



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA**



**TÍTULO: "FRECUENCIA DE ALEXITIMIA EN PACIENTES OBESOS DE LA  
CLÍNICA DE OBESIDAD Y CIRUGÍA BARIÁTRICA DEL HOSPITAL GENERAL  
"DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ"**

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

**PRESENTA:**

**DRA. CITLALY YANINTIZIC PARRA PÉREZ**

**ASESORES DE TESIS**

**DRA. CARMEN ROJAS CASAS  
ASESOR TEÓRICO**

**PSIC. JANET JIMÉNEZ GENCHI  
ASESOR METODOLÓGICO**

**SEPTIEMBRE 2012**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

Este trabajo fue realizado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González en la Clínica de Obesidad y Cirugía Bariátrica bajo la Supervisión del Dr. Julio Cesar López Hernández.

## *Agradecimientos*

***A mis Padres Luis Everardo Parra Camacho, Leticia Pérez Reyes y Hermana***

***Nayeli Parra Pérez:***

Por todo su apoyo incondicional para llegar al término de un ciclo más en mi preparación y por el amor infinito que me brindan día a día. Los amo.

***Dr. Jorge Eutiquio Sulub:***

Por creer siempre en mí y ayudarme a recuperar la confianza y la fe en cada caída.

***A mis asesoras de tesis, Dra. Carmen Rojas y Mtra. Janet Jiménez Genchi:***

Por su sabiduría, tiempo y guiarme en el maravilloso campo de la investigación.

***A la Clínica de Obesidad y Cirugía Bariátrica del Hospital General Dr. Manuel***

***Gea González:***

Por las facilidades brindadas para la realización de este trabajo, con especial agradecimiento al Dr. Julio Cesar López Hernández, Psic. Mariana Sierra Murguía, Psic.

Leticia Sánchez Méndez

***A mis amigos:***

Mariana Lobos, Abril Muñoz, Diana Sánchez, Siddhartha Licéaga; por quererme y aceptarme como soy y por todos los momentos que hemos compartido.

## i. ÍNDICE

---

---

|      |  |    |
|------|--|----|
| i.   | ÍNDICE .....   | 4  |
| ii.  | RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS .....                                     | 5  |
| iii. | RESUMEN.....   | 7  |
| 1.   | INTRODUCCIÓN .....   | 8  |
| 2.   | MARCO TEÓRICO .....  | 10 |
|      | ANTECEDENTES HISTÓRICOS .....  | 10 |
|      | MARCO CONCEPTUAL .....   | 11 |
|      | CLÍNICA DE LA ALEXITIMIA .....   | 14 |
|      | RASGOS ESENCIALES DE LA ALEXITIMIA: .....                              | 15 |
|      | RASGOS ACCESORIOS DE LA ALEXITIMIA: .....                              | 16 |
| 3.   | MÉTODO .....   | 18 |
|      | JUSTIFICACIÓN .....  | 18 |
|      | OBJETIVOS.....   | 20 |
|      | OBJETIVO GENERAL:.....   | 20 |
|      | OBJETIVOS PARTICULARES:.....   | 20 |
|      | MUESTRA .....  | 20 |
|      | SUJETOS: .....   | 20 |
|      | CRITERIOS DE SELECCIÓN:.....   | 21 |
|      | TIPO DE ESTUDIO: .....   | 22 |
|      | INSTRUMENTOS: .....  | 22 |
|      | CONSIDERACIONES ÉTICAS .....   | 23 |
| 4.   | RESULTADOS.....  | 24 |
|      | CORRELACIONES (BIVARIABLES) .....                                      | 32 |
| 5.   | DISCUSIÓN .....  | 34 |
| 6.   | CONCLUSIONES.....  | 37 |
| 7.   | PROPUESTAS.....  | 38 |
| 8.   | BIBLIOGRAFÍA .....   | 39 |
|      | ANEXOS .....   | 43 |
|      | Anexo 1: Escala de alexitimia de Toronto de 20 reactivos (TAS-20)..... | 43 |
|      | Anexo 2: Carta de Consentimiento Informado.....                        | 44 |

## **ii. RELACIÓN DE FIGURAS Y TABLAS**

---

Fig. 1. Diferentes representaciones de “Venus” del paleolítico (Lespugue, Laussel y Willendorf)

Fig. 2: Diagrama de barras que muestra la relación de sexos en la muestra.

Fig. 3: Histograma que muestra la presencia de alexitimia en hombres y mujeres.

Fig. 4: Histograma con curva normal de referencia que muestra la distribución de frecuencia por edad agrupada, para la muestra utilizada en este estudio.

Fig. 5: Histograma que representa la distribución de la Variable Escolaridad.

Fig. 6: Histograma que representa la distribución de Frecuencia de la Variable Estado civil.

Fig. 7: Histograma que representa la distribución de frecuencia de la variable Ocupación.

Fig. 8: Histograma que representa la frecuencia de los 3 parámetros para clasificar el peso.

Fig. 9: Histograma que muestra la frecuencia de pacientes positivos a la presencia de alexitimia.

Tabla 1: Información de Frecuencias, para la variable “Sexo”.

Tabla 2: Estadísticos de frecuencia correspondientes a los resultados de edad, agrupados por grupos etarios de 5 años de ancho de grupo.

Tabla 3: Estadísticos de Frecuencia correspondiente a la variable Escolaridad.

Tabla 4: Estadísticos de Frecuencia correspondiente a la variable Estado civil.

Tabla 5: Estadísticos de Frecuencia correspondiente a la variable Ocupación.

Tabla 6: Estadísticos de Tendencia central correspondiente a la IMC.

Tabla 7: Estadísticos de frecuencia de alexitimia.

Tabla 8: Estadística de tendencia central correspondiente a la variable Presencia de alexitimia.

Tabla 9: Coeficiente de Correlación de Pearson, Aplicado en Sexo vs Alexitimia.

### **iii. RESUMEN**

---

Desde la antigüedad el ser humano ha identificado la obesidad con elementos de estatus, fecundidad y riqueza. Es relativamente reciente la identificación de las consecuencias médicas reales del sobrepeso y la obesidad. En 1970, Sifneos y Nemiah, psiquiatras del Hospital Beth Israel, NY., identifican en pacientes psicósomáticos un rasgo caracterizado por la incapacidad de estos pacientes para verbalizar sus sentimientos y emociones, proponen un constructo psiquiátrico al que denomina como: alexitimia, que significa: "Ausencia de verbalización de afectos". A partir de entonces se ha identificado este rasgo como parte de múltiples patologías psiquiátricas y no psiquiátricas, incluyendo a la obesidad. Para la detección del rasgo se hace uso de la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos (TAS-20) que ha demostrado su funcionalidad como herramienta de detección, incluyendo el sesgo transcultural. México ocupa el segundo lugar mundial de obesidad, por lo que resulta importante detectar la presencia de este rasgo en la población obesa, ya que puede tener influencia en el manejo de la terapéutica bariátrica, en especial quirúrgica; y su manejo posterior. En el Hospital General "Dr. Manuel Gea González", existe una clínica donde se realiza esta clase de procedimientos; por tal motivo se solicitó autorización para realizar un estudio descriptivo sobre la frecuencia de la presentación de este rasgo en los pacientes que acuden a la misma. Se obtuvieron 65 sujetos de ambos sexos (16 M, 49F) que respondieron a la TAS-20, así como a un cuestionario de datos generales, incluyendo somatometría. De los 65 pacientes, solo el 21.5% presentó el rasgo. Se discute la posibilidad de ampliar estudios para determinar con una mayor población.

## **1. INTRODUCCIÓN**

---

La obesidad puede definirse como un trastorno heterogéneo resultante de factores etiopatogénicos multivariados, genéticos, metabólicos, conductuales-psicológicos, socioculturales, costumbristas, hábitos alimentarios inadecuados o insuficientes por ignorancia o carencias, publicidades inadecuadas, baja autoestima, conflictos psicológicos emocionales, trastornos de personalidad, etc., todos ellos pueden desempeñar su papel. La obesidad no es una enfermedad de la voluntad (1)

La obesidad puede entenderse como un síndrome que obedece a múltiples causas cuyo final común es la presencia de un exceso de grasa corporal. Es una condición determinada por múltiples factores biológicos, psicológicos y sociales.

Aunque más de doscientos genes se han relacionado al apetito, el hambre, la saciedad, la eficiencia metabólica, los depósitos grasos y la actividad física, sabemos que el comer está influenciado por muchos más factores que la mera necesidad de nutrientes del individuo. Las condiciones económicas, los ideales socioculturales respecto del peso y la silueta corporal, los eventos vitales, el estrés, el estado de ánimo y muchos otros, son importantes determinantes de la ingestión de alimentos y su cese (2)

Aunque la presencia de obesidad mórbida no implica afección psiquiátrica, parece que existen ciertos patrones de comportamiento y personalidad que determinan la ingesta de alimentos. Una gran proporción de personas obesas presentan alteraciones psicopatológicas, las cuales pueden deberse, por una parte, a consecuencias sociales y personales que tiene el estar obeso en nuestra sociedad, así como disfuncionalidad en la familia de origen y, por otra, a rasgos de

personalidad que podrían tener un papel en el desarrollo de la obesidad, o mantenimiento de la misma, como la impulsividad, dependencia e inseguridad y la alexitimia (3), que sobre este último rasgo se enfoca el trabajo presente.

La introducción del concepto de “alexitimia, por Sifneos y Nemiah (4), ha generado a partir de los años setenta, una amplia línea de investigación con el objeto de estudiar y precisar las características de esta entidad clínica que agrupa a personas que tienen dificultad para verbalizar o reconocer emociones, que tienen una pobre habilidad para presentar simbólicamente sus conflictos, que presentan un estilo cognoscitivo concreto y que muy frecuentemente presentan trastornos psicossomáticos y somatomorfos, entre ellos la obesidad (5).

Algunos autores sugieren que en ciertos pacientes obesos se observa un estilo cognitivo denominado “pensamiento operativo”, que se caracteriza por una tendencia a la acción como respuesta frente a un conflicto, escaso uso de la fantasía y una deficiente expresión verbal de emociones y afectos. Este especial estilo cognitivo se conoce como alexitimia y fue descrito por Sifneos en pacientes psicossomáticos (6)

El siguiente trabajo evalúa la frecuencia de alexitimia en 65 pacientes obesos de la Clínica de Cirugía Bariátrica del Hospital General Manuel Gea González.

## 2. MARCO TEÓRICO

### ANTECEDENTES HISTÓRICOS

Desde el paleolítico (30,000 a 20,000 A.C.), la obesidad se ha relacionado con aspectos que van mas allá de lo meramente físico trascendiendo hacia configurar símbolos y significados relacionados con la fertilidad, la prosperidad, la riqueza, etc. Es sumamente importante tomar en cuenta la gran cantidad de representaciones arquetípicas de las llamadas “Venus” del paleolítico, de las cuales en la Fig. 1, damos unos cuantos ejemplos.



Fig. 1. Diferentes representaciones de “Venus” del paleolítico (Lespugue, Laussel y Willendorf)

Estos modelos arquetípicos presentan una serie de características que las distinguen de otras representaciones humanas del mismo periodo: una remarcada adiposidad en el tronco, grandes glúteos, enormes senos, etc. todo lo cual resalta

ostentosamente el estado nutricional y de fertilidad como un signo de estatus social elevado (7).

Sin embargo es importante recalcar que estas imágenes pueden ser representaciones idealizadas del, así considerado, ideal corporal del momento histórico en el cual la calidad nutricional no era precisamente un objeto fácilmente alcanzable y en el que, además, el hambre y la inanición eran una realidad cotidiana. Desde un punto de vista simbólico la delgadez se traduce como falta de fecundidad, falta de fuentes de alimentación, y en forma última la muerte. Este marco de referencia se mantiene durante gran parte de la evolución histórica del ser humano.

#### MARCO CONCEPTUAL

Desde el siglo XVIII el sobrepeso y la obesidad eran indicativos de éxito social y personal, así como de sensualidad y belleza, indicando buena posición socioeconómica. Poco a poco este concepto ha ido cambiando. Y aun así, en la edad moderna y contemporánea, muchos grandes dirigentes y personajes influyentes presentan los mismos rasgos corporales y en la actualidad, y a pesar de todas las recomendaciones y evidencias clínicas y científicas en contra de la obesidad; la imagen del banquero-empresario-político corrupto o exitoso monetariamente está íntimamente ligada a dichos rasgos. Clásicamente se ha considerado que los obesos son personas psicológicamente sanas, con buen carácter y buena aceptación de sí mismos, poniendo énfasis en la “felicidad del obeso”; sin embargo, tal descripción no parece ajustarse a la realidad actual.

Según la OCDE, México se encuentra hoy por hoy en el Segundo Lugar Mundial con el 30% de su población clasificada obesa, solo superada por los Estados Unidos de América con un 33.8%. (8,9)

En 1997 la Organización Mundial de la Salud declara la obesidad como una epidemia de carácter global que plantea una amenaza para la salud pública debido al aumento de riesgo de trastornos asociados como la HTA, la cardiopatía coronaria y la Diabetes Mellitus tipo II (10,11).

Sin embargo, durante muchos años su terapéutica se ha orientado hacía la resolución del problema orgánico; pero se han descuidado, en una forma muy importante, los aspectos psíquicos del paciente obeso, sin tomar en consideración que la evolución post operatoria depende estratégicamente de la participación del paciente en aspectos como ingesta de alimentos, apego al tratamiento, modificaciones al estilo de vida, etc. Existen, de hecho, muchísimas instituciones privadas, que se concentran exclusivamente en el procedimiento quirúrgico y dejan de lado completamente el seguimiento y atención psiquiátrica.

En la novena clasificación del CIE-10 (1975) se puede encontrar el sobrepeso, la obesidad y la sobrealimentación. Es en esta clasificación cuando aparece la primera mención del Índice de Masa Corporal (IMC), fórmula desarrollada por el belga Adolfo Quetelet (12).

El criterio de agrupamiento para la variable Peso, se basa en la clasificación propuesta por la OMS (10,11); de la siguiente forma:

- Obesidad Tipo I: (30-34.99 kg/m<sup>2</sup>)
- Obesidad Tipo II (35-39.99 kg/m<sup>2</sup>)

- Obesidad Tipo III (igual o mayor a 40 kg/m<sup>2</sup>)

En alrededor del 45-50% de los obesos existe comorbilidad psiquiátrica. La obesidad puede generar problemas psiquiátricos, o tras de ella a veces se esconden también causas psíquicas (1).

La obesidad es hoy día el mayor trastorno metabólico existente. Se traduce en un excesivo aumento de tejido adiposo debido a una ingesta excesiva y a una disminución de la actividad física, que va a ir perjudicando la salud poco a poco, a veces con consecuencias fatales. Se trata de una enfermedad crónica que va aumentando con la edad, y que suele darse más en mujeres que en hombres.

Sabemos que alrededor del 50% de las mujeres y el 30% de los hombres obesos tienen atracones, mayor impulsividad, irritabilidad, labilidad emocional, baja autoestima, comorbilidad depresiva, ansiedad y trastornos afectivos estacionales. Sabemos también que la obesidad mórbida suele tener un patrón de conducta adictiva igual que otras adicciones (1).

Los rasgos de personalidad que se pueden encontrar en los obesos son muy variables y heterogéneos: depresivos, ansiosos, pesimistas, evitativos y alexitímicos, rasgos de baja autoestima, de inseguridad, recelo, de pasividad, de timidez, de dureza, suelen ser más frecuentes en los obesos. Los obesos adultos suelen ser más celosos, inseguros, pasivos, con sensación de merma, incompetencia para la vida y mundo de relación.

En la década de los '70, P. Sifneos y J. Nemiah (13) observaron en pacientes psicósomáticos una dificultad para expresar sus estados afectivos con palabras, así como para diferenciar sensaciones corporales de afectos. Lo consideraron una perturbación cognitivo-afectiva que denominaron alexitimia (del griego α: "falta";

lexis: “palabra”, thymós: “afecto”), que significa literalmente “ausencia de verbalización de afectos” (14).

Se considera que la disfunción central está en la toma de conciencia y en la representación de las vivencias emocionales. Las tensiones afectivas, al no hallar una expresión consciente y ser resueltas por la conducta emocional, toman una expresión somática (obesidad) por ejemplo mediante la sobreingesta de alimentos.

Actualmente, prevalece una concepción de la alexitimia como un factor de riesgo para las enfermedades relacionadas con la regulación emocional. Las dificultades de expresión y conciencia emocional provocan fracaso e indefensión social, esto es, un estado ansioso-depresivo que, a la larga, altera el sistema vegetativo, endocrino e inmune (15).

Inicialmente, el concepto de alexitimia (13) surgió ligado a los trastornos psicósomáticos, pero, en la actualidad, se ha observado que las características alexitímicas están presentes en una amplia variedad de trastornos, entre los que se incluyen: trastornos de dolor crónico, abuso de sustancias, estrés postraumático, etc.

### CLÍNICA DE LA ALEXITIMIA.

---

Si se entiende la alexitimia como una alteración de la personalidad, siguiendo a J. Krystal (16, 17) se pueden diferenciar tres áreas de trastornos:

1. Cognitivo;
2. Afectivo;
3. De las relaciones interpersonales.

Con respecto al trastorno cognitivo, corresponde a los rasgos descritos en el pensamiento operatorio, en el que las dificultades para simbolizar no corresponden a una limitación intelectual. Utilizan los símbolos como signos, sin creatividad y sin integrarlos en un contexto personal. El trastorno afectivo se refiere a la dificultad de verbalizar las emociones y a la dificultad de diferenciar sensaciones corporales y actuaciones impulsivas. El trastorno en las relaciones interpersonales supone una alteración de la empatía.

R. Retamales (18) califica los rasgos que caracterizan la alexitimia en esenciales y accesorios. Los esenciales constituyen el núcleo del trastorno y los accesorios se dan en gran parte de los casos.

#### RASGOS ESENCIALES DE LA ALEXITIMIA:

---

- Pensamiento simbólico reducido o ausente: es utilitario y minucioso, y está centrado en los detalles del entorno, referido a acontecimientos externos sin que el sujeto exprese sus sentimientos, tensiones, deseos o motivaciones.
- Limitada capacidad para fantasear: inhibición de la fantasía como realizadora de deseos, que les impide la representación de sus impulsos, o la simbolización de las tensiones como un paso previo a la actuación.
- Dificultad para expresar sus propios sentimientos con palabras: el término “alexitimia” se refiere a este aspecto. Por ser personas que tienen muy poco contacto con su realidad psíquica, se encuentran limitadas para diferenciar estados emocionales, así como también para localizar sensaciones y experiencias corporales, por lo que expresan sus demandas en términos físicos, manifestándose incapacitadas para verbalizar.

## RASGOS ACCESORIOS DE LA ALEXITIMIA:

---

- Alto grado de conformismo social: son personas aparentemente bien adaptadas, pero, como señala J. McDougall (19), se trata de una “seudonormalidad”, pues su comportamiento es muy rígido y dependiente de las convenciones sociales. Su existencia transcurre de manera mecánica. Se halla similitud con el concepto de sobreadaptación (20).
- Relaciones interpersonales estereotipadas: la capacidad para relacionarse con otros se encuentra deteriorada según Krystal, por un trastorno de capacidad de empatía. Como tienen relaciones inmaduras pueden establecer con facilidad relaciones de dependencia o caer en el aislamiento, evitando contacto con la gente.
- Impulsividad como expresión de conflictos: pueden llegar a la expresión afectiva descontrolada por su tendencia a expresar conflictos sin elaborarlos previamente.
- Personalidad inmadura: esto se relaciona con su expresión simbólica (21). Los tipos de personalidad más frecuentes son los introvertidos, pasivo-agresivos, pasivo-dependientes.
- Resistencia a la psicoterapia tradicional: por la incapacidad de relacionar sus trastornos fisiológicos con sus conflictos y como consecuencia de su incapacidad para simbolizar, es difícil que puedan realizar una introspección necesaria para concretar cualquier tipo de psicoterapia que pretenda descubrir los mecanismos profundos de su trastorno (22).

La alexitimia no es patognomónica de la obesidad, se ha encontrado en diversas entidades como trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia), trastorno por consumo de sustancias, estrés postraumático así como en diversas entidades consideradas psicósomáticas: asma, hipertensión arterial, úlcera gastroduodenal, psoriasis, etc.

Respecto a la existencia de rasgos de personalidad característicos en las personas obesas, los resultados son diversos, por lo que pueden llegar a ser confusos y contradictorios. A raíz de esto resulta en una gran dificultad para definir una “personalidad del obeso”. En algunas referencias declaran que se puede apreciar alexitimia hasta en un 63.6% de las personas que padecen obesidad (2). Adicionalmente, puede correlacionarse con otras características tales como anhedonia, locus de control externo, impulsividad y dependencia interpersonal (12).

Los factores psicológicos pueden contribuir directa o indirectamente en la etiología de varios trastornos físicos, en otros casos, los síntomas psiquiátricos pueden ser una expresión directa de una lesión que afecta órganos neurales o endocrinos.

Diversos autores sostienen que los rasgos o características alexitímicas tiene un destacado papel en la génesis y/o mantenimiento de los síntomas psicósomáticos, ya que la alexitimia puede considerarse como factor iniciador y/o mantenedor del trastorno, además de factor pronóstico en la evolución de diversas enfermedades crónicas (23), o como factor pronóstico de mala respuesta terapéutica (16).

Los estilos emocionalmente inexpresivos tales como la alexitimia pueden ocurrir de manera prominente en los obesos. La alexitimia está caracterizada por la conciencia reducida de los sentimientos y emociones propios o de los demás. Esto ocurre como un estilo defensivo o como un déficit en el procesamiento cognitivo.

En lo que se refiere a la Escala de Valoración de Alexitimia (Toronto AlexythimicScale 20 Ítems (TAS-20)) se define el punto de corte para la determinación de Alexitímico positivo como en 60 (27).

### **3. MÉTODO**

---

#### **JUSTIFICACIÓN**

---

La tarea del psiquiatra en el tratamiento de la obesidad ha cambiado radicalmente a lo largo de los años. Al evidenciarse que la obesidad era mucho más que un trastorno del comportamiento alimentario como se había creído, la responsabilidad del tratamiento para la obesidad recayó sobre los médicos de cabecera y las organizaciones que comercializaban productos para el adelgazamiento. Parecía que los psiquiatras tenían poco que hacer en estos casos. Una vez superado este capítulo, los psiquiatras pudieron desempeñar un papel importante en el tratamiento de la obesidad. Pero, para ello, deben comprender este complejo trastorno (24).

Los individuos con alexitimia suelen tener problemas para distinguir entre las sensaciones físicas y emocionales, aunque evitan la expresión emocional y

tienden a buscar explicaciones externas y no internas, para sus problemas (25). En esta condición, más común entre los hombres, es considerado por algunos como un factor predisponente para el desarrollo de un trastorno psicossomático (obesidad), se asume que la gente que no sabe expresar sus emociones de manera efectiva y maneja su estrés de forma patológica. (26). Por ejemplo con sobre ingesta de alimentos lo cual llevaría a la obesidad.

Es importante identificar la alexitimia en pacientes con obesidad, ya que su detección a través del discurso y por medio de evaluaciones psicométricas, nos permitirá decidir modalidades terapéuticas acordes con este indicador.

Se ha visto en muchos pacientes con obesidad, que a pesar de estar bajo un adecuado régimen dietético, ejercitación física y tratamiento médico, no bajan de peso. Esto se debe a que, en muchas ocasiones, no se le realiza una adecuada valoración psiquiátrica al paciente y muchos de los rasgos de personalidad o trastornos afectivos, perpetuarían el mantenimiento de la obesidad.

## OBJETIVOS

---

### OBJETIVO GENERAL:

---

Describir la frecuencia de alexitimia en pacientes obesos de la Clínica de Obesidad y Cirugía Bariátrica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, en base a edad, sexo, escolaridad, estado civil y ocupación.

### OBJETIVOS PARTICULARES:

---

- Describir la frecuencia de Índice de Masa Corporal en los pacientes obesos.
- Describir la correlación entre el IMC y la presencia de alexitimia.
- Describir la correlación entre el sexo y la presencia de alexitimia.

## MUESTRA

---

Se consideraron a todos aquellos pacientes que acudieran a la Clínica de Obesidad y Cirugía Bariátrica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González” entre diciembre 2011 y febrero 2012, a los cuales se les aplicó la escala de Alexitimia de Toronto de veinte reactivos (TAS-20).

### SUJETOS:

---

Se empleó una muestra no probabilística incidental de 65 sujetos, obtenida durante su asistencia a consulta en la Clínica de Obesidad y Cirugía Bariátrica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”, de la Ciudad de México, D.F. Con una distribución por sexo de 29.2% de hombres y un 70.8% de mujeres. Con una Edad Media de 39.48 años, un mínimo de 19 y un máximo de 58, con un rango de

39. Todos los cuales respondieron voluntariamente la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), en el periodo comprendido entre diciembre de 2011 a Febrero de 2012.

#### CRITERIOS DE SELECCIÓN:

---

##### *Criterios de inclusión.*

---

- Pacientes de primera vez o subsecuentes, atendidos en la Clínica de Obesidad y Cirugía Bariátrica del Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.
- Pacientes de ambos sexos.
- Mayores de 18 años.
- Aceptación voluntaria a participar en el estudio.
- Escolaridad mínima primaria o que sean aptos para contestar el cuestionario.
- IMC mayor a 30 Kg/m<sup>2</sup>, aceptados por el servicio de cirugía bariátrica.

##### *Criterios de exclusión.*

---

- Pacientes con esquizofrenia y trastorno bipolar.
- Retraso mental.
- Cualquier condición que impida que conteste adecuadamente la escala de alexitimia (TAS-20).

### *Criterios de eliminación.*

---

- Escalas mal contestadas o incompletas.

### TIPO DE ESTUDIO:

---

- Descriptivo
- Correlacional
- Transversal

### INSTRUMENTOS:

---

**Escala TAS-20**, utilizada por Moral de la Rubia (27). Escala con un rango potencial de 0 a 100, formada por 20 reactivos tipo Likert, con un recorrido de seis puntos cada uno (0 a 5), con tres puntos en cada polo y sin punto intermedio. 15 de estos reactivos están redactados en sentido alexitímico (positivo); mientras 5 (4, 5, 10, 18 y 19) están en sentido no alexitímico. La puntuación se obtiene por suma simple de los veinte reactivos, posteriormente a la inversión de los cinco reactivos mencionados como en sentido No Alexitímico. La distribución de la escala se ajusta a una curva normal con media ubicada alrededor de 48 y una Desviación Estándar de 12 (28).

**IBM-SPSS Versión 20, IBM Corporation, 2011.**

---

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

---

De acuerdo al reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, vigente en nuestro país, el trabajo realizado se clasifica en categoría 1, en base al título segundo, artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo, ya que no hubo manipulación de variables. Así mismo se solicitó consentimiento de participación voluntaria, el cual fue leído y firmado de enterado por cada participante.

Se realizó el presente trabajo de acuerdo a las recomendaciones de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, enmendada en la 52° Asamblea general Mundial Celebrada en Edimburgo, Escocia, del 2002, que guía a los médicos en las investigaciones médicas.

## 4. RESULTADOS

---

### RESULTADOS, ESTADÍSTICAS Y GRÁFICOS

#### SEXO

En lo que se refiere al agrupamiento por sexo de los sujetos de este estudio, se puede observar que la mayoría (70.8%) son del sexo femenino, mientras que solo el 29.2% son del sexo masculino. Este detalle es importante de tomar en cuenta, ya que, cuando se vea el análisis de correlación de la frecuencia de alexitimia, correlacionada con el sexo, los hombres presentan una mayor tendencia a sufrirla que las mujeres. El porqué de dicha tendencia, es un estudio que va más allá de los objetivos de este trabajo.

|           | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Masculino | (19)       | 29.2       |
| Femenino  | (46)       | 70.8       |
| Total     | (65)       | 100.0      |

Tabla 1: Información de Frecuencias, para la variable “Sexo”

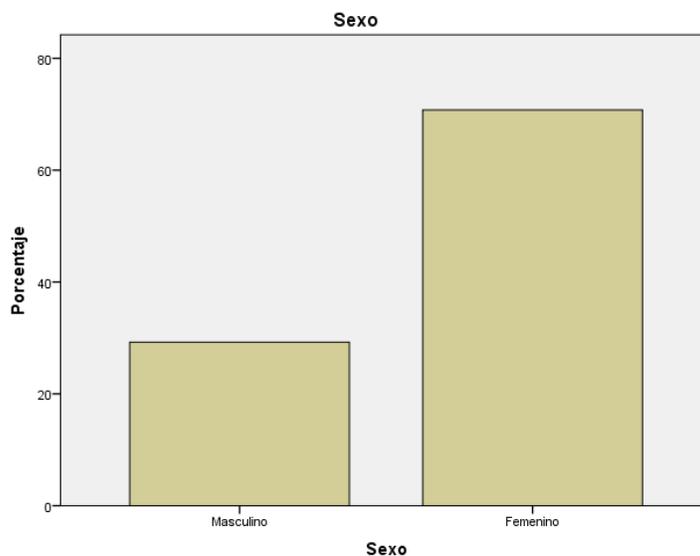


Fig. 2: Diagrama de barras que muestra la relación de sexos en la muestra.

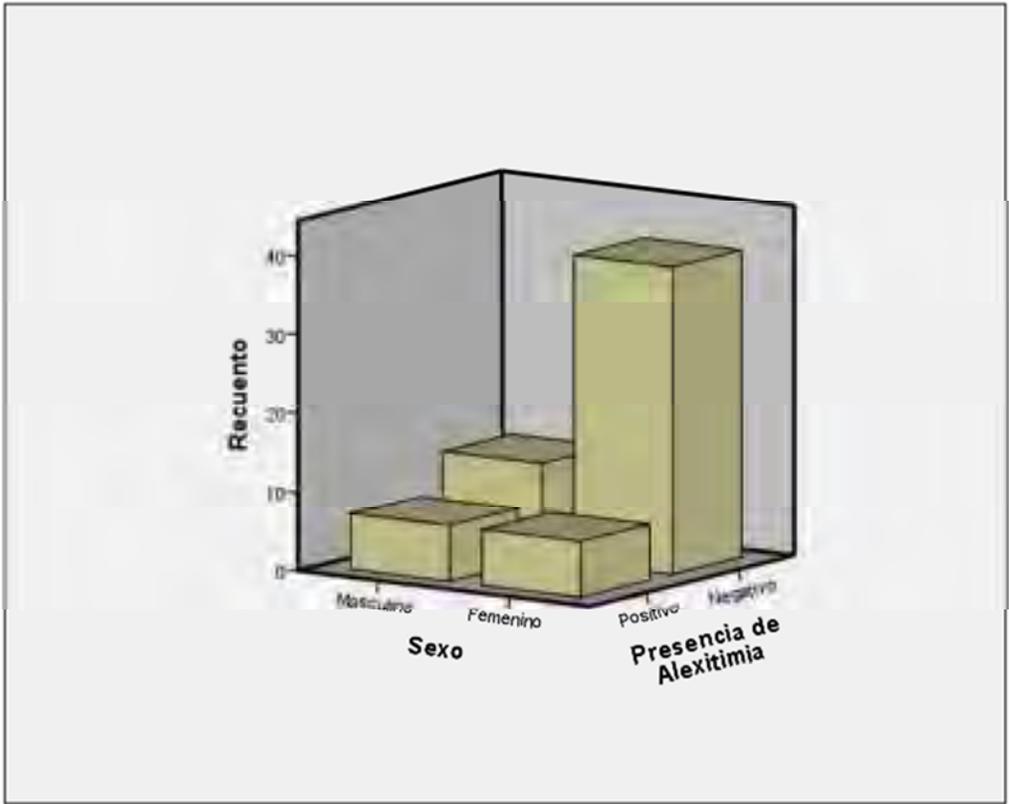


Fig. 3: Histograma que muestra la presencia de alexitimia en hombres y mujeres.

## EDAD

---

Para el análisis de la edad se realizó una agrupación por grupos etarios, con origen en 15 años y máximo de 65. Este agrupamiento indica que se trata de una muestra con una distribución aparentemente normal, con representantes de los principales grupos etarios.

| Edad (Por grupos etarios de 5 años) | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------------------|------------|------------|
| 16 - 20                             | 2          | (3.1)      |
| 26 - 30                             | 8          | (12.3)     |
| 31 - 35                             | 9          | (13.8)     |
| 36 - 40                             | 18         | (27.7)     |
| 41 - 45                             | 11         | (16.9)     |
| 46 - 50                             | 11         | (16.9)     |
| 51 - 55                             | 4          | (6.2)      |
| 56 - 60                             | 2          | (3.1)      |
| Total                               | 65         | (100.0)    |

Tabla 2: Estadísticos de frecuencia correspondientes a los resultados de edad, agrupados por grupos etarios de 5 años de ancho de grupo.

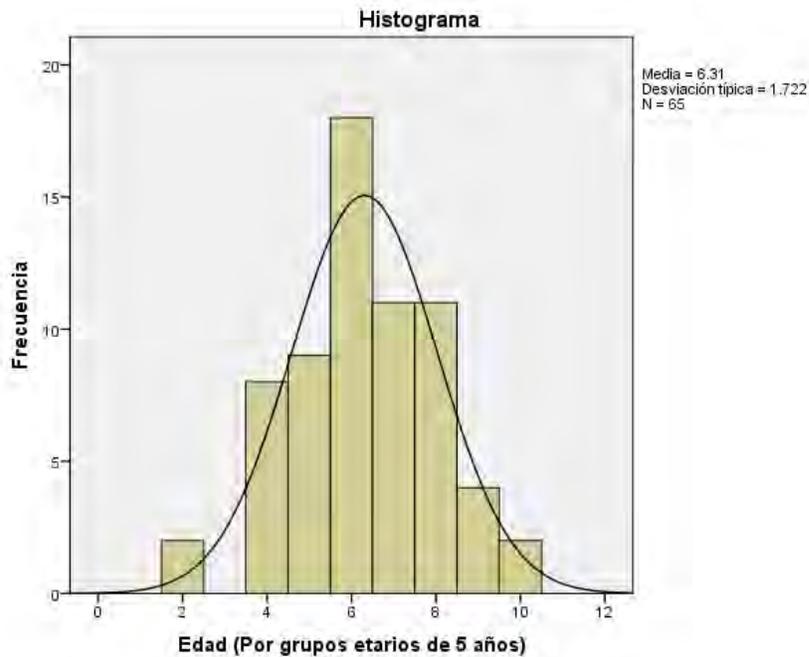


Fig. 4: Histograma con curva normal de referencia que muestra la distribución de frecuencia por edad agrupada, para la muestra utilizada en este estudio.

### ESCOLARIDAD

En lo que se refiere a la escolaridad, los datos de frecuencia indican que la mayor parte de los sujetos del estudio tienen una educación media superior, concluida; y, en segundo lugar, los que pudieron concluir una carrera a nivel licenciatura. Ambos grupos representan el 76.9% de los casos estudiados.

| ESCOLARIDAD  | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Primaria     | 1          | (1.5)      |
| Secundaria   | 12         | (18.5)     |
| Bachillerato | 27         | (41.5)     |
| Profesional  | 23         | (35.4)     |
| Posgrado     | 2          | (3.1)      |
| Total        | 65         | (100.0)    |

Tabla 3: Estadísticos de Frecuencia correspondiente a la variable Escolaridad.

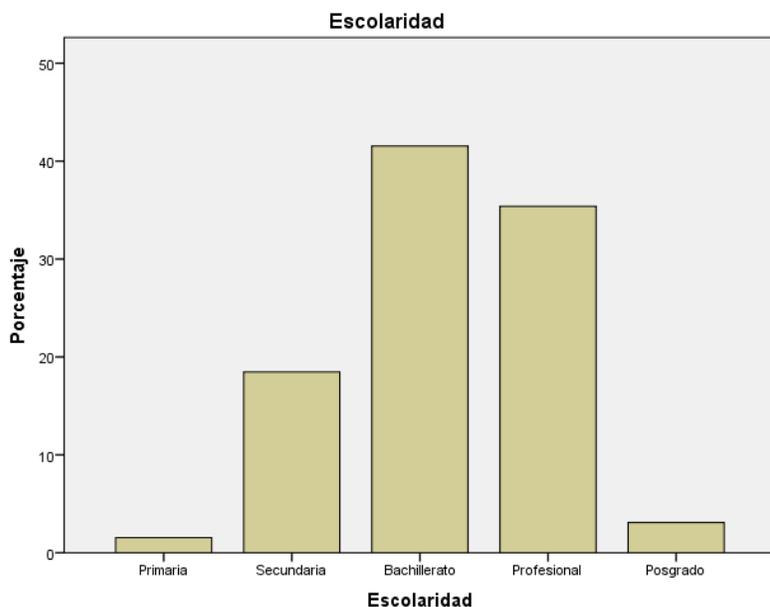


Fig. 5: Histograma que representa la distribución de la Variable Escolaridad.

#### *ESTADO CIVIL*

En lo que se refiere al estado civil, el 47.7% de los sujetos del estudio estaban casados, seguidos por el 40% de pacientes solteros, otros estados civiles representaban el 12.3% de la muestra.

| ESTADO CIVIL | Frecuencia | Porcentaje |
|--------------|------------|------------|
| Soltero      | 26         | (40.0)     |
| Casado       | 31         | (47.7)     |
| Divorciado   | 4          | (6.2)      |
| Viudo        | 1          | (1.5)      |
| Unión Libre  | 3          | (4.6)      |
| Total        | 65         | (100.0)    |

Tabla 4: Estadísticos de Frecuencia correspondiente a la variable Estado civil.

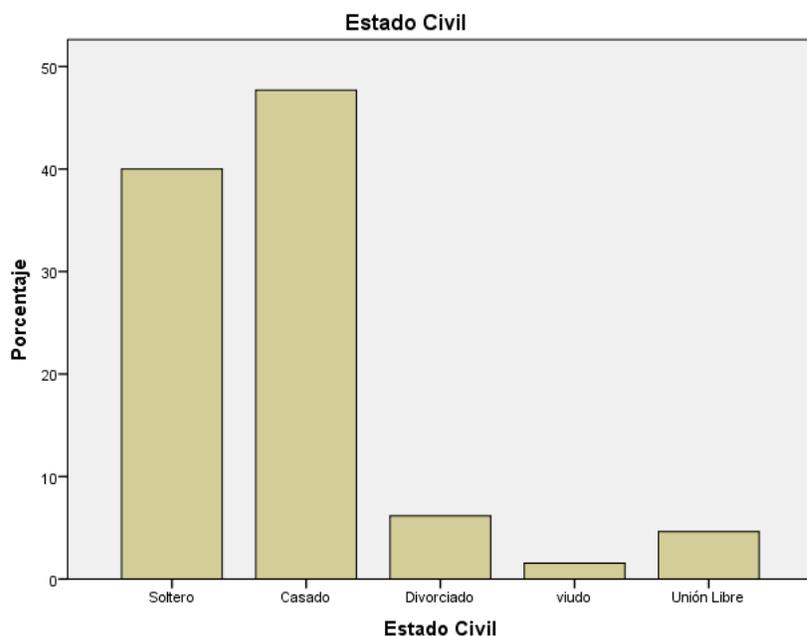


Fig. 6: Histograma que representa la distribución de Frecuencia de la Variable Estado civil.

### OCUPACIÓN

En lo que se refiere a la situación laboral el 93.9% de los sujetos desarrollaban alguna actividad productiva directa, mientras solo el 6.1% de los mismos se clasificaron como que no desarrollaban ninguna actividad productiva.

| OCUPACIÓN     | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------|------------|------------|
| Ninguna       | 1          | (1.5)      |
| Desempleado   | 2          | (3.1)      |
| Comerciante   | 11         | (16.9)     |
| Empleado      | 21         | (32.3)     |
| Profesionista | 16         | (24.6)     |
| Jubilado      | 1          | (1.5)      |
| Ama de casa   | 13         | (20.0)     |
| Total         | 65         | (100.0)    |

Tabla 5: Estadísticos de Frecuencia correspondiente a la variable Ocupación.

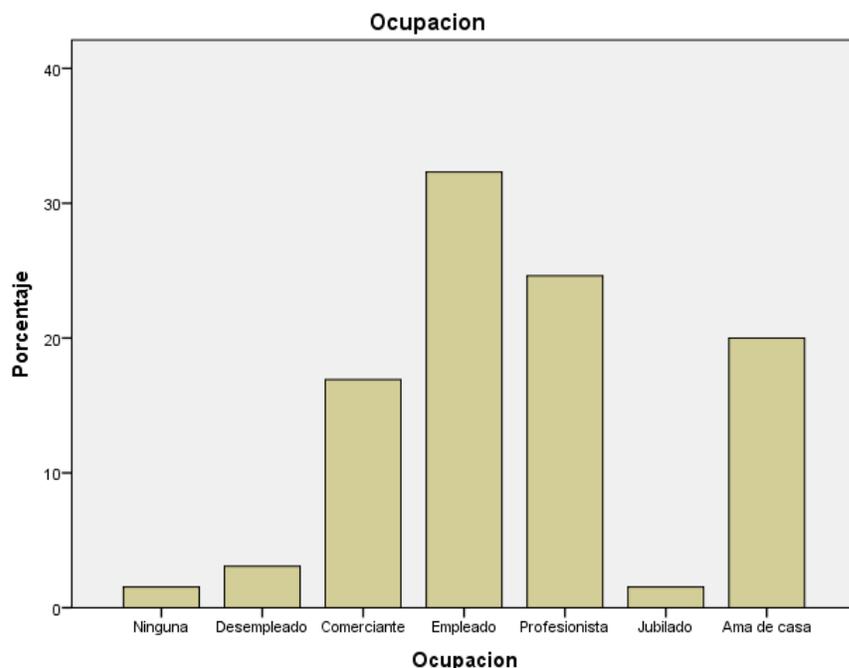


Fig. 7: Histograma que representa la distribución de frecuencia de la variable Ocupación.

### *INDICE DE MASA CORPORAL*

En la observación directa de los resultados de la somatometría, se observa claramente que el 64.6% de los pacientes tienen un IMC que los clasifica como Obesidad Mórbida, esto nos habla de que aun a pesar de las condiciones económicas en este país, existe un gravísimo problema de obesidad, que es corroborado por la OCDE (8,9).

| IMC (OMS)         | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------|------------|------------|
| Obesidad Tipo I   | 5          | (7.7)      |
| Obesidad Tipo II  | 18         | (27.7)     |
| Obesidad Tipo III | 42         | (64.6)     |
| Total             | 65         | (100.0)    |

Tabla 6: Estadísticos de Tendencia central correspondiente a la IMC

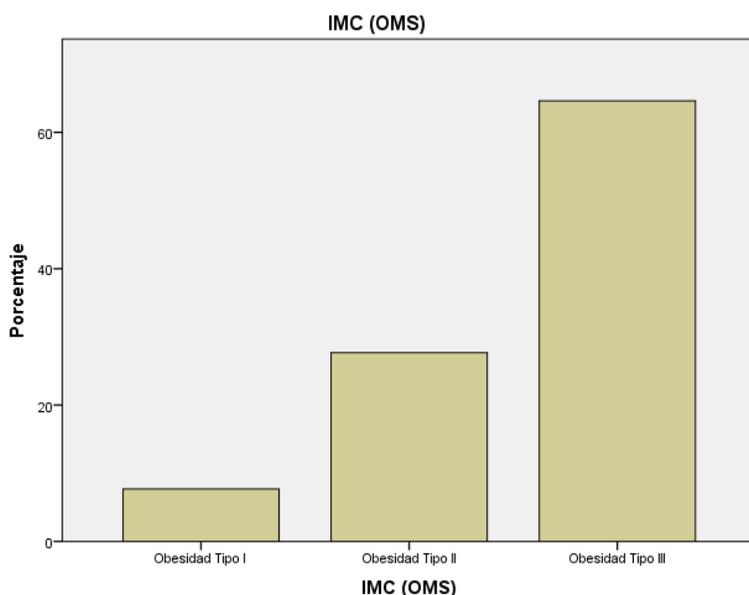


Fig. 8: Histograma que representa la frecuencia de los 3 parámetros para clasificar el peso.

### *VALORACIÓN DE ALEXITIMIA*

De los 65 pacientes evaluados se observa que 78.5% no tienen alexitimia, mientras que un 21.5% resultaron positivos en el rasgo. A la primera observación es obvio que no existe una relación directa entre obesidad y alexitimia. Comparando el bajo porcentaje de pacientes con alexitimia en este estudio con otros ya realizados observamos que está en proporción con ellos, aunque cabe mencionar que en la literatura médica se señalan porcentajes más elevados. Sería interesante para estudios posteriores valorar otros rasgos psicopatológicos que pudieran estar afectando o modificando el rasgo de alexitimia.

| PRESENCIA DE ALEXITIMIA | Frecuencia | Porcentaje |
|-------------------------|------------|------------|
| Negativo                | 51         | (78.5)     |
| Positivo                | 14         | (21.5)     |
| Total                   | 65         | (100.0)    |

Tabla 7: Estadísticos de frecuencia de alexitimia.

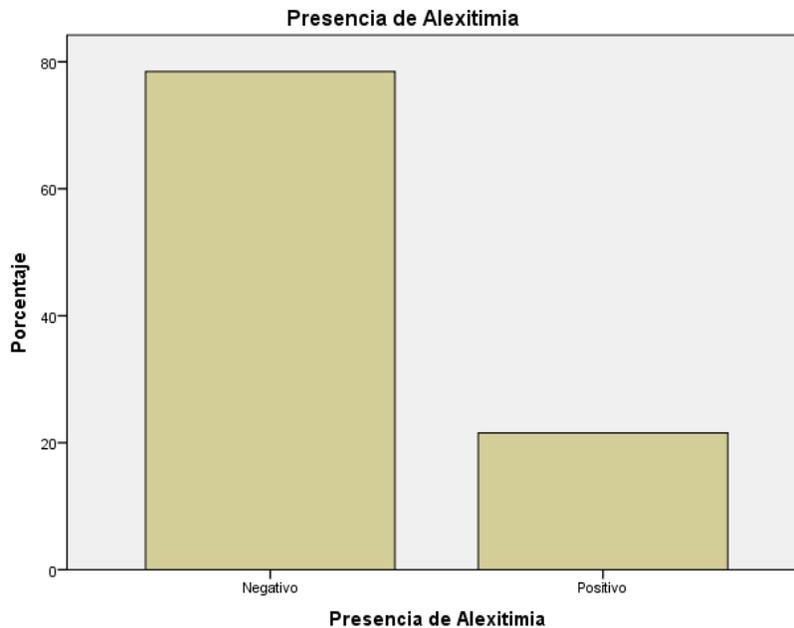


Fig. 9: Histograma que muestra la frecuencia de pacientes positivos a la presencia de alexitimia.

### CORRELACIONES (BIVARIABLES)

En base a la observación previa de la baja frecuencia de alexitimia en nuestro grupo de estudio; se decidió realizar un análisis de coeficiente de correlación de Pearson, aplicado a descubrir la existencia de alguna relación de causa efecto entre las variables de IMC y existencia de alexitimia y la preferencia sexual de presentar dicho rasgo.

En lo que se refiere a la correlación entre IMC y alexitimia, el análisis de Pearson arrojó que existe una muy débil relación negativa entre el IMC y alexitimia (-0.045) y una significancia unilateral (IMC hacia alexitimia) de 0.361; lo cual indica que no existe correlación alguna entre obesidad y alexitimia.

**Correlaciones(IMC / Alexitimia)**

|                         |                        | IMC   | Presencia de Alexitimia |
|-------------------------|------------------------|-------|-------------------------|
| IMC                     | Correlación de Pearson | 1     | -.045                   |
|                         | Sig. (unilateral)      |       | .361                    |
|                         | N                      | 65    | 65                      |
| Presencia de Alexitimia | Correlación de Pearson | -.045 | 1                       |
|                         | Sig. (unilateral)      | .361  |                         |
|                         | N                      | 65    | 65                      |

Tabla 12: Estadísticos de Tendencia Central correspondiente a la variable Presencia de Alexitimia.

En el caso de la correlación sexo alexitimia se justifica el análisis de coeficiente de correlación de Pearson ya que por la diferencia que existe de población femenina-masculino en la muestra, había que descartar un sesgo generado por dicha diferencia. Como se puede ver en los resultados del análisis, se puede observar con claridad la existencia de una correlación directa y significativa entre el sexo y la presencia de alexitimia ya que presenta una correlación negativa entre el sexo femenino y la alexitimia. Esto nos indica que tiene una correlación positiva con el sexo masculino, lo cual demuestra que en una situación de relación equilibrada hombre-mujer, el grupo masculino sería más propenso a desarrollar el rasgo de alexitimia.

### Correlaciones (Sexo / Alexitimia)

|                         |                        | Presencia de Alexitimia | Sexo   |
|-------------------------|------------------------|-------------------------|--------|
| Presencia de Alexitimia | Correlación de Pearson | 1                       | -.239* |
|                         | Sig. (unilateral)      |                         | .027   |
|                         | N                      | 65                      | 65     |
| Sexo                    | Correlación de Pearson | -.239*                  | 1      |
|                         | Sig. (unilateral)      | .027                    |        |
|                         | N                      | 65                      | 65     |

\*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (unilateral).

Tabla 13: Coeficiente de Correlación de Pearson, Aplicado en Sexo vs Alexitimia.

## 5. DISCUSIÓN

En forma secundaria a la definición de los rasgos alexitímicos, Taylor y cols. Desarrollan una escala de 26 reactivos, denominada Escala de Alexitimia de Toronto (Toronto Alexithymia Scale (TAS-26)). A pesar de que los resultados confirman en gran medida que dicha Escala parecía constituir un instrumento útil, válido y fiable; aparecen algunos datos discordantes que obligan a realizar una revisión, que, en 1994, Parker, Bagby y Taylor (28), publican como la escala revisada TAS-20. Esta escala, elimina varios reactivos de la versión -26 dejando 13 de la versión original y agrega 7, esta escala también se puntúa a través de una escala tipo Likert de 5 puntos, con 5 reactivos invertidos. En esta escala se califican tres factores coherentes con el constructo evaluado:

1. Dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones corporales o fisiológicas que acompañan a la activación emocional.
2. Dificultad para describir los sentimientos a los demás
3. Estilo de pensamiento orientado a lo externo.

Una de las ventajas más importantes que tiene esta escala es que tiene múltiples adaptaciones a diferentes lenguajes y culturas, manteniendo una coherencia transcultural y, por lo tanto una validez aplicable a los diferentes entornos e idiosincrasias, esto reviste una alta relevancia en este estudio, ya que la conformidad, coherencia y transportabilidad de la Escala a los pacientes estudiados es válida.

Sin embargo, al estar preparando esta investigación, se descubrió, que, aun cuando la escala es válida, su interpretación o valoración de los resultados presenta una variabilidad muy importante. En la bibliografía revisada, se descubrieron varias interpretaciones o escalados, de los cuales mencionamos los que con mayor frecuencia se refieren:

1. En su versión original, Bagby et al (28) indican que el punto de corte se encuentra en el 61 de la valoración alexitímica. Sin indicar puntos de corte que valoren la gravedad del constructo.
2. Otros autores indican un punto de corte en 50 (inclusivo) (29, 30)
3. Taylor et al. (15) propone un punto de corte excluyente, esto es positividad o negatividad al rasgo, de 60.
4. En otros artículos (31), proponen una graduación de la gravedad de la alexitimia, de la siguiente forma:

- a. Menos del 51: No alexitímico
  - b. De 52 a 59: Alexitimia Baja
  - c. Mayor a 60: Alexitimia Alta
5. Basurto, R, (32) propone una categorización de la gravedad basada en la Media (59.683) de su población estudiada, obteniendo tres grupos denominados:
- a. Alexitimia leve: M-1DE (30-45.147)
  - b. Alexitimia moderada: (45.147 – 74)
  - c. Alexitimia Grave: (mayor a 74)

En esta última, consideramos que existe algún error en la asignación de los valores de corte, toda vez que coloca el punto de corte muy bajo lo cual genera un sesgo de falsos positivos, de acuerdo a la valoración original de Bagby.

En base a que la valoración de Taylor (1996), se considera la más apropiada y, como las valoraciones transculturales de la Escala TAS-20 para España y México coinciden con dicho punto de corte, seleccionamos esta valoración para realizar la evaluación de los resultados de las escalas aplicadas para la realización de esta tesis.

Con respecto al uso de la Escala TAS-20 para la categorización de la Alexitima, consideramos que la función original de dicha escala es con el fin de identificar la presencia del rasgo en un paciente, sin intentar categorizar o valorar la importancia del rasgo en un sujeto determinado, esto a partir del hecho de que no existe una categorización formal dentro de dicha escala para identificar que

características o rasgos tienen un mayor peso dentro del cuadro general del rasgo alexitímico.

Con respecto a los resultados obtenidos, uno de los hallazgos mas significativos fue la falta de correlación entre el IMC y la presencia del rasgo alexitímico; esto no le quita importancia a la detección oportuna de alexitimia en pacientes obesos, ya que este rasgo puede presentar un factor muy importante durante la etapa de recuperación postoperatoria y, especialmente, durante el seguimiento a postquirúrgico, pueden presentar una tasa de fallo mayor que aquellos pacientes que carecen del rasgo, por tanto es importante su oportuna detección y terapéutica en forma pre y post quirúrgica.

## **6. CONCLUSIONES**

En base a la preparación documental de esta tesis, se describieron los múltiples elementos que conforman al rasgo alexitímico, así como las posibles correlaciones existentes entre este rasgo y la comorbilidad psiquiátrica de la obesidad. Al ser la obesidad la principal enfermedad metabólica del mundo y de México, el cual ocupa el segundo lugar mundial de población que presenta algún grado de obesidad; reviste una particular importancia el estudio de todos los factores psicopatológicos que confluyen en la llamada “personalidad del obeso”. Uno de estos factores es el rasgo de la alexitimia, cuya principal característica es la incapacidad del individuo para verbalizar sus sentimientos y emociones, así como la tendencia hacia la somatización de las emociones no expresadas.

La medición de la alexitimia en los paciente obesos, que en este estudio se demostró muy baja dentro del total de pacientes examinados, puede representar un signo de alerta para un seguimiento más cercano y tratamiento del rasgo para el desarrollo de empatía; esto con el propósito de prevenir posibles fallas en el apego al tratamiento integral.

## **7. PROPUESTAS**

---

A futuro, como se ha mencionado en varias partes de este estudio, es importante ampliar la base de sujetos estudiados para la identificación del rasgo alexitímico dentro de la población obesa y contrastar estos resultados con un estudio general en la población general mexicana, para así poder determinar su prevalencia y correlación contrastada con el fenómeno de la obesidad.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

---

- 1) Chinchilla Moreno A. Obesidad y psiquiatría 1ª. Ed. 2005; Ed. Masson, Barcelona, España; pags: 1-6; 10-11; 43-51; 55-56.
- 2) Tapia P, Ornstein C. Perfil psicológico de 33 mujeres obesas consultantes a un programa de tratamiento de la obesidad. Trabajo de investigación. RevPsiqClin 2006; 43(2):18-26.
- 3) Silvestre E, Stavile AE. Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Posgrado en obesidad a distancia. 2005. Universidad Favaloro. Córdoba.
- 4) Sifneos PE., Alexithymia and its relationship to hemispheric specialization, affect, and creativity. PsychiatrClin North Am. 1988 Sep; 11(3):287-92.
- 5) Velasco C, Páez DE. (1996). Alexitimia, comunicación emocional y problemas psicosomáticos. Boletín de Psicología, 52, 25-46.
- 6) Lolas F, Von Rad M. Alexithymia. En: Cheren S (ed). Psychosomatic Medicine: Theory Physiology and Practics. Vol. 1; Madison International UniversitiesPress, 1989, pags: 187-235.
- 7) Eguíluz I, Segarra R. Introducción a la psicopatología. Ed. Ars Medica, Barcelona, España, 1ª, Ed. 2005; pags: 313-315.
- 8) "Obesityupdate 2012", OCDE.
- 9) "La obesidad y la economía de la prevención", 2010, OCDE.

- 10) WHO (World Health Organization) Technical Report Series 854, Physical Status: The use and interpretation of anthropometry.
- 11) WHO (World Health Organization) Technical Report Series 894, Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic.
- 12) Ruiz I, Fernández S, Bolaños P, Jáuregui I. Obesidad y rasgos de personalidad; Trastornos de la conducta alimentaria 12 (2010), pags. 1333, 1335.
- 13) Sifneos, P.E. (1973) The prevalence of alexithymic characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 26, 270-285.
- 14) Alonso-Fernández F. *Salud Mental* 2011, Vol. 34. No. 6. La alexitimia y su trascendencia clínica y social, pags. 481-482.
- 15) Taylor GJ, Bagby RM, Parker: *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical psychiatric illness*, 1997
- 16) Krystal H: Alexithymia and psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy* 33:17-31, 1979
- 17) Krystal H, Giller BL, Cichetti DV: Assessment of alexithymia in posttraumatic stress disorder and somatic illness: introduction to a reliable measure. *Psychosomatic Medicine* 48:84-94, 1986.
- 18) Retamales R.: "Different personality tests applied to the concept of alexithymia", *ActasLuso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* Jul.-Ag. 17(4): 263-73, 1989.
- 19) McDougall, J.: *Teatros de la mente*, Madrid, Tecnipublicaciones, 1987.

- 20) Liberman E.: "Sobreadaptación, trastornos psicossomáticos y estadios tempranos del desarrollo", Revista de psicoanálisis, APA No. XXXIX, 5, 1982.
- 21) Ruesch J.: "The infantile personality", Psychosomatic Medicine 1: 134-144. 1948.
- 22) Sivak R, Wiater A, Casullo M. Alexitimia, la dificultad para verbalizar afectos, Ed. Paidós 1997; 1ª. Buenos Aires, Argentina, pags. 27-28.
- 23) Klieger, J.H. y Kinsman, R.A (1980). The development of an MMPI alexithymia scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 34, 17-24.
- 24) Michael G, Juan López-Ibor Jr. Tratado de psiquiatría, Tomo II, Ed. Ars Medica, Barcelona, España, 2000; pags: 1034-1043.
- 25) Kirmayer L.J., Young A. & Robbins JM. (1994). Symptom attribution in cultural perspective. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39, 584-595.
- 26) Halgin R, Krauss S. (2004). Psicología de la anormalidad. México: Mc Graw Hill.
- 27) Moral de la Rubia J., Propiedades psicométricas de la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, Vol. 11 No. 2, Julio de 2008, 97-114.
- 28) Bagby R.M., Parker JDA. y Taylor GJ. The twenty-item Toronto alexithymia scale-I. Itemselection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 1994, 38(1), 23-32.
- 29) Gimeno MS. Alexitimia en pacientes con Obesidad Mórbida. III Congreso Latinoamericano IFSO 2009.
- 30) Lunnazzi de Jubanny, Lectura del Psicodiagnóstico, 2008.

- 31) Díaz Curial, J. Estudio de variables relacionadas con la alexitimia en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. Revista electrónica de motivación y Emoción, Vol. 5, No. 10, 2002.
- 32) Bazarro Méndez R., Tesis: "Asociación entre alexitimia y depresión en pacientes con Hipertensión Arterial Esencial, 2005.

## ANEXOS

### Anexo 1: Escala de alexitimia de Toronto de 20 reactivos (TAS-20)

Lea atentamente cada uno de las siguientes 20 afirmaciones acerca de su modo de ser habitual. Señale con un círculo el grado en que está de acuerdo o no con las mismas.

Conteste lo más sinceramente posible.

| Desacuerdo   |                                    |                                    | Acuerdo                         |                                 |                                   |
|--|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| -3<br>Totalmente<br>en<br>desacuerdo   | -2<br>Bastante<br>en<br>desacuerdo | -1<br>Más bien<br>en<br>desacuerdo | +1<br>Más bien<br>de<br>acuerdo | +2<br>Bastante<br>de<br>acuerdo | +3<br>Totalmente<br>de<br>acuerdo |
| 1. A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo.   |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.   |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.  |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.  |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 5. Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos   |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado.  |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 7. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.   |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas sin preguntarme por qué suceden de ese modo.                                     |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 9. Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.   |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 10. Estar en contacto con las emociones es esencial.   |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.   |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos.   |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 13. No sé qué pasa dentro de mí.   |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 14. A menudo no sé por qué estoy enfadado.   |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.                                     |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que profundos dramas psicológicos.                                   |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.                                     |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 18. Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.   |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.   |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |
| 20. Analizar y buscar significados profundos a películas, espectáculos o entretenimientos disminuye el placer de disfrutarlos. |                                    |                                    | -3-2 -1 +1 +2 +3                |                                 |                                   |

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.- En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

Por medio de la presente, \_\_\_\_\_, acepto participar de forma voluntaria y sin presión de algún tipo, en el protocolo de investigación: "**Frecuencia de alexitimia en pacientes obesos de la Clínica de Cirugía Bariátrica del Hospital General Manuel Gea González**", a cargo de la Dra. Citlaly Yanintzic Parra Pérez y me han explicado que este estudio tiene el objetivo de evaluar la alexitimia (Dificultad para expresar afecto) en población con obesidad. Durante la entrevista que se me realizará, yo puedo realizar las preguntas que considere necesarias en relación a lo que se me estará practicando y el médico encargado de la investigación contestará amablemente a todas y cada una de mis preguntas.

La información que se obtenga se mantendrá siempre dentro del ámbito de la confidencialidad y solo será del conocimiento del investigador y del personal médico que participa en este proyecto y será identificada mediante una clave numérica. La información que se obtenga de la presente investigación servirá como referencia para la evaluación de la alexitimia y su relación con la obesidad.

Yo podré renunciar en cualquier momento, si así lo deseo, sin que esto afecte mi tratamiento o el trato que recibo por parte del personal que labora en esta institución.

Este protocolo de estudio no tiene ningún costo para mí. El beneficio que obtendré será tener una valoración más completa por parte de la Clínica de Obesidad.

Puedo solicitar el resultado de la evaluación que se me realiza y en caso de resultar positivo puedo solicitar terapia para el mismo.

Si existiera alguna duda al respecto de la presente investigación me podré comunicar con toda confianza con la investigadora principal, Dra. Citlaly Yanintzic Parra Pérez al teléfono: 55378961.

Con fecha \_\_\_\_\_, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio titulado: "Prevalencia de alexitimia en pacientes obesos de la Clínica de Cirugía Bariátrica del Hospital General Manuel Gea González"

Nombre y firma del paciente o responsable legal \_\_\_\_\_

Nombre, y firma del testigo 1  
Dirección  
Relación que guarda con el paciente

Nombre, y firma del testigo 2  
Dirección  
Relación que guarda con el paciente

Nombre y firma del Investigador Responsable o Principal

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal y el otro en poder del investigador.

Para preguntas o comentarios comunicarse con el Dr. Octavio Sierra Martínez, presidente de las Comisiones de Ética y de Investigación al (01 55) 4000-3050