

INFLUENCIA DEL APEGO EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA. ESTUDIO COMPARATIVO EN FUNCIÓN DEL GÉNERO

Gómez, Rodríguez, Cristóbal
Benítez, Hernández, María del Mar
Ruiz, Domínguez, Claudia
Luque, Budia, Asunción
Borda, Mas, Mercedes
Avargues, Navarro, María Luisa

RESUMEN

El objetivo de este estudio es comprobar si las variables apego y género guardan relación alguna con personas candidatas a cirugía bariátrica con obesidad mórbida en comparación con personas que no lo son. De los 274 individuos participantes en este estudio, 162 presentaban obesidad mórbida candidatas a dicha cirugía (72,76% mujeres y 27,33% hombres) y 112 formaron el grupo control, los cuales no presentaban obesidad (75% mujeres y 25 % hombres), seleccionados por el método de conveniencia. Los instrumentos utilizados han sido: Cuestionario de Apego Adulto y unas plantillas con datos sociodemográficos y clínicos. Los datos obtenidos en este estudio ponen de manifiesto que existe una mayor prevalencia de apego preocupado en el grupo no apto para la cirugía bariátrica en comparación con los otros dos grupos comparados. Atendiendo al género, se concluye que existen diferencias significativas, siendo las mujeres las que obtienen mayores puntuaciones en apego preocupado.

Palabras clave: Apego, género, obesidad mórbida y cirugía bariátrica.

ABSTRACT

The aim of this study is to see if attachment and gender variables are linked in any way to those bariatric surgery sufferer morbid obesity candidates, in comparison with people that are not. 274 people participated in this study; 162 suffered from morbid obesity and were candidates to the surgery (72.76% were women and 27.33% were men); 112 people were included in the control group and they didn't suffer from morbid obesity (75% were women and 25% were men). All of them were selected by the convenience method. The instruments used were: Adult Attachment Questionnaire and *socio-demographic and clinical data questionnaires*. *The results of the study show that there is a higher preoccupied attachment prevalence in the group that is not*

suitable for the bariatric surgery. Regarding gender, there are significant differences: women obtained higher scores in preoccupied attachment.

Keywords: Attachment, gender, morbid obesity and bariatric surgery.

INTRODUCCIÓN TEÓRICA

Empezaremos por diferenciar la obesidad del sobrepeso, siendo la primera un desorden metabólico cuya característica principal es la acumulación excesiva de tejido adiposo en el organismo (Bray, 2004) y sobrepeso ocurre cuando el peso de la persona es superior a un estándar arbitrario, y que puede ser un estado pre mórbido a la obesidad (García, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un almacenamiento en exceso o anómalo de grasa con posibles consecuencias adversas para la salud (OMS, 2015).

El índice de Quetelet o IMC (índice de masa corporal) según López y Soto (2010) es uno de los índices más utilizados para medir el sobrepeso. Se calcula a través del cociente resultante de dividir el peso entre la altura (IMC: Kg/m²). Una persona que padece obesidad presenta un IMC superior a 30 Kg/m². Existiendo diferentes grados de obesidad, aumentando la gravedad conforme aumenta el IMC de la persona. Encontramos obesidad de grado I cuando el IMC está entre 30 y 34.9 Kg/m²; grado II, si el IMC se encuentra entre 40 y 50 Kg/m². Si se superan los 50 kg/m² se considera que la persona padece obesidad mórbida.

Se calcula que desde 1980 la obesidad ha duplicado su prevalencia en todo el mundo, y que, en 2014, el 39% de las personas adultas tenían sobrepeso y el 13% eran obesos, lo que se traduce en 1900 millones de adultos con sobrepeso y 600 millones con obesidad (Alcalá, Camacho y Nieves, 2015; OMS, 2015; Parodi, 2015; Celi y Stefanya, 2016).

Con estos datos se demuestra que la obesidad ha ido en aumento en los últimos años, habiéndose convertido, tras el tabaquismo, en la segunda causa de muerte (Ruano et al, 2011: Fernández, 2015).

La obesidad ha sido descrita por algunos como un desorden, alteración o trastorno y por otros como una enfermedad de base orgánica, presentando, además, un origen multifactorial, un curso crónico y una expresión clínica heterogénea, variando las dificultades y comorbilidades asociadas de unos pacientes a otros (García, 2004).

Vista la obesidad como enfermedad orgánica, subrayar las alteraciones metabólicas y patológicas de tipo endocrino y cardiovascular que la suelen acompañar, suponiendo para la obesidad un factor de riesgo importante (World Health Report, 1977). También se encuentran conectadas con esta enfermedad otras alteraciones, como la diabetes mellitus tipo 2, ciertos tipos de cáncer, dificultades digestivas y respiratorias, y alteraciones psicopatológicas (López-Villalba y Soto, 2010; Temporelli, 2010; Fernández, 2015; Campillo, Floody et al, 2015; Fernández, 2016; Oñate, 2016). El exceso de peso, si atendemos al nivel sociocultural, es debido a las malas costumbres en los hábitos alimenticios, por la falta de ejercicio físico y en la educación nutricional, es decir, un fracaso o despreocupación que tienen los individuos con el cuidado de su imagen (González, García y Martínez, 2013; Suárez, 2016).

Por todo, la obesidad mórbida constituye en la actualidad un gran problema de salud pública (Hung-Yen et al, 2013), tanto en países desarrollados (Ruano et al, 2011), como en vías de desarrollo (Fernández, Iltziar y García-Gamba, 2010). Supone problemas tanto a nivel del ámbito sanitario público, dado el impacto que realiza sobre la calidad de vida y la comorbilidad con otras enfermedades, como a nivel económico debido al gasto que supone asistir a estos pacientes (Piñera et al, 2012; Celi y Stefanya, 2016).

Siendo de urgente necesidad ayudar a estos pacientes con obesidad mórbida a perder dicha condición, un tratamiento efectivo con esta enfermedad es vital (Guisado et al, 2002).

Fernández y Álvarez (2004) sostienen que una de las formas más adecuadas de reducir la morbimortalidad asociada a la obesidad en su mayor grado es la cirugía bariátrica. Esta cirugía se muestra como una técnica capaz de abordar este problema de una forma rápida y eficaz en muchos casos, teniendo en cuenta la ineficacia de otros tratamientos, como dietas restrictivas o técnicas de modificación de conducta (Crespo y Ruiz, 2006; Sjöström et al., 2007, citado por Dixon et al., 2009). Se trata de un mecanismo de obstrucción física de la ingesta una vez la comida llega al estómago, estando indicado, normalmente, para individuos con una patología secundaria a su obesidad. Dirigido dicho tratamiento a disminuir el peso del paciente de forma mantenida y revertir las comorbilidades (Hernández et al., 2000).

Entre los diferentes tipos de técnicas, se encuentran la restrictiva, la mixta y malabsortivas (Ramírez y Garzón, 2010), siendo la restrictiva la más recomendada, ya que es una técnica que la exime de un seguimiento tan continuado y estrecho, no interviniendo en la medicación antipsicótica (Mayo, 2016).

Al ser un trastorno multifactorial, antes de someter a un paciente con obesidad a cirugía bariátrica se ha de tener en cuenta factores etiopatogénicos multivariados; biológicos, psicológicos y sociales.

Los factores psicológicos han ido ganando peso, lo cual hace de la obesidad ser considerada con un trastorno mental y no solo orgánico (Miranda, Pérez y Rojas, 2012; Oñate, 2016).

Para ser aceptados a la intervención, los pacientes deben asumir una serie de requisitos, siendo uno de los rasgos más importantes las alteraciones psicopatológicas y comportamentales. Estas variables psicológicas se estudian con anterioridad para saber guiar el tratamiento pre- y post-operatorio a nivel quirúrgico (Baile y González, 2011; Velao et al., 2012; Floody et al., 2015).

Por tanto, debe considerarse como muy importante el papel que pueden jugar las alteraciones mentales en la etiopatogenia de la obesidad, al igual que ésta en el desarrollo de ciertas patologías. Debido a la alta prevalencia de alteraciones psicopatológicas en la población obesa, ha sido foco de atención en la literatura médica, existiendo autores que hacen énfasis en el componente comportamental del origen de la obesidad mórbida (Garrow, 1992, Norma Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, citados por García, 2004; Parks, Svendsen, Singer & Foti, 2006, citado por DE Hert et al., 2011).

Por todo ello, las alteraciones psicopatológicas deben considerarse relevantes para el desarrollo de la obesidad mórbida, existiendo datos epidemiológicos y fisiopatológicos que parecen apuntar hacia una relación bidireccional en cuanto a la naturaleza de la relación obesidad y psicopatología (Salvador y Frühbeck, 2011).

Las diferencias de género en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica también ha sido motivo de estudio. Los resultados muestran que las mujeres con obesidad solicitan este tipo de tratamiento dos veces más que los hombres. Además, se hallaron otras diferencias de género, tales como mayor patología del Eje I, mayor índice de insatisfacción, y mayor de distorsión de la imagen corporal en el grupo de mujeres (Camacho et al. 2015).

El apego es otra variable psicológica relevante en pacientes con obesidad mórbida. Término impulsado por Jon Bowlby, el cual lo definía como: "cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad a otro individuo diferenciado y preferido [.....] (Bowlby, 2006). Considerada su obra como uno de los principales marcos teóricos

de referencia en el estudio de la afectividad en el ser humano, proponiendo el Apego como el lazo que se forma entre el niño y su cuidador, y que dará lugar a diferentes estilos de relación entre ambos.

Dependiendo de las vivencias del niño con su cuidador se producirán una serie de representaciones mentales acerca de cómo son las relaciones y el estilo de relación que aplicará al resto de vínculos que vaya estableciendo a lo largo de su vida. Bowlby creía en un principio que el desarrollo del apego era cuestión de todo o nada. Ainsworth expuso la existencia de diferentes estilos de apego, proponiendo: Seguro, Inseguro evitativo e Inseguro ambivalente-resistente, a partir de las técnicas observacionales controladas en el procedimiento de la Situación Extraña. Más adelante se propuso un estilo más, el desorganizado (Gabriel y Suarez, 2015). Estos primeros vínculos hacen que se vayan acumulando experiencias relacionales que configuran modelos internos, emociones, expectativas, atribuciones, etc..., que conforman las relaciones con los demás. Será Bartolomew quien definirá los 4 estilos de apego adultos: seguro, evitativo, temeroso y preocupado (Lucena, Garayoa y Aragonés, 2015).

El apego está relacionado con diferentes tipos de trastornos: alimenticios, depresión, ansiedad, afectivos, etc..., producto de la ansiedad que experimenta el niño cuando no está seguro de la disponibilidad presencial y emocional de su figura vincular (Arias, 2015).

Se ha encontrado una continuidad a lo largo del tiempo en los estilos de apego infantiles y adultos, relacionándose el apego ambivalente con el preocupado, ambos caracterizados por una alternancia entre las conductas de aproximación y rechazo. Son individuos que presentan modelos negativos de sí mismos y positivos de los demás, siendo dependientes emocionalmente de los demás y con necesidad de aprobación y ser queridos. Tiene dificultad de regulación emocional, baja autoestima y un locus de control externo (Melero y Cantero, 2008), los cuales podrían o no estar relacionados con características de las personas que padecen obesidad.

Tognarelli (2012) encontró que niños con obesidad presentaban un apego inseguro con sus madres, en el que éstas daban unas respuestas favorecedoras de un apego de tipo ambivalente. Dichos autores proponen la incapacidad de la madre para reconocer los estados del niño de hambre y saciedad, lo cual dificulta la adquisición por parte del niño de la capacidad de reconocer dichos estados en él mismo. La no adquisición por parte del niño de estrategias autorreguladoras de sus propios estados internos probablemente favorezca el mantenimiento de la obesidad.

Debido a que la psicopatología está presente en muchos de los pacientes que padecen obesidad, el objetivo general de este estudio es comparar la variable apego en una muestra compuesta por pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica, a su vez divididos en dos grupos: candidatos aptos para la cirugía y candidatos no aptos para dicha intervención, y otra de individuos de la población general. Otro objetivo es evaluar la influencia de la variable género en todos los grupos anteriormente citados.

En relación al objetivo general, se espera encontrar que el estilo de apego seguro pertenezca en mayor proporción a la población general. Mientras que los otros estilos de apego sean más destacados en los grupos candidatos a cirugía, diferenciando, entre estos dos, mayor estilo de apego preocupado en pacientes no aptos a la intervención frente al grupo apto. Comprobaremos además la influencia de la variable género.

MÉTODO

Participantes

Para la realización de este estudio se contaba con una muestra total de 274 individuos, de los cuales, el grupo clínico estaba formado por 162 pacientes que presentaban obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica que han sido evaluados por los facultativos del Programa de Enlace e Interconsulta de Salud Mental del Hospital Virgen del Rocío (HU Virgen del Rocío), en Sevilla. De estos pacientes, 88 habían sido aceptados para someterse a la cirugía, mientras que 74 fueron calificados como no aptos según los facultativos de la Unidad de Salud Mental. El muestreo aquí empleado, fue de conveniencia.

Los pacientes que fueron seleccionados aptos para la cirugía bariátrica, se consideraron así mediante un criterio basado tanto en el estado psicopatológico como en el estado físico de los mismos, de los cuales, aquellos que presentaran alguna característica que pudiera influir negativamente en la intervención y en el post-operatorio serían calificados como no aptos por los profesionales médicos del hospital. Algunos de los criterios de selección de los pacientes considerados aptos para someterse a la cirugía fueron:

- Presentar un IMC superior a 40 Kg/m².
- Presentar comorbilidades médicas como la diabetes o el HTA (hipertensión arterial).
- Ausencia de trastorno psicopatológico severo o trastorno de la conducta alimentaria.

De la muestra clínica, de los 162 pacientes que presentaban obesidad mórbida, 117 eran mujeres (72,67%) y 44 fueron hombres (27,33%).

GRUPO APTOS:

MUJERES	62 (70,45%)
HOMBRES	26 (29,54%)
EDADES	ENTRE 21 Y 63 AÑOS (N=88; M=43,2;SD=11,1)
PESOS	ENTRE 82 KG Y 200 KG (N=82; M=129,14; SD=24,22)
NIVEL ESTUDIOS	PRIMARIOS (44,58%); SECUNDARIOS (40,96%); SUPERIORES (14,46%)
ESTADO CIVIL	SOLTEROS (25,58%); CASADOS (53,48%); VIUDOS (8,13%); DIVORCIADOS (4,65%); SEPARADOS (5,81%)

GRUPO NO APTOS:

MUJERES	55 (74,32%)
HOMBRES	19 (25,68%)
EDADES	ENTRE 20 Y 60 AÑOS (N=74; M=42,76;SD=11,02)
PESOS	ENTRE 92 KG Y 198 KG (N=68; M=131,13; SD=22,15)
NIVEL ESTUDIOS	PRIMARIOS (54,93%); SECUNDARIOS (30,99%); SUPERIORES (14,08%)
ESTADO CIVIL	SOLTEROS (34,24%); CASADOS (47,95%); VIUDOS (1,37%); DIVORCIADOS (12,34%); SEPARADOS (2,74%)

El grupo control estaba formado por 112 individuos que no presentaban obesidad (IMC inferior a 30 kg/m²) con procedencia casi completa de la provincia de Sevilla. Estos sujetos fueron seleccionados por muestreo de conveniencia, en función de las características de la muestra clínica y así poder controlar ciertas variables extrañas. Esto se hizo a través de la técnica de equiparación, con el bloqueo de 4 variables que podían estar relacionadas con las variables dependientes del estudio según la literatura revisada. Se intentó conformar una muestra que presentara valores similares en las variables género, edad, estado civil y nivel de estudios.

GRUPO CONTROL:

MUJERES	84 (75,00%)
HOMBRES	28 (25,00%)
EDADES	ENTRE 20 Y 65 AÑOS (N=112; M=41,55;SD=14,30)
PESOS	ENTRE 25 KG Y 112 KG (N=112; M=70,62; SD=15,57)
NIVEL ESTUDIOS	PRIMARIOS (35,77%); SECUNDARIOS (35,71%); SUPERIORES (25,00%)
ESTADO CIVIL	SOLTEROS (39,28%); CASADOS (57,14%); DIVORCIADOS (1,63%); SEPARADOS (1,63%)

Instrumentos y materiales

Las Historias Clínicas de los pacientes con obesidad mórbida fue uno de los instrumentos que se suministró en esta investigación. Entre los documentos que poseen, se encuentran todos los datos considerados trascendentes, referentes a los procesos asistenciales de los pacientes en el sistema de salud (Artículos 14 y 15 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre). Algunos de estos datos son relevantes para la valoración, llevada a cabo por el profesional sanitario, de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, como son la presencia o no de trastorno mental o enfermedad médica y el peso e índice de masa corporal del paciente. A partir de las historias clínicas, los facultativos cumplimentaron unas plantillas que reflejan estos datos. Otros datos presentes en dichas plantillas son la presencia de atracones tanto objetivos

como subjetivos, presencia de obesidad infantil, antecedentes psicopatológicos o alteraciones actuales, estado psicológico actual y percepción de apoyo familiar. También se recogían datos adicionales, como datos de índole sociodemográfica también considerados relevantes para considerar apto o no apto a un paciente y someterse a cirugía bariátrica. Entre estos datos sociodemográficos se encuentran el nivel de estudio, estado civil y edad. Estos datos se recogían mediante una entrevista previa de los facultativos de la Unidad de Salud Mental basándose en el Manual de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la CIE-10.

A los individuos de la muestra control se les administró una adaptación de esta plantilla, en la que se eliminaron los aspectos relacionados con la cirugía, como es el caso de las Expectativas sobre la intervención o la Motivación principal para someterse a la intervención.

Otro instrumento para medir las variables dependientes en los tres grupos fue el Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2008). Dicha prueba es una prueba auto-administrada. Consta de un total de 40 ítems en una escala de tipo Likert de 6 puntos: 1 nada de acuerdo, 6 muy de acuerdo. El total de los ítems están agrupados en cuatro subescalas que miden diferentes dimensiones del apego. Estas son: Baja Autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo, de 13 ítems; Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad, de 11 ítems; Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones, que consta de 9 ítems; y Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad, conformada por 7 ítems. Los índices de fiabilidad de estas subescalas son .86, .80, .77 y .68, respectivamente. La tercera de estas subescalas hace referencia al apego de tipo seguro, mientras que las otras tres, evalúan aspectos teóricamente relacionados con el estilo de apego inseguro. En cuanto a la validez del instrumento, éste correlaciona positivamente con el CR (Cuestionario de Relación), y sus resultados se corresponden con la literatura existente sobre apego (Melero y Cantero, 2006).

Procedimiento

El procedimiento de recogida de datos estuvo constituido por dos fases: La primera de ellas, consistió en la recopilación de los datos de la muestra de pacientes con obesidad mórbida, que se llevó a cabo en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. Allí, las facultativas (psiquiatras y psicólogas clínicas) del Programa de Enlace e Interconsulta de Salud Mental de HU Virgen del Rocío accedieron a las historias clínicas de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica y cumplimentaron una plantilla con los datos considerados más relevantes para la investigación junto a datos sociodemográficos, cuyo conocimiento era necesario para la posterior selección de los individuos de la muestra control, que debería presentar valores similares en dichas variables.

La cumplimentación de estas plantillas debía ser realizada por las facultativas del Hospital, ya que según el Artículo 7 de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que establece el carácter confidencial de los datos referentes a la salud del paciente (BOE, 2002), el acceso a las historias clínicas está restringido a los profesionales del sistema sanitario. El acceso a esta muestra clínica fue posible gracias a un acuerdo preexistente entre el departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la facultad, y el Programa de Enlace e Interconsulta de Salud Mental del Hospital.

El hospital facilitó junto a estas plantillas, el instrumento antes descrito para el análisis de la variable dependiente Apego (Cuestionario de Apego Adulto), ya cumplimentados por los pacientes. Los mismos facultativos informaron a los pacientes del tratamiento que se daría a todos estos datos, y recogieron las firmas del consentimiento informado, tal y como estipula el Artículo de la Ley 41/2002. Al conjunto de datos recogidos para cada paciente, se le asignó un número aleatorio, en lugar de su nombre, como medio de garantizar el anonimato de dichos datos, actuando según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, y en la Ley 14/1986, General de Sanidad (BOE, 2002).

Tras realizar los análisis estadísticos pertinentes sobre las variables sociodemográficas previamente referidas de la muestra de pacientes, seleccionamos los individuos de la muestra control, de forma que presentaran valores aproximados en esas variables. Tras la selección de los sujetos, se les facilitó una adaptación de la plantilla administrada a los pacientes. Además de la plantilla, se les entregaron los mismos instrumentos empleados en la muestra de pacientes, junto al consentimiento informado, que deberían firmar para el posterior uso de los datos.

Una vez finalizada la recogida de los datos de la muestra control, estos se introdujeron en la misma base de datos de la muestra clínica, y se procedió a su análisis conjunto.

ANÁLISIS DE DATOS

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las variables clínicas en los tres grupos considerados (pacientes obesos aptos para cirugía bariátrica; pacientes no aptos para cirugía bariátrica; individuos control), a través de un análisis fundamentalmente de medias y desviaciones tipo. Estas variables eran: Apego y Género.

Para el análisis estadístico de contrastes se comprobó el supuesto de normalidad. Al no cumplirse este supuesto, se optó por la prueba no paramétrica U de Mann Withney para responder a los objetivos del estudio. Como índice de tamaño de efecto se utilizó d de Cohen, valorado según el criterio de Cohen (1988): grande = .5, mediano = .3 y pequeño = .1.

Para llevar a cabo este análisis se empleó el paquete estadístico IBM SPSS Statics Versión 15.0 para Windows.

RESULTADOS

Los resultados del análisis de descriptivos para la variable Apego pueden verse en la Tabla 1. Se aprecia en la comparación diferencias, tanto en el grupo de pacientes clínicos (apto y no apto) y el grupo control.

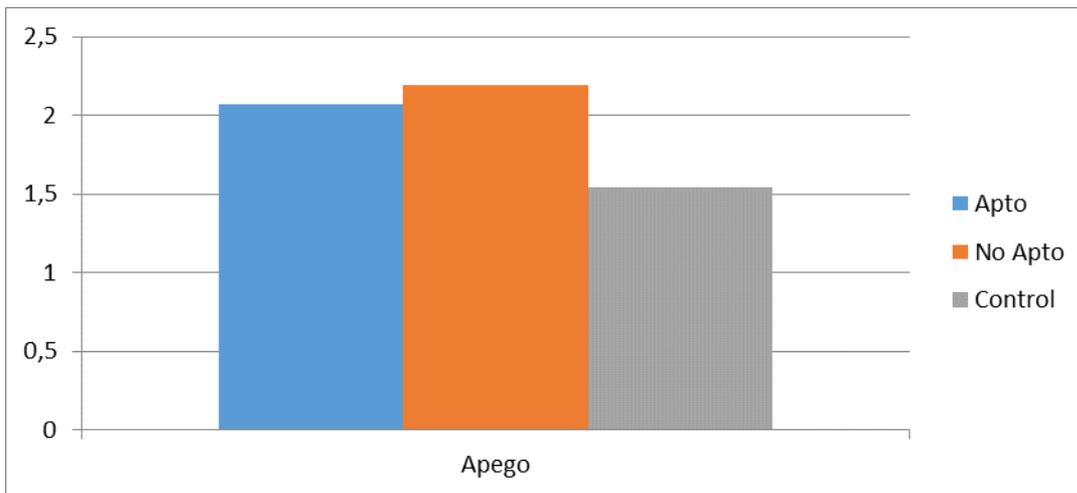
Tabla 1. Medias y desviaciones tipo (grupo de aptos, no aptos para la cirugía bariátrica y grupo control) en la variable Apego en base a la variable Orientación Diagnóstica.

	M	DT
Apto	2.07	1.08
No Apto	2.19	0.91
Control	1.54	0.87

Se destacan dos observaciones:

-En primer lugar, contrastando el grupo clínico, considerando los valores Apto y No Apto como un mismo grupo (llamado Clínica 1), y el grupo control se mantiene que las diferencias son similares.

-En segundo lugar, haciendo la comparación entre los dos valores del grupo clínico (Clínica 2), se observa que la diferencia es mucho menos relevante en la variable Apego.



Orientación Diagnóstica: Medias en grupos apto, no apto para la cirugía bariátrica y control en la variable apego en base a la variable Orientación Diagnóstica.

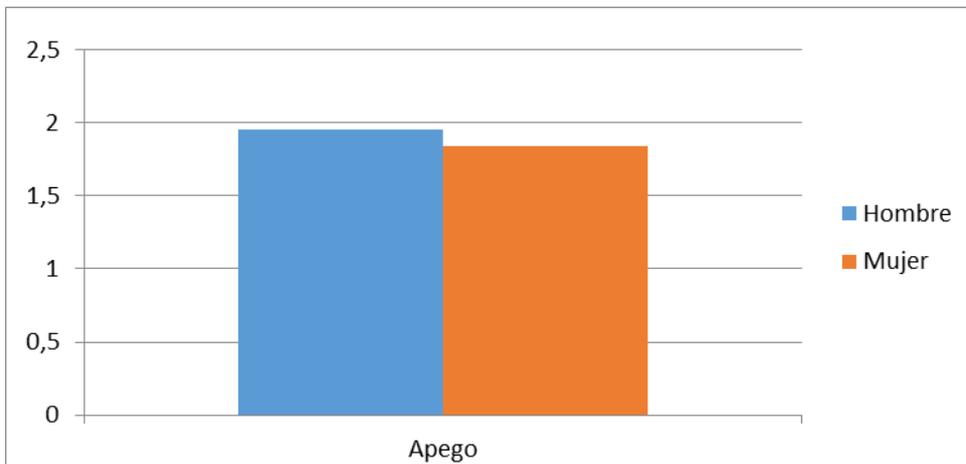
Ahora se exponen las medias de las distintas escalas usadas distribuidas por género.

Tabla 2.

Tabla 2. Medias y desviaciones tipo en la variable Apego en base a la variable Género (Hombre y Mujer).

	M	DT
Hombre	1.95	1.13
Mujer	1.84	0.93

Apreciamos que las diferencias entre las variables comparadas en base al Género son menos marcadas que las que corresponden a la variable Orientación Diagnostica.



Sexo: Medias de hombre y mujeres en la variable apego.

Las pruebas de normalidad aplicadas a los datos previamente al análisis de los objetivos (R-s) indicaron que los datos no se ajustan a la normalidad, debido a que existe una menor concentración de datos empíricos en las zonas próximas a las medias de los grupos (zona central de la campana) y mayores concentraciones en progresión hacia los extremos superior e inferior a dicho centro, por lo que se procede al análisis a través de la prueba no paramétrica U de Mann-Withney, en la que se realizan varias comparaciones para dar respuesta a nuestros objetivos:

En esta primera comparación veremos la relación entre la muestra clínica (Apto y No Apto) y la muestra control.

CLÍNICA-CONTROL (CLÍNICA 1):

APEGO

U de	
Mann-Whitney	5002

Z	-4.56
---	-------

Sig.	
asintót.	<.001
(bilateral)	

T.E.	r = .29
------	---------

Esta comparación se basa en la relación entre la muestra clínica (Apto y No Apto) y la muestra control, observando diferencias significativas, habiendo sido los resultados comparativos ($Z = -4.56$; $p < .001$), siendo el tamaño del efecto mediano ($r = .29$).

La siguiente tabla relaciona los grupos Apto y No apto dentro de la muestra clínica.

APTO-NO APTO (CLÍNICA2):

APEGO	
U de	
Mann-Whitney	2216.50
Z	-.71
Sig. asintót. (bilateral)	.480
T.E.	r = .06

Con respecto a la relación entre Apto y No Apto dentro de la muestra clínica no se observan diferencias significativas, siendo los resultados comparativos ($Z = -.71$; $p: .480$), resultando el tamaño del efecto mediano ($r = .06$).

En esta tabla veremos la relación entre Clínica 1 y Género.

CLÍNICA 1- GÉNERO:

		APEGO
HOMBRE	U de	
	Mann-Whitney	408.5
	Z	-1.03
	Sig. asintót. (bilateral)	.303
	T.E.	r = .13
MUJER	U de	2503
	Mann-Whitney	
	Z	-4.77
	Sig. asintót. (bilateral)	<.001
	T.E.	r = .35

Al analizar la relación entre Clínica 1 y Género, se observa, por un lado, que con respecto a los hombres no se encuentran diferencias significativas ($Z = -1.03$; $p = .303$), con un tamaño del efecto ($r = .13$); por otro lado, las mujeres muestran diferencias significativas y el tamaño de efecto resulta (.35).

Aquí analizaremos la relación entre Clínica 2 y Género.

CLÍNICA 2-GÉNERO:

APEGO

HOMBRE	U de Mann-Whitney	132.5
	Z	-1.4
	Sig. asintót. (bilateral)	.161
	T.E.	$r = .23$
	MUJER	U de Mann-Whitney
	Z	-1.93
	Sig. asintót. (bilateral)	.054
	T.E.	$r = .19$

Por último, los resultados entre Clínica 2 y Sexo arrojan que no hay diferencias significativas ni en hombres ni en mujeres, siendo los datos de las mujeres ($Z = -1.93$; $p = .054$) cuyo tamaño de efecto es bajo ($r = .19$).

CONCLUSIONES

El objetivo de este estudio es comprobar como la variable Apego varía en los distintos grupos valorados, los cuales son la muestra clínica y la muestra control, así como la influencia de la variable Género.

Tras hacer una visión general, la teoría inicial es respaldada parcialmente por los resultados de esta investigación, aun así, es necesario detallar con detenimiento los datos más relevantes, en relación con la literatura existente, que confirman las hipótesis planteadas.

La hipótesis de partida relacionada con la comparación entre la variable Clínica 1 y la variable Control resultó confirmada, ya que existen diferencias significativas entre los grupos Aptos, No Aptos y Control, en todas y cada una de las variables dependientes (Vela et al., 2012; Rodríguez y Romero, 2012; Floody et al., 2015; Lopera y Restrepo, 2015; Parodi, 2015; Van-der Hofstadt, 2016).

Con respecto a la relación entre el grupo Apto y No Apto, etiquetado como Clínica 2, no se cumplió la hipótesis de partida (Melero y Cantero, 2008).

Los resultados confirman que se observan diferencias entre grupo control y grupo clínico, no encontrándose tales diferencias entre los grupos aptos y no aptos para la intervención quirúrgica. Los resultados muestran una mayor proporción de apego preocupado en el grupo clínico, siendo más probable la relación entre este tipo de apego y la obesidad. Esto es debido a la no adquisición por parte del niño de estrategias autorreguladoras de sus propios estados internos, lo cual favorece el mantenimiento de la obesidad.

En relación a la variable género se cumple la hipótesis de partida, al haber diferencias significativas en las mujeres, no dándose tales diferencias en los hombres. Según el estudio de Camacho estas diferencias pueden ser debidas a la mayor patología del Eje I, mayor índice de insatisfacción, y mayor distorsión de la imagen corporal en las mujeres, favoreciendo así el mantenimiento de la obesidad. (Camacho et al. 2015).

Parece confirmarse en base a los resultados de este estudio la mayor presencia de un estilo de apego preocupado en la muestra clínica, respecto al grupo control.

Llama bastante la atención como en el momento de segmentar la variable género se comprueba que en el caso de los hombres no se observan tales diferencias, abriendo futuras líneas de investigación.

LIMITACIONES

El tamaño muestra limita este estudio, ya que dificulta la extrapolación de los resultados obtenidos a las poblaciones obtenidas de las distintas muestras.

En referencia a la variable género, esta debería ser controlada equiparando el número de sujetos hombres con el número de sujetos mujeres en los distintos grupos de análisis, a pesar de que ya está controlada para la investigación teniendo en cuenta la igual cantidad entre los distintos valores de la variable Orientación diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

- Arias, A. R. (2015). Los cuidados maternos y su relevancia en la salud mental: primera experiencia vinculación del sujeto. *Revista Electrónica Psyconex*, 7(11), 1-16.
- Arriagada Solar, M. I. (2015). Evaluación psicopatológica en obesidad y post Cirugía bariátrica.
- Baile, J. I., & González, M. J. (2011, August). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. In *Anales del sistema sanitario de Navarra* (Vol. 34, No. 2, pp. 253-261). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
- Bowlby, J. (Ed.) (2006). *Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida*. Madrid: Morata

- Bray, G. A. (2004). Medical consequences of obesity. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(6), 2583-2589.
- Camacho-Laraña, M., Alcalá-Pérez, V., & Nieves-Alcalá, S. (2015). Diferencias de género en pacientes con obesidad mórbida tributarios de cirugía bariátrica. [Gender differences in patients with morbid obesity candidates for bariatric surgery]. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 20(3), 189-198.
- Celi, L., & Stefanya, K. (2016). Estudio de prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Personal del hospital de los valles, 2014-2015.
- Dixon, J. B., Laurie, C. P., Anderson, M. L., Hayden, M. J., Dixon, M. E., & O'Brien, P. E. (2009). Motivation, readiness to change, and weight loss following adjustable gastric band surgery. *Obesity*, 17(4), 698-705.
- Fernández, L.A. & Álvarez, M. (2004). Obesidad, anestesia y cirugía bariátrica. *Revista española de anestesiología y reanimación*, 51, 80-94.
- Fernández-López, A. J. (2015). Patología basal en los obesos mórbidos del área de salud VII de la Región de Murcia (España). Relevancia de su estudio. *BMI| Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*, 5(3).
- Fernández-Travieso, J. C. (2016). Incidencia actual de la obesidad en las enfermedades cardiovasculares. *Revista CENIC. Ciencias Biológicas*, 47(1), 1-12.
- Floody, P. D., Navarrete, F. C., Mayorga, D. J., Jara, C. C., Campillo, R. R., Poblete, A. O., & Mansilla, C. S. (2015). Efectos de un programa de tratamiento multidisciplinar en obesos mórbidos y obesos con comorbilidades candidatos a

- cirugía bariátrica. *Nutrición Hospitalaria*, 31(n05), 2011-2016.
- García, E. (2004). Qué es la obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 12(4), S88-S90.
- González-Carrascosa, R., García-Segovia, P., & Martínez-Monzó, J. (2013). Valoración de la imagen corporal y de los comportamientos alimentarios en universitarios. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 18(1), 45-59.
- Guisado, J. A., Vaz, F. J., López-Ibor, J. J., Inés López-Ibor, M., del Río, J., & Rubio, M.A. (2002). Gastric surgery and restraint from food as triggering factors of eating disorders in morbid obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 31(1), 97-100.
- Lin, H. Y., Huang, C. K., Tai, C. M., Lin, H. Y., Kao, Y. H., Tsai, C. C., & Yen, Y. C. (2013). Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC psychiatry*, 13(1), 1.
- Lucena, G., Cifre, I., Garayoa, J. A. C., & Aragonés, E. (2015). Perfil Clínico de Apego (PCA): elaboración de un sistema de categorías para la evaluación del apego. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 33(1).
- Mayo Ossorio, M. (2016). Cirugía Bariátrica y Trastorno Psiquiátrico Mayor. *BMI| Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*, 6(1).
- Melero, R., y Cantero, M. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19(1), 83-100.
- Oñate Gómez, M. D. C. (2016). Estudio de un perfil específico de estilo de afrontamiento predictivo de pronóstico "excelente" en pacientes con obesidad

- mórbida candidatos a cirugía bariátrica. Proyecto de investigación.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Obesidad y sobrepeso. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
 - Piñera, M. J., Arrieta, F. J., Alcaraz-Cebrián, F., Botella-Carretero, J. I., Calañas, A., Balsa, J. A., & Vázquez, C. (2012). Influencia de la pérdida de peso en la evolución clínica, metabólica y psicológica de los pacientes con sobrepeso u obesidad. *Nutrición Hospitalaria*, 27(5).
 - Ramírez, J. C., & Garzón, J. D. (2010). CIRUGÍA BARIÁTRICA EN EL HOSPITAL DE SAN JOSÉ, BOGOTÁ DC. *Repertorio de Medicina y Cirugía*, 19(3), 187.
 - Rodríguez Cuadros, L., & Romero Saletti, S. M. (2012). El rol del apego y la mentalización en la experiencia de los trastornos alimenticios.
 - Rojas, C., Brante, M., Miranda, E., & Pérez-Luco, R. (2011). Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica. *Revista médica de Chile*, 139(5), 571-578.
 - Ruano Gil, M., Silvestre Teruel, V., Aguirregoicoa García, E., Criado Gómez, L., Duque López, Y., & García-Blanch, G. (2011). Nutrición, síndrome metabólico y obesidad mórbida. *Nutrición hospitalaria*, 26(4), 759-764.
 - Salvador, J., & Frühbeck, G. (2011, August). La asociación obesidad-enfermedad psiquiátrica: una necesidad más de abordaje multidisciplinar. En *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* (Vol. 34, No. 2, pp. 141-144). Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.

- Suárez, L., & Gabriel, J. (2015). Apego inseguro en el retraso del desarrollo del habla en los niños y niñas entre cuatro a seis años de la comuna San Vicente del cantón Santa Elena en el año 2014–2015.
- Tognarelli, A. G. (2012). Representaciones de apego de niños y niñas con obesidad y la respuesta sensible de sus madres. *Summa psicológica UST (En línea)*, 9(2), 57-67.
- Van-der Hofstadt Román, C. J. (2016). Evolución de la calidad de vida en pacientes sometidos a cirugía bariátrica. *BMI| Bariátrica & Metabólica Ibero-Americana*, 6(1).
- Velao, M., Sanz, M., Torres-Pardo, B., Ancín, I., Cabrerizo, L., Rubio, M. A., & Barabash, A. (2012). Perfiles de personalidad en sujetos obesos y control medidos con cinco escalas estandarizadas de personalidad. *Actas Esp Psiquiatr*, 40(5), 266-74.
- World Health Organization (1980). Sixth report on the world health situation: 1973-1977, (pp. 18, 143, 164, 224). Geneva: World Health Organization.