

## Influencia del apego, el género y la aptitud en la indicación quirúrgica en la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con obesidad mórbida.

Margarita García<sup>(2)</sup>, María del Mar Benítez<sup>(2)</sup>, Rafael J. Martínez<sup>(2)</sup>, Mercedes Borda<sup>(2)</sup>, Asunción Luque<sup>(1)</sup>

1. Hospital Universitario Virgen del Rocío. España. 2. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. España

Correspondencia: María del Mar Benítez.

### Resumen:

**Objetivo:** Investigar la relación entre el estilo de apego, la aptitud quirúrgica para la cirugía bariátrica y el género ante la sintomatología ansiosa y depresiva en una muestra compuesta por pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica.

**Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal y unicéntrico. Se utilizó una muestra de 211 pacientes a través de un método de selección por conveniencia. Los cuestionarios empleados para la recogida de datos fueron unas plantillas con datos sociodemográficos y clínicos, la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria y el Cuestionario de Apego Adulto.

**Resultados:** Las variables estilo de apego y orientación diagnóstica ante la cirugía bariátrica si están relacionadas con ambas sintomatologías de forma significativa. En cambio, el género es una variable que se relaciona significativamente con la sintomatología depresiva pero no con la ansiosa.

**Conclusiones:** Existe una mayor presencia de sintomatología depresiva si el paciente con obesidad mórbida es mujer, muestra un apego inseguro y no es apto para la cirugía bariátrica. Del mismo modo, hay mayor presencia de sintomatología ansiosa si este muestra un apego inseguro y no es apto para la cirugía bariátrica.

### Palabras clave:

- Obesidad mórbida
- Ansiedad
- Depresión
- Apego
- Género

## Clinical attachment influence, gender and aptitude in surgical indication in an anxious and depressive symptomatology in patients with morbid obesity.

### Abstract:

**Aim:** To investigate the relation of attachment style, the diagnostic orientation to bariatric surgery and the gender in the face of the anxiety and depressive symptomatology in a group of patients with morbid obesity candidates for bariatric surgery.

**Materials and methods:** Observational, transversal and unicentric study. A group of 211 patients is through a convenience selection method. The questionnaires used to recollect of data are stencils with socio-demographic and clinical data, the Hospital Anxiety and Depression Scale and the Survey Apego Adulto.

**Results:** The variables of attachment style and diagnostic orientation to bariatric surgery are related to both symptomatology in a significant way. Instead, gender is a variable that is related to depressive symptomatology but not to anxious symptomatology.

**Conclusions:** There is a greater presence of depressive symptomatology in the patient with morbid obesity if this is female, shows an insecure attachment and is not suitable for bariatric surgery. In the same way, there is a greater presence of anxious symptomatology if this shows an insecure attachment and is not suitable for bariatric surgery.

### Keywords:

- Morbid obesity
- Anxiety
- Depression
- Attachment
- Gender

## Introducción

La obesidad es uno de los problemas que más preocupan a la salud pública en todo el mundo. Se ha descubierto que tiene un origen multifactorial (1), considerándose una de las enfermedades no transmisibles más graves y prevalentes del siglo XXI (2).

La obesidad se considera un desorden del metabolismo en el cuerpo cuya principal característica es la acumulación excesiva de grasa en el organismo. La herramienta más usada para su diagnóstico es el Índice de Masa Corporal (IMC) (3).

Según la OMS, en 2016, más de 1900 millones de adultos tenían sobrepeso (39%), y de estos, 650 millones eran obesos (13%) (4). Esto genera unas preocupantes expectativas hacia el futuro, ya que se calcula que en el año 2030, la prevalencia del sobrepeso será un 89% y de obesidad un 48% (5).

Son numerosas las comorbilidades médicas asociadas a la obesidad y con ello el aumento del riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles y de una muerte prematura (6, 7). Por este motivo, los programas de salud están intentando disminuir la obesidad a través de campañas de prevención primaria (8).

Actualmente la obesidad simple si se incluye como una enfermedad médica en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), en cambio, en el DSM V no aparece como un trastorno mental (9). Sin embargo, los aspectos psicopatológicos son importantes ya que repercuten en la etiología y/o en el curso de la obesidad. Cobran tanta importancia, que incluso el padecer alguna enfermedad psiquiátrica mayor es una contraindicación en el proceso de la cirugía bariátrica (10). Los trastornos psicopatológicos asociados a la obesidad más destacados son la depresión y la ansiedad, aunque también encontramos otros comunes como el trastorno por atracón, la conducta de evasión y agresión, la marginación social y la baja autoestima (8).

La depresión es considerada un trastorno del estado del ánimo, siendo una anomalía afectiva, caracterizada por la anhedonia. Ocampo et al. (2017), ha demostrado que la depresión tiene una relación directamente proporcional con la obesidad, y también que dicha relación es mayor en el género femenino adolescente (5). La ansiedad se caracteriza por la inhibición del apetito, pero si se mantiene de forma crónica, aumenta los niveles de cortisol en el organismo, provocando un aumento del apetito de comidas hipercalóricas (9). Un estudio confirma la existencia de psicopatologías relacionadas con la ansiedad en el 46% de pacientes aptos para cirugía bariátrica, siendo las puntuaciones más altas en personas con obesidad que en personas con peso normal (11).

El estudio llevado a cabo por Parodi (2015), comprobó que un 18,8% de los pacientes con obesidad tenían trastorno de ansiedad y un 31,8% tenían riesgo de padecerlo; y que un 8,7% tenían trastorno depresivo y un 14,5% tenían riesgo de padecerlo. Ambos trastornos tenían mayor prevalencia en el sexo femenino (12). Otra investigación que evaluaba el estado psicopatológico de grupos aptos y no aptos a la cirugía bariátrica obtuvo diferencias entre ambos grupos, existiendo una prevalencia del estado eufímico en el grupo de pacientes aptos, y una presencia de sintomatología psíquica en el grupo no apto (13).

Lin et al. (2013), obtuvieron datos de que el 42% de los pacientes con obesidad padecían algún trastorno psicopatológico. De estos, el 17,2% estaba relacionado con la ansiedad general y el 7,2% con la depresión. En este estudio se comprobó que las mujeres tenían mayor puntuación en depresión en comparación con los hombres, pero en la ansiedad no hubo diferencias. Además, no hubo diferencias a la hora de padecer algún trastorno psicopatológico entre los pacientes aptos para someterse a la cirugía bariátrica y los pacientes que seguían un tratamiento no quirúrgico (14).

De la Verga y Cruz (2018) consideran que el análisis de la historia vital en los pacientes con obesidad también es un elemento clave para la comprensión de los trastornos psicopatológicos que tienen las personas adultas. En concreto, sugieren que la persona con obesidad tiene un bajo control en la ingesta de comida, relacionándolo con una asociación errónea entre los cuidadores principales y el consumo de alimentos (15).

Es importante el apego que la persona tiene con su familia, ya que si procede de una familia disfuncional o con mucha presión, la posibilidad de padecer sobrepeso y obesidad aumenta, provocando que los intentos de bajar el peso fallen (11). Según Bowlby (2006), el apego es la relación afectiva que se crea entre el niño y su cuidador principal (16). Las relaciones de apego estable y seguro, promueven un apoyo real y una eficaz estrategia de autorregulación. Además, el apego también es importante para la regulación emocional, la autoestima y la autoimagen. En cambio, si esa persona tiene una relación de apego inseguro con sus cuidadores, la probabilidad de tener una mala regulación ante situaciones estresantes aumenta, por lo que es más fácil que recurra a los alimentos para disminuir ese malestar. Cabe destacar que los apegos inseguros están relacionados con la ansiedad, el sentimiento de culpa, la depresión y la incapacidad de adaptación al medio entre otros (17). Estudios recientes sobre el apego inseguro y la obesidad muestran que la relación entre ambas variables se hace cada vez más probable (18).

En la mayoría de los estudios relacionados con la obesidad se encuentra que el porcentaje de población femenina con dicho diagnóstico era superior. Camacho, Alcalá y Nieves (2015) con su estudio de géneros no encontraron diferencias significativas en su población de adultos (19) al igual que Pinel et al. (2017) tampoco obtuvieron diferencias significativas entre niños y niñas con sobrepeso (20).

Dadas las evidencias existentes de diversas formas de psicopatología presentes en personas con obesidad, resulta interesante conocer hasta qué punto determinadas variables como el estilo de apego, el género y el ser apto o no apto para la cirugía bariátrica están relacionados con la presencia de variables psicológicas. El objetivo general de este estudio es investigar si la sintomatología ansiosa y depresiva en una muestra compuesta por pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica está relacionada con las variables expuestas anteriormente.

## Material y métodos

El estudio estaba formado por una muestra total de 211 pacientes que presentaban obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica. Estos fueron evaluados por los

facultativos del *Programa de Enlace e Interconsulta de Salud Mental* del Hospital Virgen del Rocío (HU Virgen del Rocío), en Sevilla. Según los facultativos de la *Unidad de Salud Mental*, 137 de esos pacientes se consideraron aptos para someterse a la cirugía bariátrica y 74 fueron calificados no aptos. Los criterios de los pacientes considerados como aptos para someterse a la cirugía fueron: 1) presentar un IMC superior a 40 Kg/m<sup>2</sup>; 2) presentar comorbilidades médicas como la diabetes o el HTA (hipertensión arterial); 3) ausencia de trastorno psicopatológico severo o trastorno de la conducta alimentaria; y 4) ausencia de abuso de alcohol o drogas.

El acceso a esta muestra clínica se consiguió mediante un acuerdo preexistente entre el *Programa de Enlace e Interconsulta de Salud Mental* del Hospital, y el departamento de *Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos* de la facultad de psicología de Sevilla. Se realizó un estudio observacional, transversal y unicéntrico.

Las variables a analizar incluyeron la demografía de los pacientes a través de los datos obtenidos de las historias clínicas, la indicación quirúrgica (orientación diagnóstica), el apego adulto evaluado con el Cuestionario de Apego Adulto y la ansiedad y depresión evaluadas con la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el paquete estadístico IBM SPSS Statistics Versión 22.0 para Windows. En primer lugar se realizó un análisis descriptivo de los datos demográficos. También se realizó un análisis descriptivo entre las variables del estudio independientes (apego, orientación diagnóstica y sexo) y dependientes (ansiedad y depresión). Se comprobó el supuesto de normalidad a través de Kolmogorov-Smirnov y el supuesto de la homocedasticidad a través del estadístico F de Levene. A pesar de no cumplirse el supuesto de normalidad, se optó por la realización del modelo lineal general univariante con cada variable dependiente. El nivel de confianza utilizado fue del 95%, ( $p < 0,05$ ). Se utilizó  $\eta^2$  para el índice de tamaño de efecto.

Respecto a las consideraciones éticas, todos los participantes del estudio firmaron el consentimiento informado, tal y como estipula 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. Se asignó un número aleatorio al conjunto de datos obtenidos para cada paciente, garantizando de esta forma el anonimato de los 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.

## Resultados

### Descriptivos

A continuación, en la Tabla 1 se muestran los datos descriptivos de la muestra:

Variable	Estadístico
Edad	42.62 (10.8)
Peso	131.05 (24.02)
Sexo	
Hombre	60 (28.4%)
Mujer	151 (71.6%)
Nivel de estudios	
Sin estudios	4 (1.9%)
Primarios	95 (45%)
Medio	60 (28.4%)
Superiores	34 (16.1%)
Estado civil	
Solteros	62 (29.4%)
Casados	110 (52.1%)
Viudos	9 (4.3%)
Divorciados	14 (6.6%)
Separados	10 (4.7%)

Tabla 1: Datos descriptivos de la muestra compuesta por pacientes con obesidad mórbida candidatas a cirugía bariátrica (los datos son presentados como media (desviación típica) para las variables cuantitativas y frecuencia (%) para las variables cualitativas).

Los resultados de los análisis de descriptivos para las variables pueden verse en las Tabla 2.

	Ansiedad M (DT)	Depresión M (DT)
Apego		
Seguro	5.47 (4.23)	4.87 (4.32)
Inseguro	9.11 (3.97)	9.01 (4.36)
Orientación diagnóstica		
Apto	6.29 (4.24)	5.83 (4.52)
No apto	9.34 (4.23)	9.21 (4.54)
Sexo		
Hombre	6.82 (4.75)	5.90 (4.32)
Mujer	7.60 (4.35)	7.49 (4.92)

Tabla 2: Descripción de las variables Ansiedad y Depresión en base a la variable Apego (Seguro e Inseguro), Orientación diagnóstica (Apto y No apto) y el Sexo (Hombre y Mujer).

Se apreció que las diferencias entre las variables descritas (Ansiedad y Depresión) en base al Apego fueron más marcadas que las que correspondían a las variables Orientación diagnóstica o Sexo. En cambio, la variable Orientación Diagnóstica tuvo diferencias más marcadas que la variable Sexo.

Se observó que la mayor puntuación en las variables dependientes se relacionó con el valor Inseguro en la variable Apego, No apto en la variable Orientación diagnóstica y Mujer en la variable Sexo.

### Supuestos de normalidad y homocedasticidad.

Los resultados del supuesto de normalidad se pueden ver en las Tablas 3 y 4. En ellas, a través de la prueba de Kolmogorov-Smirnov sin corrección de significación Lilliefors, se llegó a la conclusión de que en la mayoría de las variables se rechaza el supuesto de normalidad. Esto indica que existe una menor concentración de datos empíricos en la zona central de la campana de Gauss y

mayores concentraciones conforme nos acercamos a los extremos superiores e inferiores de dicha zona central. En la única relación de variables donde se encontró normalidad fue en el valor No apto de la variable Orientación diagnóstica relacionada tanto con la Ansiedad como con la Depresión y en el valor Mujer de la variable Sexo relacionada con la Ansiedad.

		Estadístico	gl	p
Apego	Seguro	.159	83	.001
	Inseguro	.093	91	.048
Orientación diagnóstica	Apto	.119	112	.001
	No apto	.097	62	.200
Sexo	Hombre	.169	50	.001
	Mujer	.079	124	.051

**Tabla 3: Pruebas de normalidad en la variable Apego, Orientación Diagnóstica y Sexo relacionadas con la Ansiedad.**

		Estadístico	gl	p
Apego	Seguro	.197	83	.001
	Inseguro	.095	91	.040
Orientación diagnóstica	Apto	.154	112	.001
	No apto	.087	62	.200
Sexo	Hombre	.150	50	.007
	Mujer	.102	124	.003

**Tabla 4: Pruebas de normalidad en la variable Apego, Orientación Diagnóstica y Sexo relacionadas con la Depresión.**

En cuanto al supuesto de homocedasticidad o igualdad de varianzas que vemos en la Tabla 5, la prueba F de Levene confirmó que existe la misma dispersión en las variables Ansiedad y Depresión en relación al Apego, la Orientación Diagnóstica y el Sexo.

		Estadísticos de Levene	df1	df2	P
Apego	Ansiedad	.135	1	172	.713
	Depresión	.007	1	172	.935
Orientación quirúrgica	Ansiedad	.014	1	172	.907
	Depresión	.067	1	172	.796
Sexo	Ansiedad	1.10	1	172	.297
	Depresión	1.435	1	172	.233

**Tabla 5: Pruebas de homocedasticidad en las variables Apego, Orientación Diagnóstica y Sexo relacionadas con la Ansiedad y la Depresión.**

Tras el análisis de los supuestos se realizó un modelo lineal general univariante ya que al menos uno de los supuestos, el de homocedasticidad, se cumplía.

#### Modelo lineal general univariante

En la Tabla 6 se encuentran los resultados obtenidos en el modelo lineal general univariante relacionado con la variable Ansiedad.

	S.C.T III	gl	M.C	F	p	$\eta^2$
Modelo corregido	799.848	7	114.264	7.134	.001	.231
Interceptación	6287.295	1	6287.295	392.532	.000	.703
Apego	367.316	1	367.316	22.932	.000	.121
Orient. diagnóstica	93.927	1	93.927	5.864	.017	.034
Sexo	17.754	1	17.754	1.108	.294	.007
Apego * Orient. diagnóstica	20.765	1	20.765	1.296	.257	.008
Apego * Sexo	22.092	1	22.092	1.379	.242	.008
Orient. diagnóstica * Sexo	14.247	1	14.247	.889	.347	.005
Apego * Orient. diagnóstica * Sexo	18.469	1	18.469	1.153	.284	.007
Error	2658.870	166	16.017			
Total	12919.000	174				
Total corregido	3458.718	173				

**Tabla 6: Modelo lineal general univariante en las variables Apego (Seguro e Inseguro), Orientación Diagnóstica (Apto y**

*No apto) y Sexo (Hombre y Mujer) relacionadas con la Ansiedad.*

En relación a la variable Apego con Ansiedad se encontró diferencias significativas, con un tamaño de efecto medio. También obtuvo diferencias significativas en la variable Orientación diagnóstica en relación a la Ansiedad, con tamaño de efecto pequeño. Pero no hubo diferencias significativas cuando se relacionó el Sexo y la Ansiedad, con un tamaño de efecto despreciable.

En la Tabla 7 se encuentran los resultados obtenidos en el modelo lineal general univariante relacionado con la variable Depresión.

	S.C.T III	gl	S.C	F	p	$\eta^2$
Modelo corregido	1038.361	7	148.337	8.314	.001	.258
Interceptación	5440.869	1	5440.869	304.945	.001	.646
Apego	361.937	1	361.937	20.285	.001	.108
Orient. diagnóstica	102.170	1	102.170	5.726	.018	.033
Sexo	80.291	1	80.291	4.500	.035	.026
Apego * Orient. diagnóstica	7.107	1	7.107	.398	.529	.002
Apego * Sexo	3.757	1	3.757	.211	.647	.001
Orient. diagnóstica * Sexo	42.991	1	42.991	2.410	.122	.014
Apego * Orient. diagnóstica * Sexo	12.740	1	12.740	.714	.399	.004
Error	2979.639	167	17.842			
Total	12593.000	175				
Total corregido	4018.000	174				

**Tabla 7: Modelo lineal general univariante en las variables Apego (Seguro e Inseguro), Orientación Diagnóstica (Apto y No apto) y Sexo (Hombre y Mujer) relacionadas con la Depresión.**

En este caso, si se encontró diferencias significativas en las variables Apego, Orientación diagnóstica y Sexo en relación a la Depresión. El tamaño de efecto de la relación entre Apego y Depresión fue medio, el de la relación entre Orientación diagnóstica y Depresión fue pequeño y el de la relación entre Sexo y Depresión fue pequeño.

#### Discusión

El objetivo del estudio principal se centra en investigar cómo las variables Apego, Orientación Diagnóstica y Sexo son dimensiones importantes en la definición de la sintomatología Ansiosa y Depresiva en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica.

Partiendo de las hipótesis, se esperaba que en dicha muestra la puntuación en sintomatología ansiosa y depresiva fuera más alta en los pacientes con un apego inseguro y con una orientación diagnóstica de no apto. Por otro lado, se esperaba que los pacientes con un apego seguro y una orientación diagnóstica de apto tuvieran una puntuación en dicha sintomatología más baja. Además, el sexo también influiría en la sintomatología, obteniéndose puntuaciones más altas en mujeres.

Los resultados de este estudio confirman que la variable apego es un aspecto a tener en consideración a la hora de explicar la sintomatología ansiosa y depresiva en los pacientes con obesidad mórbida. Se demuestra que los pacientes con apego inseguro obtienen una mayor puntuación en dicha sintomatología. Son muchos los estudios que han demostrado que el apego inseguro tiene mayor probabilidad de padecer alteraciones relacionadas con la ansiedad y la depresión en comparación con el apego seguro. Se debe considerar que la muestra estaba compuesta por pacientes con obesidad mórbida, por lo que es conveniente pensar que hay una mayor probabilidad de que se haya generado un aprendizaje inadecuado (relacionado con una mala asociación entre el cuidador

principal y el consumo de alimentos) en estrategias para el autocontrol de los propios estados internos, haciendo que se adopte conductas de “comer emocional” para asumir situaciones estresantes o factores emocionales negativos, produciendo de esta forma un aumento de peso (8, 11, 12, 15).

En cuanto a la orientación diagnóstica, los pacientes no aptos puntúan más alto en las sintomatologías que los aptos, confirmando la hipótesis. Los pacientes con obesidad mórbida no aptos se encuentran en una situación compleja, ya que son personas con obesidad mórbida y además, no pueden solucionarlo a través de la cirugía. Esto repercute en el tratamiento de la enfermedad de forma negativa debido al aumento de las sintomatologías estudiadas. La ansiedad y la depresión son las alteraciones más importantes relacionadas tanto con la causa como con la consecuencia del desarrollo de la obesidad mórbida (13, 14).

Por otro lado, la variable sexo explica una pequeña parte de la sintomatología depresiva, en cambio, en la sintomatología ansiosa, no se encuentra ninguna relación. Por ello la hipótesis no se confirmaría en su totalidad. Aún así, en ambas situaciones, la mujer puntúa más alto en las sintomatologías estudiadas que los hombres. Se considera que las mujeres tienen más estrés por padecer obesidad, mayor insatisfacción corporal y mayores problemas con la ingesta de alimentos (13). El que el sexo no influya en la sintomatología ansiosa podría deberse a que las personas con obesidad mórbida, en general, viven en una sociedad donde se les discrimina, potenciando la ansiedad independientemente del sexo (12).

### Limitaciones

A pesar de que el estudio cuenta con una muestra numerosa, la extrapolación al resto de población es limitada ya que los resultados obtenidos se centran en una muestra por conveniencia en un hospital concreto de Sevilla.

En cuanto a las variables extrañas, se ha demostrado que las variables estudiadas no explican la totalidad de la sintomatología, así que no se puede hablar de una relación causal ya que hay muchas otras variables que no han sido consideradas en este estudio y también podrían afectar.

### Conclusiones

Existen muchas investigaciones sobre la obesidad, pero la gran mayoría se centra en causas médicas. Es necesario que se amplíe el campo de visión de la obesidad a través del análisis de variables psicológicas ya que pueden ser tanto causa como consecuencia de ésta.

Los resultados de este estudio confirman que el apego y la orientación diagnóstica son factores a tener en cuenta en la explicación de la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica. En cambio, no se encuentra relación entre la variable sexo y la sintomatología ansiosa. Por otro lado, dicha variable sí está relacionada con la sintomatología depresiva. En definitiva, existe una mayor presencia de sintomatología depresiva si el paciente con obesidad mórbida es mujer, muestra un apego inseguro y no es apto

para la cirugía bariátrica. Del mismo modo, hay que ser apto para la cirugía bariátrica.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de interés.

### Bibliografía

1. Fernández-Travieso, J. C. (2016). *Incidencia actual de la obesidad en las enfermedades cardiovasculares*. *Revista CENIC Ciencias Biológicas*, 47(1), 1-11.
2. Delgado Floody, P., Caamaño Navarrete, F., Jerez Mayorga, D., et al. (2015). *Efectos de un programa de tratamiento multidisciplinar en obesos mórbidos y obesos con comorbilidades candidatos a cirugía bariátrica*. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2011-2016.
3. Bray, G. A. (2004). *Medical consequences of obesity*. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 89(6), 2583-2589.
4. Organización Mundial de la Salud. (2017). *Obesidad y sobrepeso*. Recuperado de: <http://new.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
5. Ocampo, J., Guerrero, M., Espín, L., Guerrero, C., & Aguirre, R. (2017). *Asociación entre índice de masa corporal y depresión en mujeres adolescentes*. *International Journal of Morphology*, 35(4), 1547-1552.
6. Baile, J. I. y González, M. J. (2011). *Comorbilidad psicopatológica en obesidad*. In *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 34(2), 253-26.
7. Fernández-López, A. J. (2015). *Patología basal en los obesos morbosos del área de salud VII de la Región de Murcia (España)*. *Relevancia de su estudio*. *BMI-Journal*, 5(3), 873-875.
8. Cofré, A., Moreno, J., Salgado, F., Moreno, A. C., & Mella, E. R. (2017). *Estilos vinculares y conducta alimentaria en niños*. *Summa Psicológica UST*, 14(2), 62-71.
9. Lopera, D. T., & Restrepo, M. (2014). *Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos*. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 6(1), 91-112.
10. Ossorio, M. D. L. Á. M. (2016). *Cirugía Bariátrica y Trastorno Psiquiátrico Mayor*. *BMI-Journal*, 6(1), 912-915.
11. Salinas Rodríguez, J. L., González Díaz, A. F., Espinosa Sierra, V., & González Díaz, H. E. (2018). *Diferencias en comportamientos de riesgo y problemas en personas con sobrepeso y obesos*. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(1), 1-19.
12. Parodi, C. A. (2015). *Ansiedad, depresión y trastorno de la imagen corporal en pacientes que consultan en la Unidad de Obesidad del Hospital de Clínicas*. *Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud*, 13(3), 64-74.
13. Luque, A. (2017). *Apego preocupado y sintomatología bulímica en candidatos a cirugía bariátrica*. *BMI-Journal*, 7(3), 1880-1885.
14. Lin, H. Y., Huang, C. K., Tai, C. M., et al. (2013). *Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment*. *BMC psychiatry*, 13(1), 1-8.
15. De la Vega Morales, R. I., & Cruz Hernández, L. (2018). *Efectos de la terapia cognitivo-conductual en factores*

*asociados a la obesidad: un estudio de caso. Revista Psicología y Salud, 28(1), 85-94.*

16. Bowlby, J. (Ed.) (2006). *Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida*. MADRID: Ediciones Morata.

17. Arias, A. R. (2015). Los cuidados maternos y su relevancia en la salud mental: primera experiencia vinculación del sujeto. *Revista Electrónica Psyconoex, 7(11), 1-16.*

18. Benítez Hernández, M. D. M., Luque Budía, A., Borda Mas, M. D. L. M., Dorado Siles, I., & Rodríguez Testal, J. F. (2017). Apego preocupado, pensamiento rumiativo y pensamiento referencial en candidatos a cirugía bariátrica. *Apuntes de Psicología, 35(1), 63-71.*

19. Camacho-Laraña, M., Alcalá-Pérez, V., & Nieves-Alcalá, S. (2015). Diferencias de género en pacientes con obesidad mórbida tributarios de cirugía bariátrica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 20(3), 189-198.*

20. Martínez, C. P., Cuberos, R. C., Sánchez, M. C., Garcés, T. E., Ortega, F. Z., & Cortés, A. J. P. (2017). Diferencias de género en relación con el Índice de Masa Corporal, calidad de la dieta y actividades sedentarias en niños de 10 a 12 años. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación, (31), 176-180.*