8	33	66

\* $p < 0.05$

## Discusión

A continuación, se discutirán los resultados encontrados relacionándolos con algunos planteamientos teóricos. En primer lugar se analizará los niveles de alexitimia presentados por la muestra de figuras parentales de niños con TEA, luego se comparará estos niveles según el sexo de la figura parental y finalmente se observará cómo la alexitimia en padres y madres se relaciona con algunas variables sociodemográficas.

En primer lugar, en la muestra se encontró que los niveles de alexitimia de las figuras parentales no pueden ser considerados especialmente elevados. En la presente investigación solo el 8% del total de figuras parentales puede ser caracterizado de esta manera, esta proporción es similar a la de 10.4% encontrada por Szatmari et al. (2008) en figuras parentales de niños con TEA y a los valores entre 9.9% y 13% reportado en muestras finlandesas por distintos autores (Mattila et al., 2006; Salminen et al., 1999). Sin embargo, llama la atención que este porcentaje sea menor al rango esperado en la población general, ubicado entre 15% y 22% (Parker, 1989, en Espina, 2002). En el ámbito peruano, solo se ha encontrado un estudio con adolescentes entre 14 y 18 años, el cual reportaba que el 10.4% de la muestra tenía alta alexitimia (Custodio, 2002 en Vásquez, 2009). Sin embargo, la ausencia de investigaciones realizadas con adultos en nuestro país dificulta la comparación con los valores encontrados en este estudio.

Al observar los niveles de alexitimia por separado en padres y madres, los resultados obtenidos son contrarios a los de Szatmari et al. (2008), quienes encontraron mayores niveles de alexitimia en los padres, corroborando así la existencia del fenotipo amplio del autismo, en este caso caracterizado por la alexitimia, en la población masculina (Happé, Briskman & Frith, 2001; Hughes et al., 1997, en Scheeren & Stauder, 2008). En cambio, esto no se confirma en la presente investigación, dado que solo uno de los padres (3%) pudo ser considerado como alexitímico, mientras que el porcentaje de madres ascendió al 13% de la muestra.

Cabe señalar que los resultados obtenidos no brindan datos consistentes que permitan considerar la alexitimia como una de las expresiones del fenotipo amplio del autismo, ya que esta es muy leve en las figuras parentales evaluadas. Sin embargo, cabe señalar que el diseño de la investigación tuvo en cuenta el punto de corte para alta alexitimia, pero dejó de lado la comparación con los niveles de esta en figuras parentales que no tienen hijos con TEA. Esta comparación, ya sea con las figuras parentales de niños de desarrollo típico o de niños con otros trastornos que no se

relacionen con la expresión de emociones, permitiría comparar cómo se comportan los niveles de alexitimia de ambos grupos.

Así mismo, una limitación de este estudio es que el grupo evaluado al tener el diagnóstico de TEA es heterogéneo. Justamente, por considerar la nueva conceptualización de los TEA, el diagnóstico incluye a niños que si bien comparten la sintomatología principal, tienen una gran diversidad en la cantidad e intensidad de los mismos así como diferentes niveles de funcionamiento. A partir de ello, sería necesario precisar si el fenotipo amplio del autismo estaría presente solamente en casos más severos como en el autismo típico entendido según el DSM-IV-TR, o en todo el espectro. Por eso, consideramos que son necesarias mayores investigaciones en torno al tema.

Es importante considerar que todas las investigaciones similares respecto a la alexitimia la han evaluado con el mismo instrumento, la TAS-20, por ser un instrumento con validez factorial y confiabilidad por consistencia interna validado en distintos idiomas. Sin embargo, la utilización de otro método para medir la alexitimia podría dar nuevas luces acerca del tema, por ejemplo la utilización de la referencia de observadores, que serían personas cercanas al sujeto estudiado, dada la naturaleza de la alexitima. En este sentido existen pruebas como el Beth Israel Hospital Psychosomatic Questionnaire (BIQ) o la Escala de Alexitimia del Observador (OAS) que utilizan el heteroreporte como una estrategia para medir la alexitimia.

En cuanto a la comparación de los niveles de alexitimia de padres y madres, a pesar de la falta de diferencias significativas entre estos, del total de parejas evaluadas, la alexitimia del padre superaba a la de la madre en un 53% de los casos. Adicionalmente, el único padre caracterizado con alexitimia (65 puntos) presentó un puntaje más elevado que la mayoría de las madres alexitímicas. Es decir, las madres tienen puntajes más extremos mientras que los padres tienen puntajes más intermedios de alexitimia. Estos datos siguen la línea propuesta por Páez, Fernández y Mayordomo (2000), quienes señalan que las comparaciones de sexo en las puntuaciones globales de alexitimia no han aportado resultados consistentes, y que se podrían encontrar tendencias más claras en los factores componentes de la alexitimia.

En la presente investigación, las diferencias entre padres y madres al interior de los factores componentes de la alexitimia no fueron estadísticamente significativas. Sin embargo, de manera descriptiva se encontró que el 63% de las madres muestran mayores dificultades que los padres para distinguir entre las sensaciones físicas y las emociones, lo que coincide con una mayor dificultad para diferenciar de forma fina las reacciones fisiológicas emocionales encontradas en mujeres de diferentes culturas por Fernández, Zubieta y Páez (2000). Además, el 50% de los padres presenta mayores

dificultades para describir sus sentimientos a los demás, y también el 60% de padres evidencia una mayor tendencia al pensamiento orientado hacia lo externo. Estos datos coinciden con las diferencias por sexo en los distintos factores planteadas por Fernández et al. (2000), Páez, Fernández y Mayordomo (2000) y Salminen et al. (1999), por lo que se recomienda que se realicen investigaciones con muestras más grandes que corroboren o no esta tendencia.

Cabe señalar que el reporte de la presencia del pensamiento orientado hacia lo externo (factor 3) resultó más confiable en los padres, ya que el grupo de madres se mostró poco consistente a aceptar las manifestaciones de este componente, lo cual limita la certeza de estas conclusiones.

Es así que los niveles de alexitimia global de los padres no permiten corroborar la hipótesis de una predominancia de la expresión del fenotipo amplio del autismo en hombres, ya que no resultaron mayores a los de las madres.

Adicionalmente, se analizaron también las diferencias en los niveles de alexitimia y los factores que la componen en padres y madres según distintas variables sociodemográficas pertinentes. Una de las consideradas fue la edad de las figuras parentales, hipotetizando que de acuerdo al tiempo de vida, podría haber un mayor desarrollo de la identificación y explicación de los sentimientos propios, ya sea por aprendizaje y práctica, o por prestarle más atención y tomar más en cuenta lo que uno mismo siente. Solo se encontraron diferencias significativas en la alexitimia global en el grupo de padres, siendo los padres más jóvenes quienes mayores niveles de alexitimia presentaban. Una posible explicación a estas diferencias de género podría ser que se postula que debido a factores socioculturales, los hombres aprenden a excluir sus emociones, mientras que las mujeres tienden a expresarlas (Alcalá, Camacho, Giner, Giner & Ibañez, 2006) De igual forma, dado que los hombres, en contextos latinoamericanos, están social y culturalmente asociados a una menor comunicación de sus emociones (Sprovieri & Assumpção, 2006), es posible que este peso social pueda ser más fuerte mientras más joven sea la persona.

En el grupo de padres se encontró también una relación negativa entre la alexitimia global y la edad, resultado que no coincide con los estudios de Mattila et al. (2006), Salminen et al. (1999) y Pasini, Delle Chiaie, Seripa y Ciani (1992), en los cuales la alexitimia se asoció con el aumento de la edad. Esto puede deberse a la construcción de la masculinidad a lo largo de la vida. En un principio, esta se plantea en negación a la feminidad, ya que el niño debe rechazar la identificación con la madre y pasar por un fuerte periodo de desfeminización en la adolescencia, continuando con la demostración de la masculinidad en la edad adulta (Callirgos, 1996); en la vejez, la masculinidad de los varones ya no es puesta a prueba, por lo que se les exige de las

rígidas prescripciones de género (Guasch, 2008), y además se presenta una mayor tendencia a la introspección (Papalia & Olds, 2001). Esto permitiría una mayor libertad para estar en contacto con sus emociones, atribuido previamente solo a las mujeres.

Otro dato interesante señala que el pensamiento orientado hacia lo externo muestra una relación positiva con la edad (Moriguchi et al., 2007). Contradiendo esta hipótesis, en la presente investigación se encontró que tanto en padres como en madres el pensamiento orientado hacia lo externo era mayor en el grupo de edad menor a 37 años. Es probable que la focalización en aspectos externos sea una manera en que las figuras parentales se adaptan a las situaciones adversas afrontándolas de manera más pragmática y racional. Esta hipótesis y resultados deberán ser confrontados con futuras investigaciones.

En cuanto al grado de instrucción, lo que puede explicar la falta de diferencias en el grupo de madres es que muchas de las que estudiaron una carrera no la ejercen por encargarse de los hijos y las labores del hogar. En el grupo de los padres se encontraron diferencias significativas en la alexitimia global y en el pensamiento orientado hacia lo externo, de manera que quienes tenían una educación superior completa mostraban menores niveles en estos ámbitos que quienes solo habían culminado los estudios secundarios, coincidiendo con lo planteado por las investigaciones (Mattila et al., 2006; Pasini et al., 1992; Salminen et al., 1999).

Llama la atención que en variables personales como son la edad y el grado de instrucción, las diferencias se hayan encontrado solamente en el grupo de padres, que son quienes se esperaba que presenten el fenotipo amplio del autismo de manera más clara. Así, se podría plantear que la alexitimia como un rasgo de transmisión genética asociada a los TEA podría encontrarse principalmente en los padres en el estilo de pensamiento orientado hacia lo externo. Sin embargo esta idea debe ser considerada como una hipótesis a seguir profundizando en posteriores estudios.

También se buscó analizar los niveles de alexitimia de acuerdo al estado civil de padres y madres. Solo se encontraron diferencias significativas en el grupo de madres, entre las casadas y las convivientes, de manera que las mujeres convivientes presentaron mayores niveles de alexitimia global, mayores dificultades para describir sus sentimientos a los demás y un estilo de pensamiento orientado hacia lo externo. Además, quienes conviven también presentan más dificultades que quienes están separadas en describir sus sentimientos a los demás.

Lo anterior lleva a pensar que tal vez la variable influyente en estas diferencias sea el estado civil, que incluye necesariamente la presencia o ausencia de la pareja. Como hipótesis se podría pensar que el matrimonio, en tanto constituye un contrato concreto, brindaría a las mujeres una mayor seguridad en su relación de pareja, que



se ve reflejada en una mayor comunicación y expresión de emociones con el cónyuge. Así mismo, la convivencia podría constituir para las madres una preocupación tanto económica como emocional ante la posibilidad de una separación. Esta postura entendería la alexitimia como una variable cambiante, de acuerdo a la teoría que postula que la alexitimia puede ser influida por el ambiente y desencadenada por una situación difícil o estresante (Krystal, 1988, en Velasco, 2000).

Sin embargo, la dirección de la relación también podría ser contraria, de manera que sean los niveles de alexitimia los que propicien el elegir un estado civil u otro. Estas alternativas señalan una importante limitación de la presente investigación, ya que solo permite conocer asociaciones entre la alexitimia y las demás variables pero no determinar cuál es la variable influyente.

Por otro lado, se analizó también si existía alguna relación entre niveles de alexitimia global y datos relacionados con los hijos diagnosticados con trastornos del espectro autista, como por ejemplo el sexo y la edad de estos, si son hijos únicos o tienen hermanos, y si utilizan el lenguaje para comunicarse.

En relación a la influencia del sexo del hijo en la alexitimia de las figuras parentales, una hipótesis podría ser que la identificación y expresión de emociones de las figuras parentales podría variar de acuerdo a este. Así, debido a la construcción de la masculinidad y las atribuciones de género (Alcalá et al., 2006; Callirgos, 1996; Sprovieri & Assumpção, 2006), las figuras parentales podrían establecer relaciones diferentes con sus hijos de acuerdo a si son niños o niñas, tendiendo a una mayor expresión de emociones al relacionarse con sus hijas. Aunque no se encontraron diferencias significativas de acuerdo a esta variable, la mayor presencia de alexitimia en las madres podría deberse a esta hipótesis, ya que la mayoría de los hijos de los participantes eran hombres. Cabe señalar que estos resultados presentan la limitación de una gran diferencia en el tamaño de los grupos.

Específicamente, se pensó que la edad del niño podría influir en la alexitimia de las figuras parentales en la medida en que, conforme los niños crecen, las figuras parentales comparten con ellos información acerca de sentimientos y emociones, tanto los propios como los del niño. Sin embargo, en la presente investigación no se encontraron diferencias en los niveles de alexitimia de las figuras parentales de acuerdo a la edad del niño.

Adicionalmente, se podría postular que una familia que tiene por lo menos un hijo más, especialmente sin diagnóstico de TEA, así como hijos que utilizan el lenguaje como medio de comunicación, tendría más oportunidades para conversar acerca de lo que siente. En este sentido, se pensó que una persona con predisposición a la alexitimia, y que además se encuentra inserta en un ambiente en el que la

comunicación verbal no se establece con su hijo, encontrará más fácil no verbalizar sus sentimientos en tanto no se ve en la necesidad de hacerlo, a diferencia de aquella con un hijo de desarrollo típico. No obstante, no se encontraron diferencias significativas en los niveles de alexitimia de padres ni madres de acuerdo a la cantidad de hijos o a la comunicación verbal del niño diagnosticado con TEA.

De esta manera, sería interesante que en el futuro se realicen investigaciones complementarias a esta. Dicho estudio debería considerar algunos datos de la muestra que resultaron relevantes, como la edad, el grado de instrucción y el estado civil, para disminuir posibles influencias que puedan variar los resultados y darle más confiabilidad a la comparación. Esta investigación podría dar luces de si en el caso limeño se repiten los mayores niveles de alexitimia en figuras parentales de niños con TEA encontrados por Szatmari et al. (2008). Además, el tamaño pequeño de la muestra constituye una limitación de esta investigación, lo que incrementa la importancia de posteriores estudios en esta temática.

Así mismo, se podrían incluir estudios destinados a evaluar otras características del fenotipo amplio del autismo y así poder establecer relaciones con los niveles de alexitimia, lo que ayudará a determinar más claramente si se podría considerar a la alexitimia como una expresión del fenotipo. Estas alternativas serían las propuestas por Hurley et al. (2007), quienes consideran que el fenotipo está compuesto por una personalidad distante, personalidad rígida y déficit en el lenguaje pragmático; o la comprensión del fenotipo como dificultades en las áreas de habilidad social, cambio en el foco de atención, mayor atención a detalles y dificultades en la comunicación e imaginación (Baron-Cohen et al., 2001).

Los resultados de este estudio señalan que la alexitimia de las figuras parentales evaluadas no es mayor a la esperada en la población general, por lo que en esta muestra la alexitimia no constituiría una expresión del fenotipo amplio del autismo. En este sentido, futuras investigaciones deberán delimitar de qué otras maneras podría expresarse el fenotipo amplio del autismo, en caso de estar presente en los familiares directos de niños con TEA.

## Referencias

- Alcalá, V., Camacho, M., Giner, D., Giner, J. & Ibañez, E. (2006). Afectos y género. *Psicothema*, 18(1), 143-148. Recuperado de <http://www.psicothema.com>
- American Psychiatric Association – APA (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text revision), *DSM-IV-TR*. Washington: APA  
(Trad. Cast. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición, texto revisado. Barcelona, España: Massón.)
- 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(1), 23-32. doi: 10.1016/0022-3999(94)90005-1
- Baron-Cohen, S. (2008). *Autism and Asperger Syndrome*. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., Martin, J. & Clubley, E. (2001). The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High-Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(1), 5-17. doi: 10.1023/A:1005653411471
- Bauminger, N. & Kasari, C. (1999). Brief Report: Theory of Mind in High-Functioning Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 29, 81-86. doi:10.1023/A:1025974701090
- Beglinger, L.J. & Smith, T.H. (2001). A Review of Subtyping in Autism and Proposed Dimensional Classification Model. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(4), 411-422. doi: 10.1023/A:1010616719877
- Bolton, P., Macdonald, H., Pickles, A., Rios, P., Goode, S., Crowson, M., Bailey, A. & Rutter, M. (1994). A Case-Control Family History Study of Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(5), 877-900. doi: 10.1111/j.1469-7610.1994.tb02300.x

- Boomsma, A., Van Lang, N.D.J., De Jonge, M.V., De Bildt, A.A., Van Engeland, H. & Minderaa, R.B. (2008). A new symptom model for autism cross-validated in an independent sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(8), 809-816. doi:10.1111/j.1469-7610.2008.01897.x
- Bossa, C. & Callias, M. (2000). Autismo: breve revisao de diferentes abordagens. *Psicología Reflexao e Crítica*, 13(1). Recuperado de [www.redalyc.com](http://www.redalyc.com)
- Brobst, J.B., Clopton, J.R. & Hendrick, S.S. (2009). Parenting Children with Autism Spectrum Disorders. The Couple's Relationship. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 24(1), 38-49.
- Calle, J. & Utria, O. (2004). Trastorno de Asperger en adolescentes: revisión del concepto y estrategias para la integración escolar. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 36(3), 517-530. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx>
- Callirgos, J.C. (1996). *Sobre héroes y batallas: los caminos de la identidad masculina*. Lima: DEMUS
- Cassel, T.D., Messinger, D.S., Ibanez, L.V., Haltigan, J.D., Acosta, S.I. & Buchman, A.C. (2006). Early Social and Emotional Communication in the Infant Siblings of Children with Autism Spectrum Disorders: An Examination of the Broad Phenotype. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(1), 122-132. doi: 10.1007/s10803-006-0337-1
- Díaz & Balbás (2002). Estudio de variables relacionadas con la alexitimia en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista electrónica de Motivación y Emoción*, 5(10). Recuperado de <http://reme.uji.es/articulos/adiazj9270605102/texto.html>
- Espina, A. (2002). Alexitimia y relaciones de pareja. *Psicothema*, 14(4), 760-764. Recuperado de <http://www.psicothema.com>
- Espina, A., Alemán, A., Ochoa, I. & Ortego, M.A. (2001). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología*, 17, 139-149.

- Fein, D., Stevens, M., Dunn, M., Waterhouse, L., Allen, D., Rapin, I. & Feinstein, C. (1999). Subtypes of Pervasive Developmental Disorders: clinical characteristics. *Child neuropsychology*, 5, 1-23. doi: 10.1076/chin.5.1.1.7075
- Fernández, I., Zubieta, E. & Páez, D. (2000). Expresión e inhibición emocional en diferentes culturas. En D. Páez & M.M. Casullo (Comp.), *Cultura y alexitimia ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* (pp. 73-98). Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3rd ed.). Sussex, Inglaterra: SAGE Publications Ltd
- Fitzgerald, M. & Bellgrove, M.A. (2006). Letter to the Editor. The Overlap between Alexithymia and Asperger's Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(4), 573 – 576. doi: 10.1007/s10803-006-0096-z
- Fombonne, E. (2003). Epidemiological Surveys of Autism and Other Pervasive Developmental Disorders: An Update. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33(4), 365-382. doi: 10.1023/A:1025054610557
- Georgiades, S., Szatmari, P., Zwaigenbaum, L., Duku, E., Bryson, S., Roberts, W., Goldberg, J. & Mahoney, W. (2007). Structure of the autism symptom phenotype: A proposed multidimensional model. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(2), 188-196. doi: 10.1097/01.chi.0000242236.90763.7f
- Gillberg, E. & Billstedt, C. (2000). Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(5), 321-330.
- Guasch, O. (2008). Género, masculinidad y edad. En Téllez Infantes, A. & Martínez Girao, J.E. (Eds.), *Investigaciones antropológicas sobre género: de miradas y enfoques* (pp. 43-54). Recuperado de <http://ve.umh.es/blogs/sieg/Web-NO%20TOCAR/PUBLICACIONES/investigaciones%20antropologicas/investigaciones%20antropologicas.pdf#page=43>

- Gulsrud, A.C., Jahromi, L.B. & Kasari, C. (2010). The Co-Regulation of Emotions Between Mothers and their Children with Autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(2), 277-237. doi: 10.1007/s10803-009-0861-x
- Happé, F. Briskman, J. & Frith, U (2001). Exploring the cognitive phenotype of autism: Weak “central coherence” in parents and siblings of children with autism: I. Experimental test. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(3), 299-307. doi: 10.1111/1469-7610.00723
- Happé, F. & Frith, U. (2006). The Weak Coherence Account: Detail-focused Cognitive Style in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 5-25. doi: 10.1007/s10803-005-0039-0
- Hill, E., Berthoz, S. & Frith, U. (2004). Brief Report: Cognitive Processing of Own Emotions in Individuals with Autistic Spectrum Disorders and in Their Relatives. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34(2), 229-235. doi: 10.1023/B:JADD.0000022613.41399.14
- Honkalampi, K., Hintikka, J., Tanskanen, A., Lehtonen, J. & Viinamäki, H. (2000). Depression is Strongly Associated with Alexithymia in the General Population. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(1), 99-104. Doi: 10.1016/S0022-3999(99)00083-5
- Hurley, R.S.E., Losh, M., Parlier, M., Reznick, J.S. & Piven, J. (2007). The Broad Autism Phenotype Questionnaire. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37(9), 1679-1690. doi: 10.1007/s10803-006-0299-3
- Kaland, N., Callesen, K., Moller-Nielsen, A., Mortensen, E.L. & Smith, L. (2008). Performance of Children and Adolescents with Asperger Syndrome or High-functioning Autism on Advanced Theory of Mind Tasks. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 1112-1123. doi: 10.1007/s10803-007-0496-8
- Kendall, R. & Rodríguez, E. (2003). *Validación de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en una Población de Estudiantes Universitarios*. Tesis para optar el Grado de Especialista en Psiquiatría de la UNMSM.

- Levy, S.E., Mandell, D.S. & Schultz, R.T. (2009). Autism. *Lancet*, 374, 1627-1638. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61376-3
- Loiselle, C.G. & 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. doi: 10.1177/136346150103800305
- López, S. & Cajal, C. (2007). Curso y pronóstico del trastorno autista. *Pensamiento Psicológico*, 3(8), 19-29.
- López, S., Rivas, R.M. & Taboada, E.M. (2008). Los riesgos maternos pre-, peri- y neonatales en una muestra de madres de hijos con trastorno generalizado de desarrollo. *Psicothema*, 20(4), 684-690. Recuperado de [www.psicothema.com](http://www.psicothema.com)
- López, S., Rivas, R.M. & Taboada, E.M. (2009). Revisiones sobre el autismo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 555-570. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/805/80511929011.pdf>
- Martínez, F. & Ortiz, B. (2000). La evaluación de la alexitimia. En Páez, D. & Casullo, M. (Comp.), *Cultura y alexitimia ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* (pp. 35-50). Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Mattila, A.K., Salminen, J.K., Nummi, T. & Joukamaa, M. (2006). Age is Strongly Associated with Alexithymia in General Population. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(5), 629-635. doi: 10.1016/j.jpsychores.2006.04.013
- Mayes, S.D., Calhoun, S.L. & Crites, D.L. (2001). Does DSM-IV Asperger's Disorder Exist? *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(3), 263-271.
- Mebarak, M., Martínez, M. & Serna, A. (2009). Revisión bibliográfico analítica acerca de las diversas teorías y programas de intervención del autismo infantil. *Psicología desde el Caribe*, 24, 120-146. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=21312270007>
- Montiel-Nava, C. & Peña, J.A. (2008). Epidemiological findings of pervasive developmental disorders in a Venezuelan study. *Autism*, 12(2), 191-202. doi: 10.1177/1362361307086663

- 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. doi: 10.1186/1751-0759-1-7
- Otero, J. (1999). Alexitimia, una revision. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19, 587 - 596. Obtenido de [http://www.dinarte.es/Salud-mental/pdfs/72\\_originales2.pdf](http://www.dinarte.es/Salud-mental/pdfs/72_originales2.pdf)
- Páez, D., Fernández, I. & Mayordomo, S. (2000). Características alexitímicas y diferencias culturales. En Páez, D. & Casullo, M. (Comp.), *Cultura y alexitimia ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* (pp. 51-71). Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I. & Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la Escala de alexitimia de Toronto. Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.
- Papalia, D.E. & Olds, S.W. (2001). *Psicología*. Madrid, España: McGraw-Hill
- Parker, J., Bagby, R., Taylor, G., Endler, N., & Schmitz, P. (1993). Factorial validity of the 20-item Toronto Alexithymia Scale. *European Journal of Personality*, 7(4), 221-232. doi: 10.1002/per.2410070403
- Pasini, A., delle Chiaie, R., Seripa, S. & Ciani, N. (1992). Alexithymia as Related to Sex, Age and Educational Level. *Comprehensive Psychiatry*, 33(1), 42-46. doi: 10.1016/0010-440X(92)90078-5
- Rapin, I. (2002). The autistic-spectrum disorders. *New England Journal of Medicine*, 347(5), 302-303. Recuperado de <http://content.nejm.org/cgi/reprint/347/5/302.pdf>
- Romero, C. (2009). *Alexitimia en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada*. Tesis de Licenciatura no publicada, Especialidad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.



- Rutter, M., Bailey, A. & Lord, C. (2003). *SCQ The Social Communication Questionnaire*. (Pereña, J. y Santamaría, P., adaptación española). TEA Ediciones
- Salminen, J.K., Saarijärvi, S., Äärelä, E., Toikka, T. & Kauhanen, J. (1999). Prevalence of Alexithymia and its Association with Sociodemographic Variables in the General Population of Finland. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(1), 75-82. doi: 10.1016/S0022-3999(98)00053-1
- Scheeren, A. & Stauder, J. (2008). Broader Autism Phenotype in Parents of Autistic Children: Reality or Myth? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(2), 276-287. doi: 10.1007/s10803-007-0389-x
- Sivak, R. & Wiater, A. (1997). *Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos. Teoría y clínica*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Spitzer, C., Siebel-Jürges, U., Barnow, S., Grabe, H.J. & Freyberger, H.J. (2005). Alexithymia and Interpersonal Problems. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(4), 240-246. doi: 10.1159/000085148
- Sprovieri, M.H. & Assumpção, F.B. (2006). Autismo e alexitimia. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 26(3), 53-60.
- Szatmari, P., Georgiades, S., Duku, E., Zwaigenbaum, L., Goldberg, J. & Bennett, T. (2008). Alexithymia in Parents of Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(10), 1859-1865. doi: 10.1007/s10803-008-0576-4
- Tani, P., Lindberg, N., Joukamaa, M., Nieminen-von Wendt, T., Von Wendt, L., Appleberg, B., Rimón, R. & Porkka-Heiskanen, T. (2004). Asperger Syndrome, Alexithymia and Perception of Sleep. *Neuropsychobiology*, 49(2), 64-70. doi: 10.1159/000076412

- Teunisse, J.P., Cools, Spaendonck, K.P. van, Aerts, F.H. & Berger, H.J. (2001). Cognitive Styles in High-Functioning Adolescents with Autistic Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, 55-66.  
doi:10.1023/A:1005613730126
- Trottier, G., Srivastava, L. & Walker, C.D. (1992). Etiology of infantile autism: a review of recent advances in genetic and neurobiological research. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 24(2), 103-115. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1188990/pdf/jpn00080-0025.pdf>
- Tryon, P.A., Mayes, S.D., Rhodes, R.L. & Waldo, M. (2006). Can Asperger's Disorder Be Differentiated From Autism Using DSM-IV Criteria? *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 21(1), 2-5. Recuperado de <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1014302281&sid=4&Fmt=4&clientId=39490&RQT=309&VName=PQD>
- Vásquez, C. (2009). *Alexitimia y autolesiones en un grupo de escolares de Lima Metropolitana*. Tesis de Licenciatura no publicada, Especialidad de Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.
- Valera, E.M. & Berenbaum, H. (2001). A Twin Study of Alexithymia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 70(5), 239-246. doi: 10.1159/000056261
- Velasco, C. (2000). Personalidad y Alexitimia. En Páez, D. & Casullo, M. (Comp.), *Cultura y alexitimia ¿Cómo expresamos aquello que sentimos?* (pp. 15-33). Buenos Aires, Argentina: Paidós
- Wing, L. (1981). Language, social and cognitive impairments in autism and severe mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 11(1), 31-44. doi: 10.1007/BF01531339

Wing, L. (1997). The Autistic Spectrum. *Lancet*, 350. Recuperado de <http://web.PsycINFOhost.com/ehost/detail?vid=37&hid=15&sid=7f288051-30c7-4776-9855-1a7219bce15d%40sessionmgr113&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#db=pbh&AN=9712180904>









## ANEXO A

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

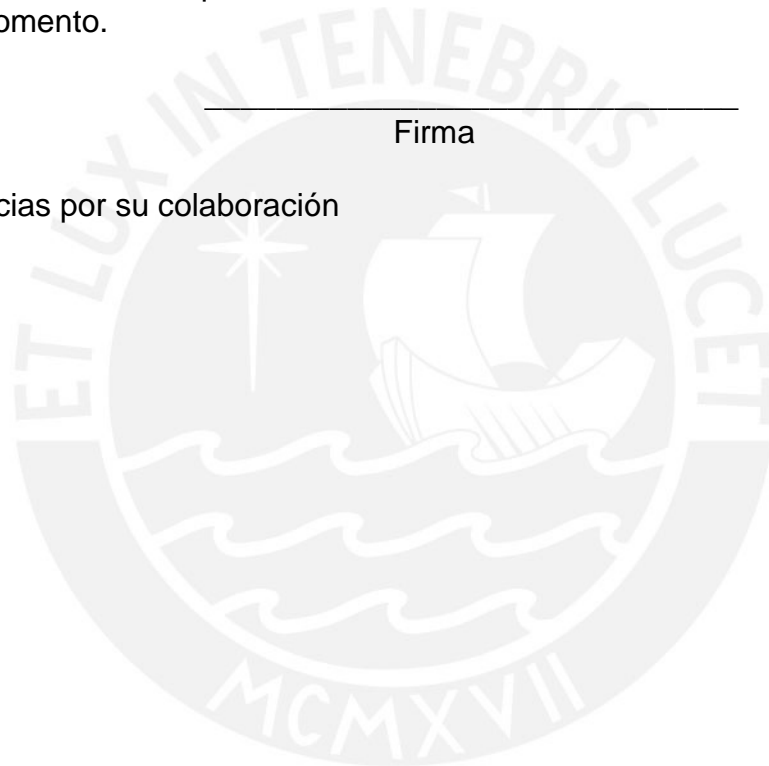
Acepto participar libre y voluntariamente de la investigación que conduce Natalia Verán dirigida a conocer ciertas características de los padres y madres de niños diagnosticados con trastornos del espectro autista. Se me ha explicado que los datos que brinde en los siguientes cuestionarios serán manejados de manera confidencial, mi nombre no aparecerá en ningún momento de la investigación y los resultados serán expuestos de manera grupal. Por la misma razón, no podré obtener los resultados de los cuestionarios que resolví.

Entiendo que si deseo, puedo retirarme libremente de la investigación en cualquier momento.

---

Firma

Muchas gracias por su colaboración







## ANEXO B

## FICHA DE DATOS

La siguiente ficha está dirigida a conocer ciertas características generales de los participantes de la presente investigación. Por favor, completar todas las preguntas marcando o respondiendo según sea el caso.

**Sobre usted:**

1. Sexo

Femenino	masculino
----------	-----------

2. Edad: \_\_\_\_\_

3. Grado de instrucción

Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Superior incompleta	Superior completa
------------------------	----------------------	--------------------------	------------------------	------------------------	----------------------

4. Ocupación: \_\_\_\_\_

5. Estado civil

Soltero	Casado	Conviviente	Divorciado/Separado
---------	--------	-------------	---------------------

6. Cantidad de hijos: \_\_\_\_\_

7. Personas con las que vive: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Sobre su hijo diagnosticado con trastornos del espectro autista:**

8. Sexo

femenino	masculino
----------	-----------

9. Edad: \_\_\_\_\_

10. Posición ordinal entre hermanos: \_\_\_\_/\_\_\_\_

11. ¿Su hijo tiene lenguaje?

Sí	No
----	----

12. Diagnóstico actual y cuándo fue dado (aproximadamente):  
 \_\_\_\_\_

13. ¿Ha habido algún cambio en el diagnóstico? ¿Cuál?

Diagnóstico anterior: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diagnóstico anterior: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

14. ¿Qué terapias lleva su hijo actualmente y hace cuánto tiempo?

Terapia: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Terapia: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Terapia: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Terapia: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Terapia: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Terapia: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Terapia: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

Terapia: \_\_\_\_\_ Tiempo: \_\_\_\_\_

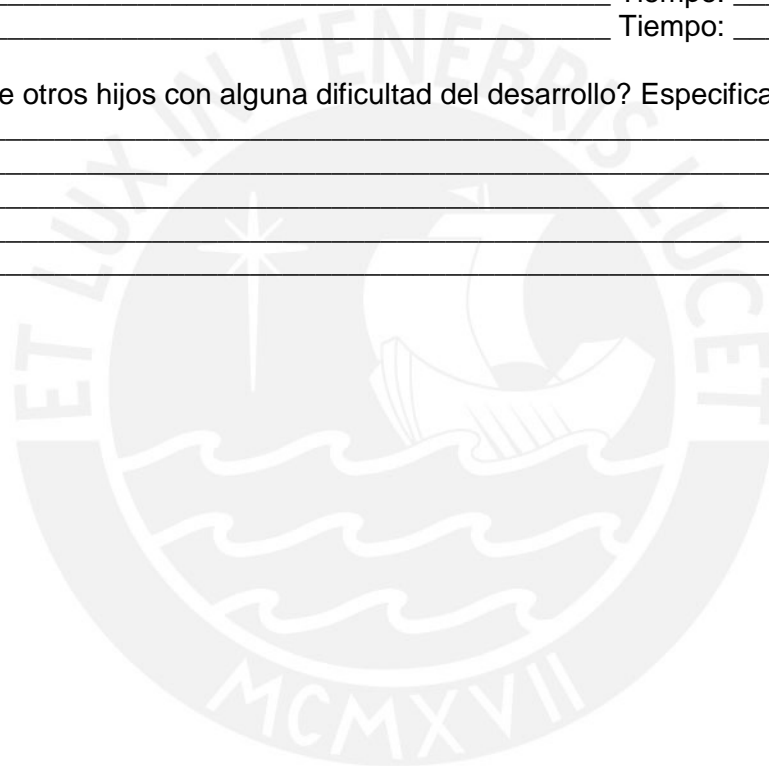
15. ¿Tiene otros hijos con alguna dificultad del desarrollo? Especificar

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## ANEXO C

**Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones Item-Test  
Corregidas de la Escala de Alexitimia de Toronto – TAS-20**

Padres			Madres		
Item	Correlación Item-Test corregida	Alfa si se elimina el Item	Item	Correlación Item-Test corregida	Alfa si se elimina el Item
<b>Escala Total <math>\alpha = 0.732</math></b>			<b>Escala Total <math>\alpha = 0.843</math></b>		
tas1	.455	.708	tas1	.611	.828
tas2	.615	.694	tas2	.688	.823
tas3	.145	.732	tas3	.611	.828
tas4	.448	.708	tas4	.148	.847
tas5	.054	.738	tas5	-.361	.865
tas6	.320	.720	tas6	.532	.831
tas7	.432	.711	tas7	.654	.826
tas8	.036	.741	tas8	.231	.844
tas9	.568	.698	tas9	.653	.824
tas10	.071	.740	tas10	.360	.839
tas11	.666	.687	tas11	.605	.828
tas12	.150	.734	tas12	.634	.827
tas13	.460	.710	tas13	.540	.830
tas14	.279	.723	tas14	.501	.832
tas15	.229	.727	tas15	.070	.852
tas16	.143	.735	tas16	.428	.836
tas17	.198	.731	tas17	.586	.829
tas18	.241	.726	tas18	.299	.841
tas19	.231	.727	tas19	.107	.847
tas20	.253	.726	tas20	.402	.837

Padres			Madres		
Item	Correlación Item-Test corregida	Alfa si se elimina el Item	Item	Correlación Item-Test corregida	Alfa si se elimina el Item
<b>Factor 1 <math>\alpha = 0.766</math></b>			<b>Factor 1 <math>\alpha = 0.844</math></b>		
tas1	.419	.751	tas1	.629	.819
tas3	.328	.765	tas3	.634	.818
tas6	.515	.735	tas6	.535	.832
tas7	.593	.714	tas7	.585	.825
tas9	.613	.708	tas9	.703	.805
tas13	.612	.714	tas13	.562	.829
tas14	.347	.762	tas14	.565	.828

Nota: Factor 1 = Dificultad para identificar los sentimientos y distinguirlos de las sensaciones corporales de la emoción

Padres			Madres		
Item	Correlación Item-Test corregida	Alfa si se elimina el Item	Item	Correlación Item-Test corregida	Alfa si se elimina el Item
<b>Factor 2 <math>\alpha = 0.611</math></b>			<b>Factor 2 <math>\alpha = 0.664</math></b>		
tas2	.422	.530	tas2	.571	.533
tas4	.421	.529	tas4	.052	.746
tas11	.589	.432	tas11	.637	.502
tas12	.104	.680	tas12	.352	.642
tas17	.341	.573	tas17	.506	.570

Nota: Factor 2 = Dificultad para describir los sentimientos a los demás

Padres			Madres		
Item	Correlación Item-Test corregida	Alfa si se elimina el Item	Item	Correlación Item-Test corregida	Alfa si se elimina el Item
<b>Factor 3 <math>\alpha = 0.480</math></b>			<b>Factor 3 <math>\alpha = 0.177</math></b>		
tas5	.108	.483	tas5	-.370	.408
tas8	.115	.483	tas8	.209	.051
tas10	.330	.397	tas10	.104	.133
tas15	.528	.302	tas15	.013	.198
tas16	.173	.466	tas16	.220	.021
tas18	.261	.435	tas18	.210	.080
tas19	.219	.445	tas19	.127	.123
tas20	.054	.523	tas20	.102	.129

Nota: Factor 3 = Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo

## ANEXO D

## Prueba de Normalidad de los datos de acuerdo al estadístico Shapiro-Wilk

Puntaje total de la TAS-20	Shapiro-Wilk	
	Estadístico	Sig.
Padres	.983	.902
Madres	.907	.013

\* $p \geq 0.05$  Distribución normal



## ANEXO E

**Diferencias en alexitimia global, factor 2 y factor 3 en las madres según estado civil**

Variable	Soltera		Casada		U de Mann Whitney
	n	Mdn	n	Mdn	
Alexitimia global	1	65	21	35	0
Factor 2	1	19	21	8	0
Factor 3	1	23	21	16	0
	Soltera		Conviviente		
Alexitimia global	1	65	6	51,5	0
Factor 2	1	19	6	13,5	0
Factor 3	1	23	6	21	1
	Soltera		Separada		
Alexitimia global	1	65	2	37,5	0
Factor 2	1	19	2	10,5	0
Factor 3	1	23	2	19	0
	Casada		Conviviente		
Alexitimia global	21	35	6	51,5	23.5*
Factor 2	21	8	6	13,5	23.5*
Factor 3	21	16	6	21	18.5**
	Casada		Separada		
Alexitimia global	21	35	2	37,5	14,5
Factor 2	21	8	2	10,5	13,5
Factor 3	21	16	2	19	9,5
	Conviviente		Separada		
Alexitimia global	6	51,5	2	37,5	0,5
Factor 2	6	13,5	2	10,5	0*
Factor 3	6	21	2	19	3,5

*Nota:* Factor 2 = Dificultad para describir los sentimientos a los demás,  
 Factor 3 = Estilo de pensamiento orientado hacia lo externo

\*p<.05

\*\*p<.01