



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Departamento de Psicología Médica,

Psiquiatría y Salud Mental

Centro Médico Nacional “20 De Noviembre”

ISSSTE

**Estructura De Personalidad En Pacientes
Obesas Infértiles En El Centro Médico Nacional**

“20 De Noviembre”

No. de Registro 317.2009

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA**

PRESENTA:

Dr. RICARDO MONSIVAIS RIOS



Dra. MARTA GEORGINA OCHOA MADRIGAL

Asesor de Tesis

MÉXICO, D.F. AGOSTO 2009.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A DIOS.

A LA OPORTUNIDAD EN TODOS LOS ASPECTOS QUE ME DIERON MIS
PADRES SRA. MARÍA ELENA Y SR. VICENTE.

MIS QUERIDOS HERMANOS.

A MI LINDA ESPOSA KENIA FABIOLA.

MIS DOS MOTORES OCTAVIO Y LEONARDO.

CON ADMIRACIÓN Y RESPETO A TODOS MIS PROFESORES.

Índice

Resumen

Abstract

Introducción

Antecedentes

Planteamiento del Problema

Justificación

Hipótesis de Trabajo

Material y Métodos

Resultados

Tablas

Gráficos

Discusión

Conclusiones

Anexos

Bibliografía

Palabras clave: Estructura, personalidad, obesidad, problema de salud pública, factores psicológicos, infertilidad, ansiedad, depresión.

ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD EN PACIENTES OBESAS INFÉRTILES EN EL CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”

RESUMEN

Objetivo: Correlacionar estructura de personalidad y la dificultad para disminuir de peso.

Conocer factores demográficos en la población.

Método: Este estudio se realizó entre Agosto de 2008 a Febrero de 2009 con las pacientes de protocolo de infertilidad del Servicio de Reproducción Humana del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre”.

Se utilizó el inventario de Personalidad Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson (T-JTA) y se llevó a cabo de forma dirigida y autoaplicada a 30 pacientes.

Este instrumento se diseño con el propósito de que sirviera en forma rápida y conveniente como método de medida de un número importante de variables de personalidad o tendencias conductuales comparativamente independientes al momento de contestar las preguntas.

Resultados: Se recabaron datos de 30 pacientes en protocolo de infertilidad y que presentan dificultad para disminuir de peso. Tienen un rango de edad de 25 a 39 años, con un promedio de 33 años.

Del total de las pacientes, 23 de ellas (76.6%) son originarias del Distrito Federal; el resto, 7 pacientes (23.4%) de los diversos estados. La escolaridad varía del nivel de educación secundaria a licenciatura. El rasgo E Indiferente lo presentan las 30 pacientes (100%). El rasgo F Subjetivo es presentado por 29 pacientes (96.6%). El rasgo D Inhibido lo presentan 29 pacientes (96.6%). El rasgo H Hostil es presentado por 28 pacientes (93.3%), denotando éstos la necesidad de un cambio urgente.

Conclusiones: En este estudio no se encontró asociación entre el índice de masa corporal y los rasgos de personalidad, esto implica que la relación que se obtiene, es que se deba al azar y no a que el índice de masa corporal esté relacionado con un rasgo en particular.

Existen características en los rasgos de personalidad que se reportan que son muy similares en otros estudios como lo es la hostilidad, el pobre control de impulsos, indiferencia y subjetividad. No existe relación entre las variables demográficas y los rasgos de personalidad.

Para el manejo integral de los pacientes obesos deben existir modificaciones en el estilo de vida que consisten en un programa de alimentación, ejercicio aeróbico, manejo del estrés, consejería que motive el cambio en el estilo de vida, con un manejo psicológico encaminado en la expresión de sus emociones.

PERSONALITY'S STRUCTURE IN WEIGHTY INFERTILE PATIENTS AT THE NATIONAL MEDICAL CENTER "20 DE NOVIEMBRE"

ABSTRACT

Objective: To correlate the personality's structure with the difficulty to lose weight.

To know the demographic features of the population.

Method: This study it was done between August 2008 to February 2009 with infertility protocol's patients at the Service of Human Reproduction of The National Medical Center "20 de Noviembre"

In the procedure, it was used the inventory of the Taylor- Johnson Temporal Analysis (T-JTA) and it was led and auto applied to 30 patients.

This instrument was designed with the purpose to be a quick and convenient method to measure an important number of personality's types or behavioral tendencies comparatively independents at the moment to answer the questions.

Results: It was recopilated data of 30 patients of the infertility protocol that present difficulties to lose weight. They are between 25 and 39 years old, with an average of 33 years old. Twenty three patients of the sample (76.6%) are from the Mexico City; and the others 7 patients (23.4%) come from differents states of the country. The level of education of these is between elementary and university one. There is not relation between the demographic data and the personality's characteristics.

The feature E Indifferent is present in the 30 patients (100%). The feature F Subjective is present in 29 patients (96.6%). The feature D Inhibited is present in 29 patients (96.6%). The feature H Hostile is present in 28 patients (93.3%), these results denote the necessity of an urgent change.

Conclusions: In this study it was not find relation between the body mass index and the personality's features, this implies that the relation that it is obtained responds to the chance and not the fact that the body mass index is connected with any particular feature. There is not relation between demographic data and the personality's features. There are characteristics in the personality's features that in others studies are reported very similar, like the hostility, the low control of impulses, the indifference and the subjectivity.

To achieve an integral management of the weighty patients, there must exist modifications in their style of life which consist in a nutritional program, aerobic exercise, stress management, a counseling that aim these changes and a psychological management directed to the expression of their emotions.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, uno de los principales problemas de salud pública en nuestro país corresponde a la obesidad, la cual es un padecimiento grave que ocasiona múltiples complicaciones ya que afecta un gran número de aparatos y sistemas en el organismo. Existe una mayor predisposición a padecerla en la mujer, debido a factores hormonales, genéticos y psicológicos.

Existen diversos estudios en los que se ha relacionado a la obesidad y la dificultad para procrear. La infertilidad es una consecuencia observable y cada vez más frecuente relacionada a la obesidad; de lo anterior se tienen varias explicaciones de orden fisiológico entre las que se mencionan la anovulación por hiperandrogenismo, desregulación hormonal gonadotrópica y alteraciones a nivel celular.

En el campo de la Psiquiatría considerar los factores conductuales y psicológicos en la génesis de la obesidad y las consecuencias negativas que puede provocar en una mujer además infértil es de vital importancia para poder encontrar alternativas que coadyuven a un mejor tratamiento y opciones más viables y efectivas en los programas de fertilidad para las mujeres obesas, principalmente para aquellas en las que se identifican factores de la personalidad que conllevan a una dificultad para disminuir de peso.

Las respuestas emocionales frecuentes para la infertilidad incluyen angustia, culpa, baja autoestima, disfunción sexual, distres marital y aislamiento social.

En el Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.) se brinda atención médica especializada a este grupo de pacientes mujeres obesas infértiles en las que existe una dificultad para disminuir de peso. Lo anterior a cargo del servicio de Reproducción Humana. Desde hace ya algunos años a través de la coordinación de servicios modulares el servicio de Psiquiatría participa activamente en el manejo conjunto multidisciplinario de estas pacientes brindando consejería y dando atención a cada caso en particular con la finalidad de identificar aquellos factores de índole psiquiátrico-psicológico que repercuten negativamente en estas mujeres en su dificultad para disminuir de peso y en concordancia en su capacidad reproductiva.

Lo antes mencionado incide directamente en mi interés por estudiar la estructura de personalidad en este grupo de pacientes con el objetivo final de poder comprender aquellos rasgos de personalidad que obstaculizan el propósito de estas pacientes por una parte la reducción de peso y por otra el de ser madres y en base a esto proponer alternativas psicoterapéuticas.

ANTECEDENTES

Por miles de años el sobrepeso y la obesidad fueron excepcionales, raramente vistos y nunca estudiados. En algunas culturas inclusive la obesidad se estimó de tal manera que indicaba estatus y abundancia. Sin embargo, la cultura griega fue la primera en mencionar el peligro de la obesidad y la asociación con la enfermedad. Hipócrates entendiendo que la obesidad conducía a la infertilidad y a la muerte temprana, escribió:

“Al principio, el hombre hizo uso del mismo alimento que las bestias, y fueron algunas enfermedades las que padeció por algunos alimentos indigeribles, éstos le enseñaron a lo largo del tiempo, a encontrar una dieta diferente, mejor adaptada a su constitución enseñando que la espontánea y cruda producción de la tierra debe haberse acortado mas que alargado sus vidas”. Los egipcios cuestionaron la dieta como significado de preservación de la salud, al reconocer que la calidad como la cantidad de alimentos era importante. ^(1,14)

Un sin número de grandes médicos hicieron énfasis en la combinación de la alimentación balanceada y el ejercicio para la preservación de la salud. Esta creencia ha continuado por médicos modernos y mencionan que la obesidad es un problema de salud en la que se debe realizar prevención a este mal. ⁽¹⁾

1. La obesidad como problema de Salud Pública en México

En los últimos seis años, la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó alrededor de 12% en hombres y mujeres, lo cual representa un aumento anual promedio de 2% en la prevalencia, que llegó a ser de 70% para el 2006; de mantenerse este aumento en 10 años, 90% de los adultos mexicanos podría tener sobrepeso y obesidad. ⁽³⁾

Esta situación que presenta nuestro país, se le ha relacionado con cambios demográficos. Antes la población rural del país era del 75 al 80% del total y la urbana era solo del 20 al 25%. Para la mitad del siglo XX estas condiciones se habían invertido y cuando mucho el 20% de los habitantes del país actualmente viven en zonas rurales (transición demográfica).

Otros factores asociados son la adopción de estilos de vida y los acelerados procesos de urbanización en los últimos años, coincidiendo con modificaciones con el perfil epidemiológico y de los patrones alimentarios; y se advierte que el incremento de la obesidad tiende a desplazarse hacia los grupos con nivel socioeconómico bajo. Sin embargo las características de la obesidad podrían ser diferentes entre los individuos más pobres y más ricos del mismo país, o entre los individuos más pobres o más ricos de los países desarrollados o en desarrollo. ^(4, 5)

Entre los cambios observados en nuestro país, que pueden tener una connotación negativa en los habitantes, están aquellos asociados con la dieta y la nutrición, ya que se ha observado que en las últimas décadas, la población mexicana está teniendo una modificación en sus patrones de alimentación caracterizada por un consumo creciente de alimentos ricos en colesterol, grasas saturadas, azúcares y sodio, entre otros nutrientes. Asociado a estos cambios se está observando un

aumento en las enfermedades crónicas relacionadas con la nutrición, como es la diabetes y la obesidad entre otros. ⁽⁵⁾

Por otra parte, el estado nutricional no puede ser evaluado y comprendido completamente separado del contexto sociocultural. Los antropólogos han enfatizado que, siendo todos los individuos miembros de una cultura y la cultura una guía aprendida de comportamientos aceptables, los modos de alimentación deben ser necesariamente influidos por la cultura.

Generalmente los productos industrializados son relativamente más caros y menos recomendables desde el punto de vista nutricional que otros similares. En México la cultura alimentaria tiene un amplio mosaico de expresiones regionales y locales, sin embargo en la actualidad muestra tendencia a la homogeneización debido a la estigmatización que se ha hecho de la comida mexicana y la promoción de la comida industrial constituida como símbolo de abundancia. ⁽⁵⁾

Ortiz (1994) advierte que el modelo alimentario industrial que se propone a través de la publicidad, rompe el vínculo cultural entre el lugar y alimento. Lo anterior produce el paso de la cocina tradicional, constituida por platillos típicos diversos, ligados a la capacidad de auto abastecimiento y a lo rural, a la cocina industrial, homogénea, extranjera y rápida; si bien esto no significa que los platillos típicos desaparezcan completamente, es probable que muchos de ellos formarán parte de la cocina industrial al precio de perder su identidad ⁽⁵⁾

Según plantea Casanueva (2001), la dieta mexicana en promedio es equilibrada y valiosa, y resulta más recomendable que la de los países llamados desarrollados, siempre y cuando se de en condiciones de suficiencia y diversidad. El predominio de cereales y leguminosas, el consumo abundante y variado de frutas y verduras,

con la adición de pequeñas cantidades de alimentos de origen animal, es más recomendable que la dieta de los países industrializados basadas en productos de origen animal, cereales refinados y excesivo consumo de alimentos energéticos. (2, 5)

2. Factores psicológicos en el paciente obeso

La experiencia clínica nos sugiere que los pacientes obesos quienes buscan tratamiento para ese problema de salud tienen significativamente más problemas psicológicos que la población normal por la existencia de determinadas conductas imitadas y los modelos de personalidad los cuales tienen una influencia sobre las calorías consumidas y la energía gastada y consecuentemente en la disminución del peso (Charles 1987). (6, 8)

Frecuentemente muestran características de personalidad pasivo-agresivo y pasivo-dependiente. Pueden parecer pasivos, pero mostrar su hostilidad en sus relaciones interpersonales (Bruch, 1973). Otros autores han reportado inmadurez y pobre control de impulsos (Hutzler, 1981). (6)

Aunque muy poco considerados, los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, este primer aspecto, precipita y perpetúa el consumo exagerado de alimentos. El abordaje y tratamiento de las características psicológicas es de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo. Los obesos sufren, con gran frecuencia diversos trastornos psicológicos:

a) *Imagen corporal distorsionada*

Es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real (Cash & Pruzinsky, 1990).

Clásicamente (Slade 1994) se la define como la representación que se tiene del tamaño, contornos y forma del cuerpo y el sentimiento que trae aparejado sus características y las de sus diferentes partes constitutivas.

Está íntimamente ligada a la autoimagen, a la autoestima y al sentimiento de sí o identidad. (7)

Estas tres esferas están íntimamente relacionadas en la constitución de la imagen corporal y los componentes de cada una de ellas son más problemáticos en los individuos obesos.

Con respecto al registro de la forma, las personas con obesidad tienen distorsión en cuanto al tamaño corporal, están insatisfechas y preocupadas con su apariencia física. La alteración en el registro de la forma en los obesos es la subestimación, donde el cuerpo se percibe en dimensiones inferiores a las reales.

Los trastornos a nivel de la percepción interoceptiva- contenido-se expresan como dificultad en percibir, discriminar y nominar los afectos (sensaciones interoceptivas y sentimientos) fundamentalmente los registros de hambre y saciedad, ya que el alimento puede adquirir un valor atractivo y peligroso, generador y evacuador de tensiones endosomáticas o psicobiológicas como una defensa frente al impacto de emociones que no pueden ser manejadas y/o toleradas por un aparato psíquico con predominancia de un modo de funcionamiento que tiende a la descarga de las mismas. (7)

Con respecto al registro del significado, en la sociedad actual sobrepreocupada por la apariencia física, la persona con obesidad es juzgada como físicamente

menos atractiva, carente de voluntad y conducta, esto lleva a que muchas personas con sobrepeso desarrollen una imagen corporal negativa(Rosen, 1996)

La insatisfacción con la imagen corporal en la obesidad no solo es una motivación frecuente para intentar bajar de peso sino también puede ser motivo de un importante y significativo impedimento y malestar crónico ya que influye en los pensamientos, sentimientos y conductas repercutiendo además notablemente en la calidad de vida de quien la padece. (7)

b) Descontrol alimentario. (ATRACÓN ALIMENTARIO-BINGE EATING)

Es un Trastorno Alimentario que se caracteriza por descontroles alimentarios recurrentes en ausencia de la conducta compensatoria inapropiada, seguido por sentimientos de culpa y por una sensación de enojo, desesperación, decepción por no poderse controlar.

Finalmente, repercute sobre la idea o la preocupación de la figura corporal, afectando directamente a la disminuida autoestima.

c) Ansiedad

La ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. No solo aparece por peligros externos y objetivos, sino también por otros de carácter interno y subjetivo, e incluso por miedos inconscientes.

Si la reacción de ansiedad es muy intensa ya sea porque la amenaza realmente sea enorme o porque nuestros mecanismos de respuesta ante los peligros esté desajustado, la reacción física y psicológica lejos de ayudar a hacer frente a la amenaza, se transformará en un peligro agregado.

El comer, o mas exactamente masticar, al suponer un gasto de energía y al implicar una forma de desgarrar y triturar (actividad un tanto agresiva) se transforma en una forma de reducir la ansiedad, forma rápida y pasajera pero al alcance del paciente.

Si el comer como recurso anti ansiedad se transforma en algo habitual con el tiempo se engordará, incluso estableciendo en algunas personas un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende engordando, y este aumento de peso genera un motivo de alarma, de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come como mecanismo compensador.

Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente alivia comiendo. (7)

La ansiedad puede adoptar diversas formas pero aquella más relacionada con la obesidad es la ansiedad generalizada, es decir aquella que está presente a niveles no muy elevados, pero es casi permanente. Este tipo de ansiedad al no ser muy elevada, consigue un porcentaje de reducción importante con el acto de comer. Al ser constante su presencia y su reducción con el comer se provoca un aumento de peso.

d) Manifestaciones depresivas

Se pueden describir las siguientes características: Incapacidad de atender, percibir y procesar los estímulos y situaciones gratificantes. Toda su atención y todo su

trabajo interno parecen concentrarse únicamente en lo negativo. Ocurre pérdida de interés por las actividades o situaciones que anteriormente resultaban gratificantes. Insomnio o al menos serias dificultades para conciliar el sueño y conseguir que éste sea realmente reparador. Bajo nivel de autoestima. Irritabilidad, incapacidad para concentrarse. Autorreproches por ser incapaz de salir de esta situación depresiva. (7)

A niveles diferentes de conciencia, suele haber sentimientos de culpa, incompetencia personal, inutilidad. Sentimientos no reconocidos de agresividad hacia los demás, que se vuelcan hacia uno mismo. El comer en exceso ciertos alimentos puede contribuir a cerrarle paso a la depresión.

Dado que las personas obesos no suelen estar satisfechas con su imagen corporal, que frecuentemente se aíslan del contacto social, o no se atreven a iniciar contactos eróticos por temor al rechazo, etc., se puede establecer un círculo vicioso donde el comer se transforma en un acto para reducir la insatisfacción y la amenaza de depresión. (7)

e) Trastornos de la sexualidad

De muy distintas maneras puede la sexualidad de una persona relacionarse con su obesidad. Insatisfacciones sexuales que se pagan comiendo.

Son muchos los placeres que se pueden exagerar con tal de amortiguar la insatisfacción sexual, uno de ellos es el placer de comer. Son muchas las personas que utilizan la comida como satisfactor de necesidades que nada tienen que ver con lo nutricional.

Miedo a relaciones sexuales que se dificultan engordando. (7)

El miedo a entrar en una relación afectivo-sexual puede provocar que a nivel inconsciente algunas personas se permitan engordar o no sean eficaces en sus intentos por adelgazar, para de esta manera, ser menos atractivas y dificultar la relación sexual que tanto temen, incluso aunque la deseen.

En algunos obesos de estructura neurótica, especialmente mujeres, muy susceptibles de ofensa fácil y con baja autoestima, se pueden observar rasgos de seducción, humor lábil, cambiante, con historia de dificultades sexuales de orden genital tales como frigidez, vaginismo, rechazo sexual, aunque ninguno es patognomónico de la obesidad nos refieren una disfunción psíquica. (8)

Existen otras alteraciones psicológicas menos específicas y frecuentes.

Valor simbólico de los alimentos.

Miedo a estar delgado.

La obesidad como forma de evitar situaciones desagradables.

Desequilibrio entre satisfacciones e insatisfacciones.

La obesidad como forma de castigo.

Comer como mecanismo evasivo.

Necesidad de identificarse con un obeso.

La obesidad como forma de destrucción de la figura femenina.

3. Factores psicológicos en la infertilidad

Los trastornos de personalidad y sus rasgos pueden tener efectos importantes sobre los pacientes infértiles con la capacidad para hacer frente y acceder con el tratamiento.

Clark et al; 1995, reportan que después de la disminución de peso, el estado psicológico de las mujeres de su estudio mejora significativamente lo cual puede contribuir a la mejoría de la función menstrual. Además el estado psicológico de la mujer antes de la terapia prevé que sea de un pronóstico valioso. La pérdida de peso puede ver amenazada a su imagen corporal y a los mecanismos compensatorios, causando su obesidad nuevamente. Esto puede ser contrario a algún éxito en la reducción de peso y así poder explicar las altas tasas de recaídas en los pacientes obesos. (9)

Es importante para los clínicos ser conscientes de varios trastornos de personalidad y de sus conductas defensivas. Con la prevalencia de estos padecimientos en la población general, los clínicos pueden esperar éstos en pacientes quienes representan un mayor reto en el equipo médico.

Los individuos con trastornos de personalidad del grupo A (Paranoide, Esquizoide y Esquizotípico) son raros, particularmente en infertilidad clínica, por que estos individuos tienden a no encontrar relaciones interpersonales que valgan la pena; así como los pacientes con trastorno bipolar o esquizofrenia que comúnmente están incapacitados.

Los individuos del grupo C (Evitativo, Dependiente, y Obsesivo-Compulsivo) se encuentran más frecuentemente en las clínicas de infertilidad, pero sus problemas son más fáciles de manejar, porque en ellos típicamente se involucra la ansiedad y la necesidad de altos niveles de soporte, entusiasmo y justicia típicos de los pacientes infértiles en general. Sin embargo, las expectativas de estos pacientes como cuidadores puede ser diferente en que ellos tienen una alta necesidad de

dependencia y se puede esperar o querer que los cuidadores sean más paternalistas que colaboradores.

En contraste, los individuos del grupo B (Limítrofe, Narcisismo, Histriónico) son más comunes y problemáticos para el equipo médico de infertilidad. Los individuos con estas características de personalidad tienen percepciones distorsionadas y de expectativas de ellos y de otros de éxitos en el tratamiento y en cada procedimiento (ejemplo: sentirse rechazadas y enfadadas o tener expectativas irreales de la tasa de éxito). Porque ellas están emocionalmente lábiles y frecuentemente sufren de depresión comorbida; los pacientes con trastorno límite, pueden ser especialmente sensibles a los efectos de los medicamentos para la infertilidad sobre el humor. La disforia, el incremento de la ansiedad y la irritabilidad asociada con algunos medicamentos para la infertilidad pueden ser espantosos para estos pacientes. De forma similar, la “montaña rusa” de las emociones asociadas con el tratamiento de la infertilidad pueden nuevamente desestabilizar esta labilidad afectiva de las mujeres. (10)

Estas características pueden indicar que los pacientes con un trastorno de personalidad tienen más dificultades en adaptarse a estas fuertes demandas del control de las conductas de la ingesta. Para algunas mujeres, la reducción de peso puede ser más difícil a corto plazo si se les comparara por ejemplo con el deseo de dejar de fumar. En esta situación, los efectos deberían enfocarse inicialmente en intervenciones que mejoren la probabilidad de la concepción en un plazo mediano. (4, 10)

Las altas tasas de trastornos psiquiátricos (síndromes clínicos y trastornos de personalidad) en los pacientes con obesidad clínica sugieren que si la

psicopatología tiene un impacto en la disminución de peso y en el mantenimiento del mismo, ello puede ser un importante factor mediador para planear el tratamiento del control de peso. (6, 11)

Entre 10 y 20% de los pacientes obesos tiene un trastorno de ansiedad o depresión y las intervenciones de sus problemas médicos pueden beneficiarse por el efecto concurrente del tratamiento de sus condiciones psiquiátricas.

4. Fertilidad y Obesidad

Para iniciar y mantener la función reproductiva se relaciona con un peso óptimo en la mujer; tanto una disminución importante de peso como el sobrepeso y la obesidad están asociados con un incremento en el riesgo de anovulación. (11). Esto como consecuencia de una menor oportunidad de llegar a presentar un embarazo en las mujeres con peso normal. Una hipótesis sugiere que un incremento androgénico en el microambiente de los folículos podría disminuir la calidad del oocito. (13)

La mayoría de las secuelas reproductivas de la obesidad están ideadas para proceder a la modulación de la sensibilidad de la insulina considerando su intervención en el tratamiento médico y/o modulando el peso. (2) En el territorio de la subfertilidad las estrategias pueden estar encaminadas para reducir el peso antes de la concepción, de este modo se promueve la fertilidad y potencialmente se reduce el riesgo obstétrico. (14, 15) La disminución de peso podría considerarse como la primera opción para las mujeres obesas infértiles, mientras que una pequeña disminución en el índice de masa corporal puede acompañarse por una dramática mejoría en la salud reproductiva. (14,16) La pérdida de peso muestra una regularidad del ciclo y una regularidad en las concentraciones de las hormonas

sexuales, lo cual indica que es la obesidad la que exacerba los problemas reproductivos. ⁽¹³⁾

Se conoce que la insulina tiene un efecto negativo en la síntesis hepática de globulina ligada a hormonas sexuales (SHBG), y la obesidad abdominal independiente del síndrome de ovario poliquístico esta asociada con resistencia a la insulina, hiperinsulinemia compensatoria y una reducción específica de la globulina ligada a hormonas sexuales y el incremento de testosterona y dihidrotestosterona. ^(13, 14, 16) Esta hiperinsulinemia estimula la esteroidogénesis y la producción de andrógenos en las células de la teca del ovario, las cuales pueden inhibir la ovulación normal por atresia folicular prematura. La asociación entre obesidad e infertilidad pareciera ser mediada parcialmente en reducir la frecuencia de la ovulación. ^(13, 15, 16)

Varios estudios han mostrado un incremento en el riesgo de infertilidad anovulatoria en mujeres obesas. La anovulación es el resultado de hiperandrogenismo; sin embargo la mayoría de las mujeres obesas tienen ciclos menstruales ovulatorios, por lo tanto, siguen siendo fértiles y sin evidencia de hiperandrogenismo, esto sugiere que la obesidad per se no es sólo un factor involucrado en la génesis del hiperandrogenismo y la disfunción anovulatoria. Ya que, los niveles elevados de andrógenos en las mujeres obesas parecen ser una característica común si se presenta amenorrea. ⁽¹⁷⁾ Otras posibles causas de infertilidad incluyen un incremento en la conversión periférica de andrógenos a estrógenos encabezando un incremento en la retroalimentación negativa sobre la secreción de gonadotrofina, con posibilidad de efectos adversos sobre el endometrio y en el desarrollo del oocito como resultado del incremento de

andrógenos y un efecto adverso en las células de la teca como resultado en el incremento de los niveles de leptina sérica. (4, 15)

5. El riesgo fetal y materno atribuido a la obesidad materna

La obesidad materna (IMC \geq 30) tiene un impacto significativamente negativo sobre el desarrollo fetal con un incremento en el riesgo de anomalías fetales aisladas tales como la anencefalia y espina bífida, onfalocelo, defectos cardiacos septales auriculares o ventriculares, anomalías orofaciales y múltiples más. (18, 19)

Sin embargo, en concepciones espontáneas, la obesidad también se asocia con un incremento en el riesgo de abortos tempranos (6-12 semanas de gestación) y abortos recurrentes. La limitación para el embarazo temprano, así como el riesgo de muerte fetal tardía incrementa proporcionalmente con el IMC de la embarazada. (12, 13, 18)

Entre las complicaciones maternas se mencionan a continuación: Hipertensión, cardiomiopatía, hígado graso gestacional agudo, colestasis gestacional, preeclampsia, tromboembolismo venoso, diabetes mellitus gestacional, cesárea de urgencia, problemas durante la anestesia, infecciones genitourinarias y problemas durante la lactancia. (13, 14, 19)

6. La disminución de peso en las mujeres anovulatorias

El efecto en la disminución de peso por restricción calórica y/o ejercicio se ha estudiado en un número relativamente pequeño de casos, pero con un acuerdo razonable entre éstos.

La disminución de peso con o sin ejercicio resulta en mejoría de la sensibilidad a la insulina y en un incremento en la frecuencia de la ovulación con un relativo menor grado de reducción de peso absoluto. (18)

Varios autores han recomendado a la disminución de peso como lo mejor, así como lo más barato y es causante de buenas relaciones terapéuticas de la mujer infértil. (9)

Las estrategias en la modificación del estilo de vida para la reducción de peso son el ingerir productos vegetales, preparación higiénica de los alimentos respetando las leyes de la alimentación, ejercicio aeróbico, consejería que motive el cambio en el estilo de vida, en el manejo del estrés. El tratamiento más efectivo es el que combina tales estrategias y que se adapten a las características de cada paciente. Un componente crucial en el tratamiento es reconocer que existen dos fases principales: la disminución de peso inmediata y el mantenimiento de la reducción a través del tiempo, el cual invariablemente requiere de diferente énfasis en el tratamiento. (20, 21)

Kiddy et al. (1992) describieron 11 mujeres obesas que presentaban anovulación, y que perdieron >5% de su peso antes de su tratamiento. Alrededor de 9 de estas 11 mujeres mostraron mejoría en la función reproductiva al experimentar un ciclo menstrual más regular. En contraste, el grupo que perdió menos del 5% de su peso inicial, registró una pequeña mejoría en la función reproductiva.

Hollman et al (1996) reportaron que en 35 mujeres bajo un programa de reducción de peso de más de 30 semanas quienes registraron una pérdida de peso de <10%, tuvieron una mejoría en la regularidad de sus menstruaciones del 80% y de embarazo de 29%.

Un estudio de mujeres obesas con diagnóstico de Síndrome de ovario poliquístico mostró beneficios similares con la pérdida de peso. (Huber-Buchholz et al., 1999). Alrededor de 18 mujeres que presentaban anovulación y Síndrome de ovario poliquístico, curva de tolerancia a la glucosa normal, y que estuvieron bajo un programa de 6 meses de dieta y ejercicio. Las pacientes que respondieron con mejoría en la frecuencia de sus ovulaciones mostraron un 11% en la reducción en la masa central abdominal, mientras que la disminución de peso fue de entre 2 y 5%. Estos datos indican que las modificaciones en el estilo de vida llevan a la mejoría de la sensibilidad a la insulina con relativamente grados modestos de pérdida de peso resultando en mejoría en las tasas de ovulación y concepción. ⁽¹⁸⁾

Planteamiento del problema

1. ¿Cuál es la estructura de la personalidad en pacientes obesas infértiles?

Justificación

El interés por parte del servicio de Reproducción Humana como para Psiquiatría en el análisis de este tema como línea de investigación muestra la importancia del estudio de la estructura de la personalidad en pacientes obesas con dificultad para disminuir de peso, ya que en la literatura se ha registrado que el sobrepeso y en particular la obesidad reduce la capacidad de las mujeres en su salud reproductiva.

Encontrar y tratar de eliminar los factores que impiden que una mujer con obesidad disminuya su IMC permitirá, a éste y otros servicios tratantes mejorar las tasas de embarazo. Ya que las conductas erróneas muy frecuentemente imitadas por estas pacientes aunado a las características de personalidad perjudican en el aspecto alimenticio por la falta de un adecuado control de peso. Así, los efectos para hacer frente y continuar con el tratamiento es una tarea ardua para los pacientes, ya que muestran características defensivas particulares y esto es también un gran desafío para el clínico en saber como ayudar con esta problemática. De ello se deriva la importancia de conocer esta estructura de personalidad en estas pacientes para así trabajar con estos rasgos particulares ya que van a permitir aplicar técnicas de manejo correctas en la mejoría de las pacientes que presentan ambos problemas, por una parte el de la infertilidad y por la otra el de la obesidad, de manera que pueda proponerse líneas de investigación o de tratamiento.

Hipótesis

1. La hipótesis verdadera: Existen alteraciones de la estructura de personalidad en el grupo de pacientes obesas del Centro Médico Nacional.
2. La hipótesis nula: No existen alteraciones de la estructura de personalidad en el grupo de pacientes obesas del Centro Médico Nacional.

Objetivo General

Evaluar clinicamente la estructura de personalidad en pacientes obesas infértiles con dificultad para disminuir de peso que se encuentran en protocolo de infertilidad.

Objetivos Específicos

1. Correlacionar estructura de personalidad y la dificultad para disminuir de peso.
2. Conocer factores demográficos en la población.

MATERIAL Y MÉTODOS

El estudio se realizó entre agosto del 2008 a febrero de 2009 con las pacientes de protocolo de infertilidad del servicio de Reproducción Humana del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre". El instrumento que se utilizó fue el Inventario de Personalidad Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson (T-JTA) y se realizó de forma dirigida y autoaplicada.

Tipo de estudio

Es de tipo transversal y observacional por lo cual es una muestra con una "n" no probabilística.

Grupo de estudio

Pacientes que se encuentren en protocolo de infertilidad y que tengan índice de masa corporal mayor o igual a 30 que se encuentren en el servicio de Reproducción Humana del Centro Médico Nacional "20 de Noviembre".

Tamaño de la muestra

Treinta pacientes del servicio de Reproducción Humana.

Criterios de Inclusión:

- Ser derechohabiente del ISSSTE
- Edad de 20 a 40 años.
- Ser candidata para protocolo de infertilidad.

-Paciente con índice de masa corporal mayor o igual a 30.

-Aceptar las entrevistas y aplicación del instrumento.

-Firma de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

-Pacientes que rechacen continuar con el protocolo.

-Fallecimiento del paciente.

Criterios de eliminación:

-Que no acepten las entrevistas.

-Que dejen de responder 30 ó más ítems del instrumento.

METODOLOGÍA

Se dio cita a las pacientes del protocolo de infertilidad para las entrevistas dándose la instrucción a las participantes en relación a la forma adecuada de responder la prueba, que en promedio dura 35 minutos.

Instrucciones

Conteste a todas las preguntas aunque no se sienta muy seguro de las respuestas. No piense mucho en ninguna pregunta antes de contestar.

En la hoja de respuestas hay tres columnas en las que debe marcar sus contestaciones.

1. MAS (+) significa “Definitivamente” o “Preferentemente si”.
2. MID Significa indeciso.
3. MENOS (-) Significa “Definitivamente no” o “Preferentemente no”.

Trate de contestar con un MAS (+) o un MENOS (-), evite cuando pueda las respuestas “MID”.

Análisis de datos

Se realizó correlación de Pearson analizadas con la prueba exacta de Fisher.

Regresión múltiple en la que la variable dependiente (IMC) se consideró 2 a 2 los rasgos de la personalidad.

Regresión logística usando la diferencia del IMC en los que los valores menores de la media valen cero y los mayores de la media valen uno.

También se realizó la comparación entre cada rasgo de personalidad y el IMC tomado al realizar la prueba.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	MEDICIÓN	TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo que una persona, animal o planta ha vivido desde que nació. Cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana. Edad del paciente medida en años.	Años	Cuantitativa discreta
Escolaridad	Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada.	Nivel académico	Cualitativa nominal
Índice de Masa Corporal	Es una medida de asociación entre el peso y la talla de un individuo.	Magnitud Adimensional	Cuantitativa continua
Inventario de Personalidad del Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson (T-JTA).	Es un instrumento que nos proporciona indicaciones de patrones o configuraciones extremas que requieren cambios inmediatos.	Respuesta MAS (+) significa "Definitivamente" o "Preferentemente si". MID significa indeciso. MENOS (-) significa "Definitivamente no" o "Preferentemente no".	Cuantitativa nominal.

Recursos humanos y materiales

Inventario de Personalidad Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson, la información se recabará por los investigadores los que necesitarán para su realización copias de los cuestionarios, hojas de papel bond y lápices.

Aspectos éticos

El presente estudio se realizó siguiendo las normas éticas de la declaración de Helsinki revisada en octubre del 2000 en Edimburgo. Además se solicitó consentimiento bajo información por escrito a los pacientes que participaron en él, siendo aprobado por el Comité de Bioética del CMN "20 de Noviembre", ISSSTE.

RESULTADOS

Se recolectaron datos de 30 pacientes del servicio de Reproducción Humana del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” que se encuentran en el protocolo de infertilidad y que presentan dificultad para disminuir de peso.

Se reportan las siguientes características demográficas: Edad, residencia, y escolaridad.

Presentan un rango de edad de 25 a 39 años con un promedio de 33 años. Tabla 1, y Figura 1.

El 76.66% de las pacientes (23) reside en el D.F., el resto de ellas (7) del interior de la república. Tabla 2 y Figura 2.

La escolaridad de secundaria es de (23.33%) en 7 pacientes; (3.33%) 1 paciente estudió como técnico; (40%) 12 pacientes estudiaron preparatoria; y (33.33 %) 10 pacientes realizaron estudios de licenciatura. Tabla 3 y Figura 3.

En los resultados del Inventario de Personalidad Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson (T-JTA) en donde se valoran 9 rasgos se observó lo siguiente.

El rasgo **E** *Indiferente* lo presentan las 30 pacientes (100 %).

El rasgo **D** *Inhibido* lo presentan 29 pacientes (96.6%).

El rasgo **F** *Subjetivo* es presentado por 29 pacientes (96.6%).

Y el rasgo **H** *Hostil* presentan éste 28 pacientes (93.3%). Esto denota la gran necesidad de un cambio urgente. Tabla 4 y Figura 4.

Se observa la tendencia a presentar nerviosismo en 17 pacientes (56.6%); depresión en 20 pacientes (66.6%), y tranquilidad en 13 pacientes (43.3%). Donde Es deseable un cambio. Figura 5.

Los restantes rasgos del Inventario de Personalidad de Taylor y Johnson que son aceptables e indican una estabilidad en la personalidad de los pacientes.

En el rasgo C Activo social vs. Tranquilo son 10 pacientes (33.3%) de que en éste son tomados como aceptables e indican una estabilidad en su personalidad.

En el rasgo G Dominante vs Sumiso lo presentan 7 pacientes (23.3%) y como se aprecia en la última figura de manifestar calificación de excelente en 18 pacientes (60%), es decir, tal rasgo no interfiere en las características de personalidad de las pacientes, ya que se mantiene en término medio.

Finalmente en el rasgo I Autodisciplinado vs. Impulsivo es aceptable en 14 pacientes (46.6%). Figuras 6 y 7.

En todos los casos no se encontró asociación entre el IMC y los rasgos de personalidad.

Y se observa que el coeficiente de correlación es bajo ($r=0.328$) y la probabilidad da un valor de $P=0.071$ (>0.05), esto implica que la relación que se obtiene, es que se deba al azar y no a que el IMC esté relacionado con un rasgo en particular.

Así mismo, en todos los casos tampoco se encontró una relación entre el IMC y los datos demográficos.

TABLAS

Tabla 1

Pacientes en protocolo de infertilidad según edad, CMN "20 de Noviembre" ISSSTE, 2009.

Rango de Edad (Años)	Promedio (Años)
25-39	33

Tabla 2

Pacientes en protocolo de infertilidad según lugar de residencia, CMN "20 de Noviembre" ISSSTE, 2009.

Categoría	D.F.	%	Estados	%	TOTAL	%
Pacientes	23	76.6	7	23.4	30	100.0

Tabla 3

Pacientes en protocolo de infertilidad según tipo de escolaridad, CMN "20 de Noviembre" ISSSTE, 2009.

Categoría	Secundaria	Carrera Técnica	Preparatoria	Licenciatura	TOTAL	%
Pacientes	7	1	12	10	30	100.0

Tabla 4

Pacientes en protocolo de infertilidad según rasgo de personalidad, CMN "20 de Noviembre" ISSSTE, 2009.

Rasgo	A	B	C	D	E	F	G	H	I
EL CAMBIO ES URGENTE	40	23.3	20	96.6	100	96.6	0	93.3	3.3
ES DESEABLE UN CAMBIO	56.6	66.6	43.3	3.3	0	3.3	16.6	3.3	40
ACEPTABLE	3.3	10	33.3	0	0	0	23.3	3.3	46.6
EXCELENTE	0.06	0.03	3.3	0	0	0	60	0	10

GRÁFICOS

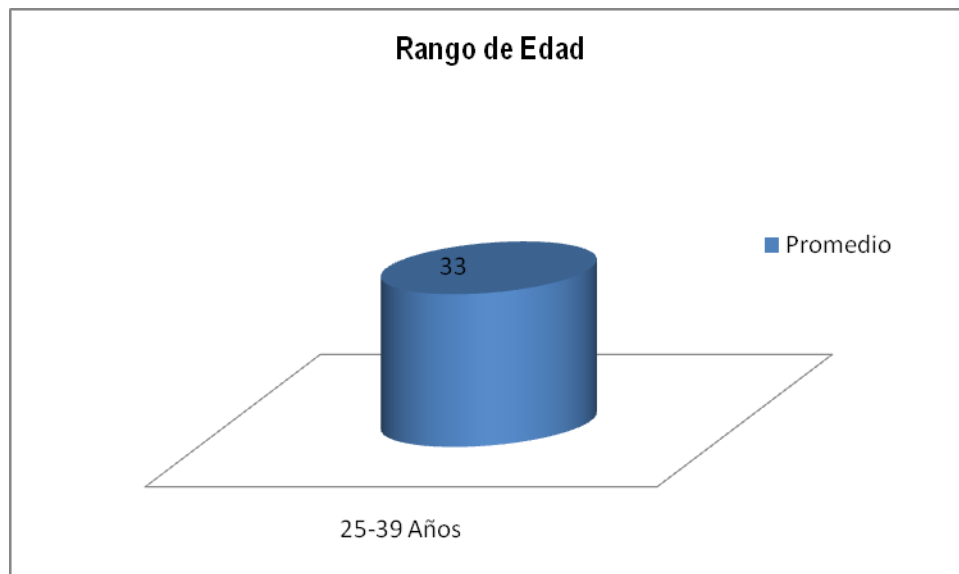


Figura 1. Rango y promedio de edad de las pacientes en protocolo de infertilidad.

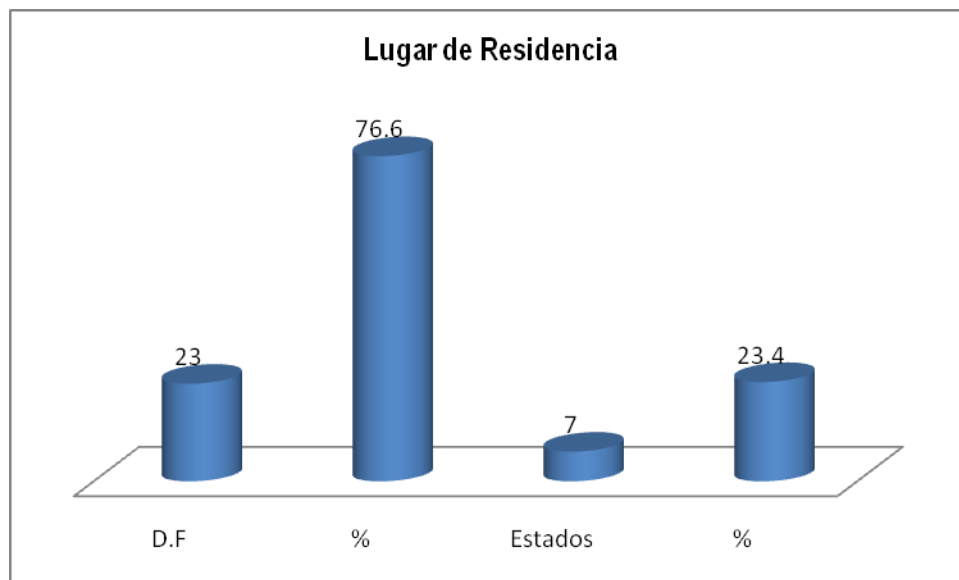


Figura 2. Lugar de residencia de las pacientes que se encuentran en protocolo de infertilidad.

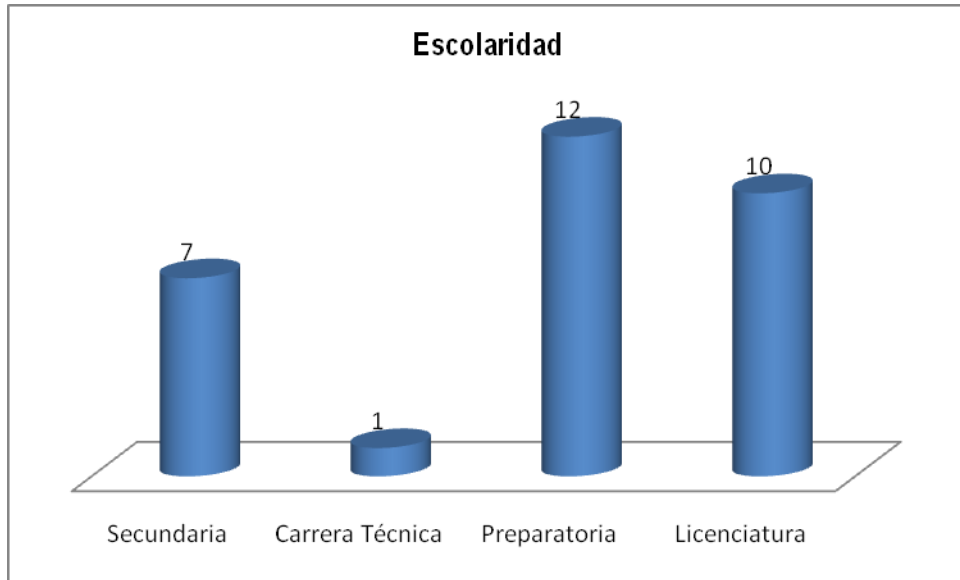


Figura 3. Escolaridad de las pacientes que se encuentran en protocolo de infertilidad.

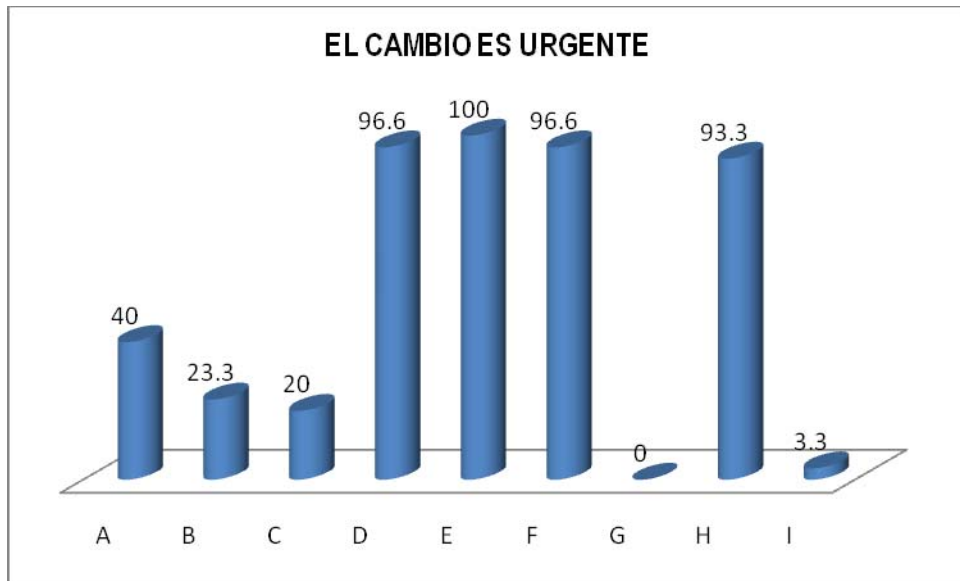


Figura 4. Porcentaje de los rasgos de personalidad indicando la necesidad del cambio urgente en las pacientes de protocolo de infertilidad.

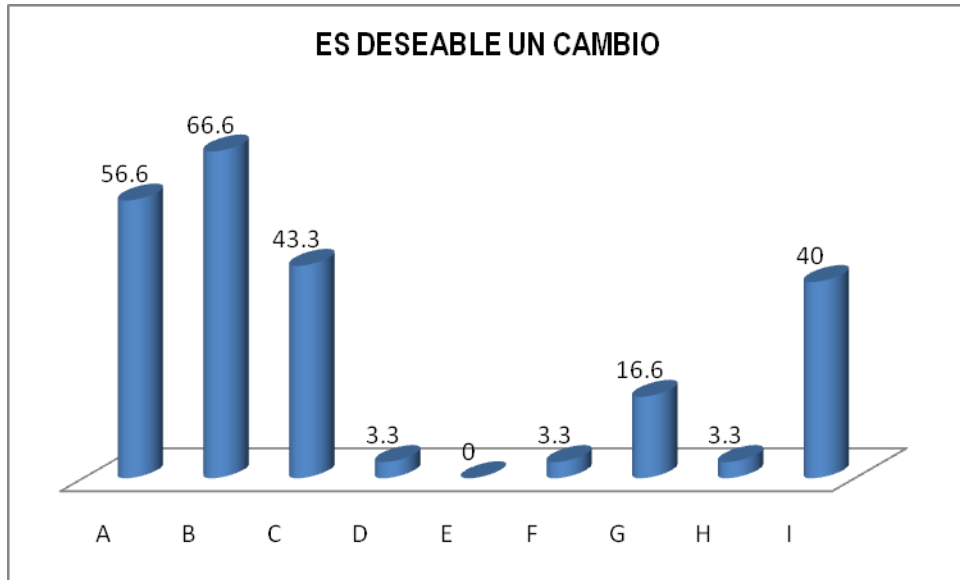


Figura 5 Porcentaje de los rasgos de personalidad indicando es deseable un cambio en las pacientes de protocolo de infertilidad.

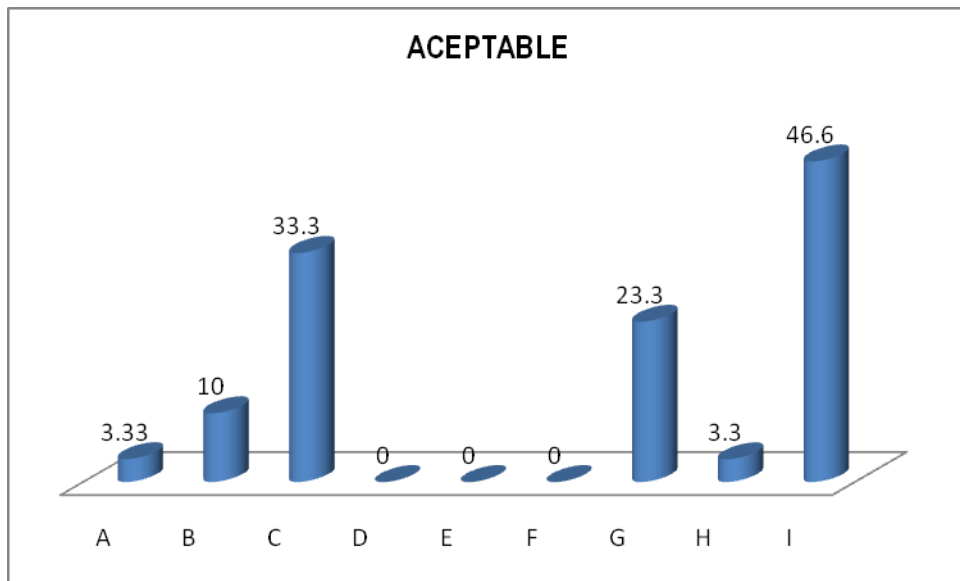


Figura 6 Porcentaje de los rasgos de personalidad indicando el ser aceptable y excelente el rasgo de personalidad en las pacientes de protocolo de infertilidad.

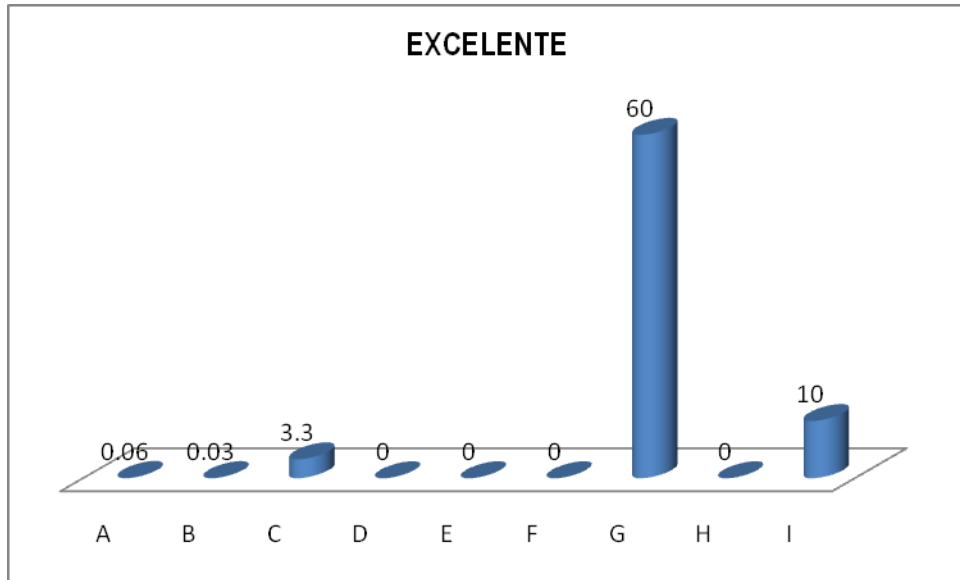


Figura 7 Porcentaje de los rasgos de personalidad que califican como de excelencia, ya que se manifiesta en promedio y no interfiere en las características negativas de las pacientes que se encuentran en protocolo de infertilidad.

DISCUSIÓN

De los resultados obtenidos se aprecia que existen rasgos de personalidad que indican estar de acuerdo con el grupo B; se describen como sujetos inmaduros, dado que presentan características esenciales con conducta reactiva, expresada intensamente y afectando y exagerando en los gestos o actitudes con la que se desea llamar la atención principalmente sobre si mismo, con total desconocimiento de los intereses de los demás y manipulan. Además de que tienen la capacidad para impresionar por alguna de sus cualidades y tienen fantasías de éxito. Mantienen una necesidad exhibicionista de admiración. Y tienden a explotar y valerse de los demás. (6, 10, 22).

Lo siguiente corresponde con nuestro estudio de la siguiente manera:

El rasgo **E** *Indiferente* se obtuvo en el 100% de las pacientes de este estudio; estas actitudes se refieren a las personas poco comprensivas hacia los sentimientos de los demás, presentan la tendencia a ser estrictas o irreflexivamente poco consideradas, así como mostrar incapacidad para reconocer las necesidades de familiares y amigos. (6, 9)

El rasgo **D** *Inhibido* lo presentaron prácticamente todas las pacientes 96.6% ya que muestran incapacidad para expresar sentimientos de ternura y tendencia a ser reservadas, cohibidas, reprimidas.

El rasgo **F** *Subjetivo* se reporta en el 96.6% de las pacientes en este estudio; este rasgo hace referencia a las actitudes emocionales que tienden a mermar su habilidad para actuar y pensar de manera lógica y desapasionada, esto nos estaría indicando una preocupación por si mismo en ocasiones exagerada.

Y finalmente el rasgo **H** *Hostil* se expresa en el 93.3% de estos pacientes y se refieren a las personas con tendencia a ser críticos, irreflexivos o con actitudes y modales demasiados desconsiderados. Gozan de la capacidad de sentirse superior, ser arrogantes, impacientes, son sarcásticos, disputan o contradicen, son irrazonables, y sienten desdén por la debilidad de otros.

No importando el peso, todas las pacientes presentaron el rasgo de ser indiferentes en el 100%.

En este estudio no se encontró asociación entre el índice de masa corporal y los rasgos de personalidad, así como tampoco existe asociación entre este mismo índice y los factores demográficos, esto implica que la relación que se obtiene, es que se deba al azar y no a que el índice de masa corporal esté relacionado con un rasgo en particular.

En cuanto a los rasgos A Nervioso, B Depresivo y en lo que respecta a lo reportado por otros autores en relación con la comorbilidad psiquiátrica en los trastornos del afecto (Ansiedad y Depresión). Se obtuvieron porcentajes de 56.6% para el rasgo A y de 66.6% para el rasgo B donde existe la recomendación “Es deseable un cambio”. (6, 9).

Más que ser pacientes que presenten depresión y ansiedad son indiferentes o apáticas lo que se estaría traduciendo en las características antes descritas.

Existen características en los rasgos de personalidad que se reportan que son muy similares en otros estudios como lo es la hostilidad, el pobre control de impulsos, y subjetividad. (6, 7).

Para el manejo integral de los pacientes obesos deben existir modificaciones en el estilo de vida que consisten en un programa de alimentación, ejercicio aeróbico, manejo del estrés, consejería que motive el cambio en el estilo de vida con un manejo psicológico encaminado en la expresión de sus emociones.

CONCLUSIONES

En este estudio sobresalen los rasgos de personalidad que están de acuerdo en las características del grupo B, lo reportado en nuestros resultados son rasgos de Indiferencia, Inhibido, Subjetivo y Hostil en la gran mayoría de las pacientes.

En el campo de la Reproducción Humana así como en las demás disciplinas médicas es de suma importancia el establecer una adecuada relación con nuestros pacientes, por ello el tener estos datos ampliara la forma de trabajo que se deba tener con las pacientes para el logro de sus objetivos.

Es de suma importancia el establecer una mejor conducta entre las pacientes que les lleven a tener modificaciones en su estilo de vida, desde un programa de alimentación, ejercicio aeróbico, manejo del estrés; así como en la expresión de sus emociones.

Existe limitación en nuestro estudio, ya que el número de la muestra es baja, además parecería aconsejable poder redefinir algunas variables que nos permitan correlacionar mejor los aspectos que intervienen en este trabajo y avanzar en estrategias de mejora en estos eventos.

ANEXO



Instituto de Seguridad
y Servicios Sociales
de los Trabajadores
del Estado

CENTRO MEDICO NACIONAL

“20 DE NOVIEMBRE”



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ESTRUCTURA DE PERSONALIDAD EN PACIENTES OBESAS INFÉRTILES EN EL CENTRO
MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE”.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION

Evaluar clínicamente la estructura de personalidad en pacientes obesas infértiles con dificultad para disminuir de peso que se encuentran en protocolo de infertilidad.

Correlacionar estructura de personalidad y la dificultad para disminuir de peso.

Conocer factores demográficos en la población.

JUSTIFICACIÓN

El interés por parte del servicio de Reproducción Humana como para Psiquiatría en el análisis de este tema como línea de investigación muestra la importancia del estudio de la estructura de la personalidad en pacientes obesas con dificultad para disminuir de peso, ya que en la literatura se ha registrado que el sobrepeso y en particular la obesidad reduce la capacidad de las parejas infértiles para concebir.

Encontrar y tratar de eliminar los factores que impiden que una mujer con sobrepeso y obesidad disminuya su IMC permitirá a éste y otros servicios tratantes mejorar las tasas de embarazo. El servicio se verá beneficiado en investigaciones sistemáticas y metodológicamente validadas y aplicarlas en mejora de las pacientes que presentan ambos problemas, de manera que pueda proponerse líneas de investigación o de tratamiento.

PROCEDIMIENTOS

Invitación a las pacientes del servicio de Reproducción Humana a participar en este proyecto de investigación.

Contestar Inventario de Personalidad Análisis del Temperamento de Taylor y Johnson (T-JTA) y llenado de formato de datos demográficos. Calificación y análisis de los datos.

No existen riesgos esperados para el paciente, ya que no se realiza procedimiento invasivo alguno para este proyecto.

El beneficio que se espera obtener al conocer su estructura de personalidad o rasgos, es que se puede incidir fácilmente en proporcionar alternativas de tratamiento.

Se da amplia libertad de continuar o no con el protocolo según convenga a sus necesidades.

Se cuenta con amplia privacidad y confidencialidad en los resultados.

Nombre y firma del sujeto o representante legal

Nombre firma y dirección de testigo 1

Nombre firma y dirección de testigo 2

En este proyecto no existe administración de fármacos que puedan producir efectos adversos.

Dr. Ricardo Monsivais Rios. Investigador Principal. Médico Residente de Psiquiatría.

Av. Félix Cuevas 540. Col. Del Valle. Del Benito Juárez. C. P. 03229. 52003519.

Dr. Abel Archundia García.

Presidente del Comité de Ética. División de Investigación Clínica y en Cirugía.

Av. Félix Cuevas 540. Col Del Valle. Del Benito Juárez. C. P. 03229. 52005003. Ext. 1422

ANÁLISIS DEL TEMPERAMENTO DE TAYLOR Y JOHNSON (T-JTA)

VERSION PERSONAL

- 1.- ¿Es por naturaleza una persona que perdona?
- 2.- ¿Toma una parte activa en asuntos de la comunidad o en actividades grupales?
- 3.- ¿Se queda relativamente calmado cuando los demás se ponen emocionalmente trastornados?
- 4.- ¿Puede ponerse comprensivamente en el lugar de otra persona?
- 5.- ¿Tiene una influencia marcada en el pensamiento de su familia o en sus compañeros de trabajo?
- 6.- ¿Prefiere unas vacaciones tranquilas e inactivas a unas activas?
- 7.- ¿Tiene dificultad en concentrarse a leer o estudiar?
- 8.- ¿Prefiere ser seguidor en lugar de dirigir en actividades grupales?
- 9.- ¿Vive una vida tranquila sin involucrarse en muchas relaciones fuera del hogar y del trabajo?
- 10.- ¿Toma la iniciativa en hacer planes para actividades y vacaciones familiares?
- 11.- ¿Hace demasiados planes irrealistas para el futuro que más tarde tienen que abandonarse?
- 12.- ¿Siente compasión por personas débiles e inseguras?
- 13.- ¿Disfruta de pertenecer a clubes o grupos sociales?
- 14.- ¿Busca mantener la paz a cualquier precio?
- 15.- ¿Se incómoda fácilmente por el ruido y la confusión?
- 16.- ¿Evita esfuerzos físicos o actividades vigorosas?
- 17.- ¿Parece generalmente tranquilo y sereno?
- 18.- ¿Se interesa seriamente por los problemas sociales, tales como la pobreza y el desempleo, aún cuando no le afectan directamente?
- 19.- ¿Prefiere mantenerse activo para no perder el tiempo?
- 20.- ¿Es una persona bien organizada a quién le gusta hacerlo todo según un horario?
- 21.- ¿Es sensible a los sentimientos y necesidades de cualquier miembro de la familia que esté enfermo?

- 22.- ¿Actúa reflexivamente en vez de impulsivamente?
- 23.- ¿Es altamente competitivo en los juegos, negocios o las relaciones personales?
- 24.- ¿Prefiere estar solo en lugar de estar con la gente?
- 25.- ¿Se siente inquieto al pasear o manejar en el tránsito?
- 26.- ¿Hace ejercicios regularmente para mantenerse en condición?
- 27.- ¿Tiende a exaltarse más que la demás gente?
- 28.- ¿Le gusta recibir invitados en su casa?
- 29.- ¿Le gusta estar encargado de los demás y dirigirlos?
- 30.- ¿Es extremadamente pulcro y ordenado?
- 31.- ¿Tiene a veces tanta confianza en sí mismo que les molesta a sus amigos?
- 32.- ¿Recobra el control después de un accidente u otro acontecimiento perturbador?
- 33.- ¿Se mueve vivazmente y con mucha alegría?
- 34.- ¿Preferiría aceptar una situación injusta en vez de quejarse?
- 35.- ¿Le molestan los niños activos y ruidosos?
- 36.- ¿Percibe inmediatamente cuando alguien necesita ánimo o una palabra de aliento?
- 37.- ¿Es una persona que podría llamarse un sujeto emprendedor?
- 38.- ¿Permite frecuentemente que la tensión se acumule hasta el punto de sentirse estallar?
- 39.- ¿Necesita aliento y aprobación para trabajar efectivamente?
- 40.- ¿Usa frecuentemente medicamentos para ayudarse a descansar?
- 41.- ¿Defiende sus derechos?
- 42.- ¿Tiene una variedad de intereses?
- 43.- ¿Le gusta comunicarle a la gente su opinión?
- 44.- ¿Está relativamente libre de preocupaciones y ansiedad?
- 45.- ¿Le gusta tener mucho quehacer?
- 46.- ¿Se interesa profundamente por el bienestar de los demás?

- 47.- ¿Se preocupa mucho por la salud?
- 48.- ¿Tiene mucha confianza en si mismo y en lo que emprende?
- 49.- ¿Es demasiado flexible?
- 50.- ¿Tiende a depender de los demás cuando es necesario tomar una decisión?
- 51.- ¿Muchas personas lo consideran incapaz de tener sentimientos profundos?
- 52.- ¿Le es fácil someterse a los deseos de otros?
- 53.- ¿Escucha comprensivamente a los otros cuando necesitan hablar de si mismos?
- 54.- ¿Intenta siempre imponer a los otros su propio punto de vista?
- 55.- ¿Se considera un trabajador productivo e incansable?
- 56.- ¿Tiene movimientos nerviosos como morderse las uñas o mover el pie ligeramente?
- 57.- ¿Es de las personas en la que los demás dependen de Ud. en ocasiones de dificultad?
- 58.- ¿Se le hace difícil seguir un plan definido?
- 59.- ¿Insiste en la obediencia inmediata?
- 60.- ¿Cree que todos merecen una segunda oportunidad?
- 61.- ¿Se encuentra en un apuro debido a algún acto impulsivo?
- 62.- ¿Sufre indigestión o pérdida de apetito cuando está preocupado o bajo tensión?
- 63.- ¿Los demás se aprovechan fácilmente de mi?
- 64.- ¿Se limita a tener dos o tres amigos?
- 65.- ¿Le es difícil descansar por tener la necesidad de estar constantemente ocupado?
- 66.- ¿Es fácilmente tentado por una oferta?
- 67.- ¿Le gusta hablar en público y disfruta el reto?
- 68.- ¿Alivia la tensión al fumar, comer o beber excesivamente?
- 69.- ¿Es fácilmente conmovido a la misericordia?
- 70.- ¿Duerme bien y le es fácil descansar cuando está sentado o acostado?
- 71.- ¿Demostraría un interés especial en ayudar a jóvenes que se encuentran frecuentemente en apuros?

- 72.- ¿Se le considera una persona muy nerviosa?
- 73.- ¿Percibe rápidamente los sentimientos y estados de ánimo de los demás?
- 74.- ¿Es muy enfático y vigoroso en voz y ademanes?
- 75.- ¿Tiene frecuentemente ataques de nervios por ninguna razón en particular?
- 76.- ¿Prefiere leer o mirar la televisión después de un día de trabajo, en vez de salir o participar en actividades sociales?
- 77.- ¿Hace planes anticipadamente al acontecimiento y los lleva acabo?
- 78.- ¿Prefiere escuchar y observar en vez de participar en las discusiones?
- 79.- ¿Disfruta de correr riesgos?
- 80.- ¿Se pone tenso o ansioso cuando hay mucho trabajo que hacer en poco tiempo?
- 81.- ¿Piensa que nuestra nación se preocupa demasiado por las necesidades y el sufrimiento de la gente en otros países?
- 82.- ¿Disfruta de la actividad y de la exaltación?
- 83.- ¿Prepara un presupuesto y hace todo esfuerzo por mantenerlo?
- 84.- ¿Hace todo lo posible para proteger a un animal del descuido y la crueldad?
- 85.- ¿Le es difícil decir "no" a un vendedor persuasivo?
- 86.- ¿Tiene poco interés en los problemas emocionales de los demás?
- 87.- ¿Se interesa por la gente y por hacer nuevos amigos?
- 88.- ¿Es considerado y comprensivo cuando trata a una persona anciana?
- 89.- ¿Se le considera una persona siempre activa?
- 90.- ¿Cree que es innecesario disculparse después de ofender a alguien?
- 91.- ¿Es capaz de expresar cariño sin avergonzarse?
- 92.- ¿Es probable que haga comentarios descuidados e indiscretos?
- 93.- ¿Se piensa que es una persona de buen corazón y extrovertida?
- 94.- ¿Se siente frecuentemente rechazado y no tomado en cuenta?
- 95.- ¿Tiene un lugar para todo y todo en su lugar?

- 96.- ¿Está libre de prejuicios raciales y religiosos?
- 97.- ¿Se siente desilusionado por la vida?
- 98.- ¿Es abiertamente cariñoso con miembros de su familia inmediata?
- 99.- ¿Se siente a veces tan emocionado que es capaz de pensar o actuar lógicamente?
- 100.- ¿Le es difícil expresar sentimientos tiernos en palabras?
- 101.- ¿Está esperanzado y optimista acerca del futuro?
- 102.- ¿Tiende a analizar e insistir en sus pensamientos y sentimientos internos?
- 103.- ¿Es comprensivo cuando alguien llega tarde a una cita?
- 104.- ¿Tiene fobias o un miedo profundamente perturbador de cualquier objeto, lugar o situación?
- 105.- ¿Tiende a ser reservado en su comportamiento?
- 106.- ¿Se queja la gente de que sea "mandón" o irrazonable?
- 107.- ¿La gente le acusa a veces de ser ilógico?
- 108.- ¿Cuando da una sugerencia es probable que sea más útil que crítica?
- 109.- ¿Saca conclusiones sólo después de considerar todos los aspectos de una situación?
- 110.- ¿Le es difícil o penosa cualquier discusión de temas sexuales?
- 111.- ¿Tiende a enojarse fácilmente?
- 112.- ¿Expresa aprecio y placer cuando mira cosas bellas?
- 113.- ¿Tiende a ser argumentativo?
- 114.- ¿Tiene a veces la sensación de que la gente lo (a) mira o habla con usted?
- 115.- ¿Le gusta dedicarse a un trabajo hasta que lo termina?
- 116.- ¿Se siente a veces descorazonado o abatido por falta de progreso o logro?
- 117.- ¿Tiende a reclamarle a la gente?
- 118.- ¿Siente que la vida realmente vale la pena vivirla?
- 119.- ¿Tiende a sospechar las acciones y los motivos de los demás?
- 120.- ¿Tiende a tomar decisiones demasiado apresuradas?

- 121.- ¿Le es difícil ser amistoso o responsivo en su contacto con la gente?
- 122.- ¿Tiene un profundo respeto por todos los seres humanos?
- 123.- ¿Se apena fácilmente?
- 124.- ¿Tiende a detenerse y pensar antes de actuar?
- 125.- ¿Tiende a ser impaciente con alguien que está frecuentemente enfermo?
- 126.- ¿Siempre trabaja por alguna meta futura?
- 127.- ¿Se preocupa a veces por sentirse poco valorado?
- 128.- ¿Demuestra fácilmente ternura a los niños?
- 129.- ¿Tiende a ser sarcástico cuando alguien le fastidia?
- 130.- ¿Insiste en desgracias pasadas?
- 131.- ¿Tiende a guardarse para sí sus sentimientos?
- 132.- ¿Siente desprecio por los hombres que parecen incapaces de ganarse el sustento?
- 133.- ¿Es muy metódico en mantener un registro de asuntos personales o de negocios?
- 134.- ¿Tiende a ser celoso?
- 135.- ¿Se siente a veces tan desanimado hasta el punto de llorar?
- 136.- ¿Le es difícil aceptar críticas o culpas?
- 137.- ¿Está frecuentemente deprimido por problemas personales?
- 138.- ¿Habla con ánimo, entusiasmo y frecuentes ademanes?
- 139.- ¿Cuando está profundamente turbado por algo, ha pensado en el suicidio alguna vez?
- 140.- ¿Tiende a guardar rencor?
- 141.- ¿Tiene muchos amigos y conocidos?
- 142.- ¿Se preocupa frecuentemente por la falta de confianza en sí mismo?
- 143.- ¿Le es difícil expresar compasión a alguien que está afligido?
- 144.- ¿Es lógico en su hablar y pensar?
- 145.- ¿Se le considera indulgente y despreocupado?

- 146.- ¿Se descorazona por la crítica?
- 147.- ¿Tiende frecuentemente a dominar a la gente cercana a usted?
- 148.- ¿Se siente a disgusto cuando se espera que usted demuestre entusiasmo por un regalo?
- 149.- ¿Perdona rápidamente un error y no le hace caso a la descortesía?
- 150.- ¿Es una persona imparcial y razonable?
- 151.- ¿Es platicador?
- 152.- ¿Se siente frecuentemente melancólico o descorazonado por ninguna razón aparente?
- 153.- ¿Trabaja metódica y deliberadamente?
- 154.- ¿Frecuentemente entiende mal lo que hacen y dicen los de más?
- 155.- ¿Sufre a veces cansancio físico extremo, como resultado de conflictos emocionales?
- 156.- ¿Critica demasiado a algún miembro de su familia?
- 157.- ¿Se siente cohibido con la mayoría de la gente?
- 158.- ¿Hace frecuentemente comentarios tan bruscos y mordaces que le ofenden a alguien?
- 159.- ¿Sonríe y ríe mucho?
- 160.- ¿Al votar estudia las personalidades y propuestas, a veces apoyando al candidato de otro partido?
- 161.- ¿Se siente superior o mandón en su actitud hacia los demás?
- 162.- ¿Se considera que es demasiado sensible?
- 163.- ¿Se siente con libertad de discutir problemas así como sus alegrías con amigos íntimos?
- 164.- ¿Tarda en quejarse cuando lo incomodan o abusan de usted?
- 165.- ¿Tiende a fantasear cosas que no pueden realizarse?
- 166.- ¿Tiende a hacer las cosas espontáneamente?
- 167.- ¿Le es difícil resistir una situación molesta?
- 168.- ¿Le es difícil romper malas costumbres como el fumar o comer demasiado?
- 169.- ¿Se siente frecuentemente descorazonado debido a un sentimiento de inferioridad?

- 170.- ¿Tiende a ser tímido e introvertido?
- 171.- ¿Tiene períodos de flojera cuando se le hace difícil encontrar alguna razón para un esfuerzo físico o mental?
- 172.- ¿Cree que la mayoría de la gente es oportunista?
- 173.- ¿Evita que sus emociones influyan en su buen juicio?
- 174.- ¿Le es difícil ser atento con miembros de su propia familia?
- 175.- ¿Es singularmente cohibido y preocupado por lo que los otros podrían pensar?
- 176.- ¿Se siente frecuentemente deprimido por recuerdos de su niñez u otras experiencias del pasado?
- 177.- ¿Su interés cambia frecuentemente de una cosa a otra?
- 178.- ¿Se siente restringido e inhibido en una relación de amor?
- 179.- ¿Si fuera elegido sería justo e imparcial al ayudar a otros a resolver sus diferencias?
- 180.- ¿Tiene períodos de depresión sin alguna razón aparente que duran por varios días o más?

BIBLIOGRAFIA

1. Haslam D. Obesity: a Medical History. *Obesity reviews* 2007; 8 (suplemento 1): 31-36.
2. Crosignani PG. Overweight and obese anovulatory patients with polycystic ovaries: parallel improvements in anthropometric indices, ovarian physiology and fertility rate induced by diet. *Human Reproduction* 2003;18 (9): 1928-1932.
3. Barquera S. Análisis crítico de la mala nutrición en el adulto. *Salud Pública de México* 2007; 49: 273-275.
4. Bolumar F. Body Mass Index and Delayed Conception: A European Multicenter Study on Infertility and Subfecundity. *Am J Epidemiol* 2000; 151: 1072-1079.
5. Fausto GJ. Antecedentes históricos sociales de la obesidad en México. *Investigación en Salud* 2006; 8: 35-54.
6. Guisado MJ. Personality Assessment in Morbid Obesity. *German Journal of Psychiatry* 2002; 5 (4):90-94.
7. Bersh S. La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría* 2006; 35 (4):115-128.
8. Dobrow IJ. Psychiatric aspects of obesity. *Rev Bras Psiquiatr* 2002; 24 (suplemento 3):258-280.
9. Hollmann M. Effects of weight loss on the hormonal profile in obese, infertile women. *Human Reproduction* 1996;11 (9): 1884-1891.
10. Hammer BL. Psychiatric Aspects of Infertility and Infertility Treatments. *Psychiatric Clinics of North America* 2007; 30:689-716.
11. Petry, EA. Overweight and Obesity Are Associated With Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychosomatic Medicine* 2008; 70:288–297.

12. Fedorcsa P. Impact of overweight and underweight on assisted reproduction treatment. *Human Reproduction* 2004;19(11): 2523–2528.
13. Pettigrew R. Obesity and female reproductive function. *British Medical Bulletin* 1997; 53 (21):341-358.
14. Metwally EA. The impact of obesity on female reproductive function. *Obesity reviews* 2007; 8:515–523.
15. Steeg JW. Obesity affects spontaneous pregnancy chances in subfertile, ovulatory women. *Human Reproduction* 2008;23(2): 324–328.
16. Nelson EA. Obesity and reproduction: impact and interventions. *Current Opinion in Obstetrics and Gynecology* 2007; 19: 384–389.
17. Diamanti-Kandarakis. The influence of obesity on hyperandrogenism and infertility in the female. *Obesity reviews* 2001; 2: 231-238.
18. Nelson EA. The preconceptional contraception paradigm: obesity and infertility. *Human Reproduction* 2007;22 (4): 912–915.
19. Malnick S D. The medical complications of obesity. *Q J Med* 2006; 99:565–579.
20. Egger G. Helping patients lose weight. What works? *Australian Family Physician* 2008; 37 (1/2).
21. Cochrane G. Role for a sense of self-worth in weight-loss treatments. Helping patients develop self-efficacy. *Can Fam Physician* 2008; 54:543-547.
22. Echeburúa E. Comorbilidad de las alteraciones de la conducta alimentaria con los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual* 2001; 513-525.