

Estudio sobre la relación entre el apego y la presencia de atracones en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica: diferencias de género.

Paula Hermoso, María del Mar Benítez, Francisco José Rivera, Asunción Luque, Mercedes Borda.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Universidad de Sevilla.

Paula Hermoso. E-mail: paulahermoso95@gmail.com

Recepción (primera versión): 12-Febrero-2021

Aceptación: 24-Junio-2021

Publicación online: N° Septiembre 2021

Resumen:

La obesidad en la actualidad es la tercera causa de muerte en los países desarrollados. Entre los métodos que se ponen a disposición y que resultan ser más eficaces para el tratamiento de obesidad mórbida, se encuentra la cirugía bariátrica. Este trabajo pretende estudiar la relación entre el apego y la presencia de episodios de atracones y como esta relación se ve influida por el género, la orientación diagnóstica y la presencia de percepción de apoyo familiar. La muestra se obtuvo del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla y se compuso por 443 sujetos, de los cuales 259 personas presentaban obesidad mórbida y eran candidatas a cirugía bariátrica. Los datos fueron obtenidos a través de unas plantillas con datos sociodemográficos y clínicos y del Cuestionario de Apego Adulto. Una vez finalizado el estudio, los resultados indican que existe una relación significativa entre el apego y la presencia de episodios de atracones, y que estos últimos aumentan en el género femenino; asimismo encontramos diferencias significativas en la orientación diagnóstica y en la percepción de apoyo familiar. Así pues, sería necesario continuar estudiando variables psicológicas con el fin mejorar el tratamiento y la intervención psicológica en estos pacientes.

Palabras clave:

- Obesidad mórbida
- Cirugía bariátrica
- Apoyo familiar
- Atracones
- Género

Study on the relationship between addiction and the presence of binge eating in patients with morbid obesity who are candidates for bariatric surgery: gender differences.

Abstract:

Currently, obesity is the third cause of death in developed countries and one of the greatest concerns within national health systems. Among the different techniques which are available, bariatric surgery is one of the most effective treatments for morbid obesity. This project analyses the relationship between infant attachment and episodes of binge eating and how this relationship is affected by sex, diagnosis and the perception of family support. The sample, consisting of 443 individuals, was obtained at the Hospital Universitario Virgen del Rocío in Seville. 259 individuals presented morbid obesity and were candidates for bariatric surgery. Information was collected from templates with socio-demographic and clinical data, as well as the Adult Attachment Questionnaire. Once the study was finished, the results clearly showed that there is a significant relationship between infant attachment and episodes of binge eating and that these episodes are more frequent in females. In addition, there are substantive variations in diagnosis and perception of family support. It is therefore necessary to continue with the study of additional psychological variables in order to improve psychological treatments and interventions in these patients.

Keywords:

- Morbid obesity
- Bariatric surgery
- Infant attachment
- Episodes of binge eating
- Sex

Introducción

La idea de sobrepeso asociado a la salud y la prosperidad comienza a desaparecer a principios de los años veinte; entonces aún se pensaba que encontrarse un poco sobrado de peso era una ventaja en el caso de padecer alguna enfermedad o de sobrevivir a una hambruna.

En los albores del siglo XXI, la obesidad y el sobrepeso se han convertido en un grave problema de salud pública en todo el mundo. Según la OMS, en 2016, más de 1.900 millones de adultos de 18 o más años tenían sobrepeso, de los cuales, más de 650 millones eran obesos (1). La OMS define la obesidad como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Se trata de un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas. Se mide a través del IMC (Índice de Masa Corporal) un indicador de la relación entre el peso y la talla. De esta forma, una persona con un IMC igual o superior a 25 padece sobrepeso, otra con un IMC igual o superior a 30 es considerada obesa y por último una con un IMC superior a 40 padece obesidad mórbida. Un IMC elevado es un aspecto a tener en cuenta para padecer otro tipo de enfermedades como podrían ser: enfermedades cardiovasculares, diabetes, trastornos del aparato locomotor y algunos cánceres (1).

La obesidad ha sido descrita por algunos como un desorden, alteración o trastorno, mientras que por otros ha sido definida 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 (2). La prevalencia de obesidad en la población adulta española (25-60 años) es del 14,5%, significativamente más elevada entre las mujeres (15,75%) que entre los hombres (13,4%). En cuanto a la prevalencia de obesidad mórbida (IMC \geq 40 kg/m²), esta es del 0,7% en las mujeres frente al 0,3% en los hombres (3).

Teniendo en cuenta que son muchas las personas que padecen obesidad en países occidentales y que los tratamientos como dietas restrictivas, ejercicios y/o administración de fármacos no dan resultados eficaces, parece ser que el único tratamiento que está consiguiendo buenos resultados, no solo en cuestión de pérdida de peso, sino también de beneficios en las comorbilidades con otras enfermedades, es la cirugía bariátrica (4). Su fin no es conseguir un peso ideal ni curar la obesidad, si no limitar las comorbilidades asociadas y mejorar la calidad de vida de estos pacientes (5).

Camacho et al., (2015) encontró una relación estrecha entre el género y la obesidad mórbida. Parece ser, que las mujeres solicitan dos veces más este tipo de tratamiento que los hombres. Otra de las diferencias que obtuvo fue que las mujeres presentan una mayor patología en el Eje I, un mayor índice de insatisfacción y una mayor distorsión de la imagen corporal (6). 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 (7). Los candidatos a una intervención de cirugía bariátrica deberán someterse previamente a un examen que evalúe posibles alteraciones psicopatológicas y comportamentales para saber cómo guiar el tratamiento pre- y post- operatorio (8) (9) (10).

Parece ser que entre las posibles causas que se relacionan con el éxito o el fracaso en la pérdida de peso posoperatoria se encuentra la percepción de apoyo familiar. Cuando los sujetos expresan que tienen el apoyo y acompañamiento de su familia, de su pareja, de todo un equipo de salud; el proceso de cambio es más llevadero, menos angustiante y es más posible que se involucren más en conductas de promoción de la salud y la pérdida de peso (11). Por ello no deberíamos subestimar la importancia del apoyo familiar como complemento de las operaciones quirúrgicas ya que puede garantizar buenos resultados en las intervenciones de cirugía bariátrica y en las etapas posteriores a la intervención (12).

De igual forma autores como Hernández et al. (2016) se interesaron por buscar indicadores que prevean la renuncia al tratamiento en los pacientes candidatos a cirugía bariátrica y descubrió que la falta de apoyo social fue uno de los indicadores de abandono. Observó que las personas que se aislaban de los demás no son propensas a seguir las indicaciones, en cambio, en aquellas que perciben apoyo social se observa una mayor disposición para seguir con el tratamiento. El mismo autor, encontró diferencias en cuanto al género y contempló que los hombres, a pesar de que eran minoría, presentaron una mayor probabilidad de abandono que las mujeres (13).

Centrándonos más en los aspectos psicopatológicos encontramos datos epidemiológicos y fisiopatológicos que afirman que existe una relación bidireccional entre la obesidad y psicopatología (15). En un estudio, sobre prevalencia de trastornos psiquiátricos, se encuentran que, en una muestra de 841 pacientes obesos, el 42% padece algún trastorno psiquiátrico. Siendo mayor la probabilidad de tener algún trastorno psiquiátrico en aquellos pacientes obesos que buscan algún tipo de tratamiento quirúrgico (16). Parece que, en los pacientes obesos, el 36% presenta sintomatología depresiva, el 53% presenta ansiedad, el 20,4% ha sufrido algún trauma psicológico grave, el 34,8% cumple criterios de Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y el 48,3% cumple los criterios de trastorno por atracón según el DSM-5 (17).

Según Lacaille (2002), y como ya hemos dicho anteriormente, entre las psicopatologías comórbidas con la obesidad se encuentran los trastornos de alimentación y en concreto el trastorno por atracón (18). Tal y como propone, Vázquez et al. (2006) el trastorno por atracón puede estar presente entre el 15 - 30% de personas que buscan tratamiento para perder peso (19).

Según el DSM-5, el Trastorno por atracón (TA), es un trastorno psicológico caracterizado por el consumo de grandes cantidades de comida, en intervalos cortos de tiempo, acompañado de pérdida de control sobre la ingesta. Estas condiciones deben estar asociadas a tres o más de los siguientes síntomas: comer más rápido de lo habitual, continuar comiendo a pesar de no tener hambre, comer a solas por sentir vergüenza de todo lo que se come y sentir disgusto, culpabilidad o depresión después de los atracones. Todos estos síntomas deben manifestarse al menos una vez a la semana durante los últimos tres meses y en ausencia de conductas compensatorias características de la bulimia nerviosa (20).

Los pacientes obesos con TA pueden carecer de estrategias efectivas de manejo de emociones negativas, por lo que se supone que usan los alimentos como una estrategia para regular o cambiar estas emociones negativas (21). Sin embargo, investigaciones recientes sugieren que los atracones en el TA puede ser el resultado de una ruptura en el estado de ánimo y en los impulsos debido a un aumento repentino de las emociones negativas y el estrés y/o una disminución de las emociones positivas (20). El TA parece que trae asociado algunos trastornos afectivos, y esto hace que un paciente con TA y obesidad presente peor pronóstico en su desarrollo que un individuo obeso sin TA. Sumándole a esto puntuaciones más elevadas en escalas de insatisfacción corporal, mayor preocupación por el peso y la figura corporal y sentimientos de pérdida de control asociado al episodio, ausente en los pacientes obesos sin TA, así como el inicio más temprano de tratamientos con dietas (22).

En el trastorno por atracón el antecedente más común de los episodios de atracones es el afecto negativo, sufriendo estas personas un estado de ánimo disfórico (depresión, ansiedad, irritabilidad, etc.). Aunque el atracón podría mitigar el afecto negativo a corto plazo, las consecuencias a largo plazo aumentarán el ánimo disfórico y la evaluación negativa de sí mismo (23). El tipo de sobreingesta suele ser impulsiva, aunque algunas sobreingestas pueden no tener esta característica. Según el estudio de Hollander (1998), en el polo compulsivo, encontraremos conductas más repetitivas y un atracón más subjetivo (en el cual no se da tal cantidad de comida ni tal pérdida de control), en cambio, en polo impulsivo tendremos más dificultades de inhibición y un tipo de atracón más objetivo (24).

Se estima que en estudiantes de universidades públicas de México la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo, como podría ser la presencia de atracones, es aproximadamente de 6.8% en mujeres frente a 4.1% en los hombres (26). En un estudio llevado a cabo por Lunn, Poulsem y Daniel (2012), se observó que un 65,7% de los sujetos de una muestra de individuos con TCA (trastorno de conducta alimentaria), manifestaban haber tenido un estilo de apego inseguro y un mal funcionamiento interpersonal, frente a un 31,4% caracterizados por un apego seguro y un buen manejo en las relaciones (25). Pace, Cacioppo & Schimmenti (2012), encontraron una relación estrecha, en un estudio que realizaron con una muestra de estudiantes universitarias, entre las que presentaban conductas de atracones, las cuales puntuaban alto en apego inseguro y las que no presentaban esas conductas de atracón que puntuaban alto en apego seguro. Es por esto que parece ser que estilos de apego inseguro favorecen las conductas de atracones (27). Tal y como indica Bowlby (2006), el apego es la relación afectiva que se establece entre el niño y su cuidador principal (28). Tognarelli (2012) observó que niños que tenían un apego inseguro con sus madres presentaban obesidad. Propone la dificultad de la madre para identificar estados de hambre y saciedad en el infante, lo que imposibilita la adquisición en el niño de la competencia para reconocer esos estados en el mismo. Esto hará que se favorezca el mantenimiento de la obesidad (29).

Aquellas relaciones de apego que son estables y seguras fomentan un apoyo efectivo y una eficiente estrategia de autorregulación. El estilo de apego influye en la regulación emocional, en la autoestima y en la autoimagen. Sin

embargo, si la relación de apego es insegura, la posibilidad de tener una incorrecta regulación frente a situaciones estresantes es mayor, y es por esto que resulta más frecuente que estas personas recurran a los alimentos para que ese malestar descienda (30). De igual manera encontramos a Ruiz et. Al (2010), en cuyo trabajo recalca que tanto las disfunciones familiares, como un clima desfavorable, sentimientos negativos hacia los familiares, sentirse ignoradas, etc., son factores de riesgo para sufrir trastornos alimenticios o funcionan como sustento del mismo. Por otro lado, la familia puede transformarse en un factor protector con la presencia de un contexto familiar positivo, en el cual haya una mayor protección social y por lo tanto menor vulnerabilidad, mediante una buena cohesión, expresión emocional y comunicación entre los individuos que forman la unidad familiar (31).

Teniendo en cuenta todo lo expuesto anteriormente, en el presente estudio nos planteamos como primer objetivo, analizar la relación existente entre los estilos de apego (seguro/inseguro) y la presencia de atracones tanto objetivos como subjetivos; y como segundo objetivo, estudiar como la relación entre el apego y la presencia de atracones se ve modulada por diferentes variables como son el género, la orientación diagnóstica y la presencia de percepción de apoyo familiar.

En relación con el primer objetivo, se prevé que los estilos de apego inseguro tenderán a una mayor presencia de atracones, con respecto a los que han tenido un apego seguro. Con relación al segundo objetivo, se estima que las mujeres con estilos de apego inseguros tenderán a tener más episodios de atracones que los hombres. Además, se valora que las personas candidatas a cirugía bariátrica y con estilos de apego inseguro tendrán un mayor número de atracones que las personas pertenecientes al grupo control. Por último, se calcula que las personas sin percepción de apoyo familiar y con estilos de apego inseguro, experimentarán un mayor número de atracones que aquellas que perciben apoyo familiar.

Material y Métodos

Participantes: El presente estudio contó con una muestra de 443 individuos, la cual se distribuyó en dos grupos. El primero de ellos, denominado grupo clínico, cuenta con un total de 259 pacientes (61.7%) del Hospital Universitario Virgen del Rocío, presentaban obesidad mórbida (Índice de masa corporal, IMC, superior a 40kg/m²) y además eran personas candidatas a cirugía bariátrica. El segundo grupo, denominado control, fue utilizado para poder contrastar los del grupo clínico, y estuvo formado por 161 individuos (38.3%) pertenecientes a la población general y no diagnosticados de obesidad mórbida, así como, por tener un IMC inferior a 30kg/m².

En la siguiente tabla (ver Tabla 1) podemos observar datos descriptivos tanto de cómo se encuentra distribuida la muestra del estudio, como de otros datos de interés sociodemográficos. Se encuentran diferencias en función del peso, nivel de estudios y estado civil. Concretamente se observan que los candidatos a cirugía tienen mayor nivel de peso, menor nivel de estudios y una mayor proporción de estado civil, divorciados, separados y con relación de pareja.

		Candidatos a cirugía		Control	
Edad (media)		42.86 años		41.59 años	
Peso (media)		129.98kg		69.43kg	
		<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Género	Mujer	181	43.20%	111	26.49%
	Hombre	78	18.62%	49	11.69%
Nivel de estudios	Primarios	114	29.31%	51	13.11%
	Medios	75	19.38%	57	14.65%
	Superiores	38	9.77%	46	11.83%
	Sin estudios	6	1.54%	2	0.51%
Estado civil	Solteros	56	13.37%	61	14.56%
	Casados	132	31.50%	95	22.67%
	Viudos	9	2.15%	0	0%
	Divorciados	18	4.30%	2	0.48%
	Separados	10	2.39%	2	0.48%
	Relación de pareja	33	7.88%	1	0.24%

(% Porcentaje - *f* Frecuencia). Edad, $p = .497$; Peso, $p < .001$; Sexo, $p = .912$; Nivel de estudios, $p = .002$; Estado civil, $p < .001$.

Tabla 1. Datos descriptivos de la muestra. Los datos están presentados como medias e intervalos para las variables cuantitativas; y frecuencias y porcentajes (%) para las variables cualitativas.

Instrumentos y materiales

Con el objetivo de obtener todos los datos posibles y necesarios para la realización del presente estudio, se hizo uso de dos instrumentos: la historia clínica y el Cuestionario de Apego Adulto (32).

Historias clínicas (Anexos III-IV)

Incluyen información relacionada con el estado de salud del paciente, además de contener el historial de asistencia médica recibida, tal y como contemplan los artículos 14 y 15 de la Ley 41/2002 (2002). Alguno de los datos primordiales para la correcta valoración de los pacientes candidatos a cirugía bariátrica por el profesional sanitario es, la presencia o no de trastorno mental o enfermedad médica y el peso e índice de masa corporal (IMC). Los facultativos a partir de las historias clínicas pudieron cumplimentar unas plantillas que reflejan datos médicos de interés y recogen además otros indicadores útiles para el estudio.

En esta plantilla se encuentran datos sociodemográficos también considerados relevantes para los candidatos a cirugía bariátrica, algunos de estos indicadores eran el nivel de estudios, el estado civil o la edad del paciente. Otros aspectos relevantes que recoge la plantilla eran la presencia de atracones tanto subjetivos como objetivos, presencia de obesidad infantil, antecedentes familiares de obesidad, antecedentes psicopatológicos o alteraciones actuales, estado psicológico actual, percepción de apoyo familiar...

Para cumplimentar este cuestionario necesitaron un tiempo aproximado de entre 5 y 10 minutos. En una primera fase los pacientes respondían el cuestionario y en una segunda fase era el facultativo el que valoraba las respuestas. En cambio, a los individuos pertenecientes a la muestra control, se les administró una adaptación de este cuestionario, eliminando algunos ítems relacionados con la cirugía.

Cuestionario de Apego Adulto (Melero & Cantero, 2008) (Anexo V-VI)

Consiste en una prueba auto-administrada, la cual se responde un tiempo de entre 5 y 10 minutos. Contiene un total de 40 ítems y se responde mediante una escala tipo Likert de 6 puntos, en la cual, 1 nada de acuerdo y 6 muy de acuerdo. Los ítems están agrupados cuatro subescalas las cuales miden diferentes dimensiones del apego. La primera, está compuesta por 13 ítems, mide baja autoestima, la necesidad de aprobación y el miedo al rechazo. La segunda, está formada por 11 ítems, mide la resolución hostil de conflictos, el rencor y la posesividad. Los 9 ítems siguientes corresponden a la tercera subescala, miden la expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones y por último la cuarta estudia a través de 7 ítems, la autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad. La tercera subescala analiza el apego de tipo seguro, sin embargo, las otras tres estudian indicadores relacionados con un estilo de apego inseguro.

En cuanto a la fiabilidad de las subescalas, se obtienen unos valores de .86, .80, .68 y .77 respectivamente. Referente a la validez del instrumento, éste correlaciona positivamente con el CR (Cuestionario de Relación), y sus resultados concuerdan con los obtenidos en la literatura existente sobre apego (32).

Procedimiento

Los datos fueron recogidos a través de un diseño no-experimental o correlacional. El estudio es de tipo ex post facto, en el que no se puede ejercer control sobre las variables. Igualmente se llevó a cabo en un único momento y por lo que consideramos la recogida de datos de tipo transversal. Para la obtención de datos, se llevó a cabo un proceso que constaba de dos fases. En la primera fase, se realizó la formación del grupo clínico, el cual estaba compuesto por pacientes candidatos a cirugía bariátrica y además se hizo una exploración de las variables sociodemográficas. Para realizarlo se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia, en el que se accedió a los participantes a través de un acuerdo existente entre el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico de la Universidad de Sevilla con el Programa de Enlace e Interconsulta de Salud Mental del Hospital Universitario Virgen del Rocío. Tal y como recoge el Artículo 7, referido a la confidencialidad de los datos concernientes a la salud del paciente, de la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE, 2002), el acceso, a las historias clínicas de los pacientes, quedará limitado solo a los profesionales del sistema sanitario y a aquellas personas que cuenten con una autorización previa. Antes de la administración de los instrumentos, todos los participantes fueron informados sobre sus derechos en relación con la confidencialidad y la protección de datos y sobre las condiciones de la investigación. Para una correcta cumplimentación se obtuvo el permiso de los participantes mediante la firma de dos documentos, el consentimiento informado (Anexo I) y confidencialidad (Anexo II). Después de esto, fueron los psicólogos y psiquiatras (facultativos) del Hospital Universitario Virgen del Rocío los que se encargaron suministrar a los pacientes las plantillas e instrumentos desarrollados por los

responsables de este estudio. Para que estos pudieran completarlos, de forma autónoma. Asimismo, también fueron recogidos datos del Cuestionario de Apego Adulto (32) ya cumplimentado por los pacientes.

En la segunda fase, para poder obtener una muestra comparable, los sujetos del grupo de control fueron elegidos por medio de un muestreo intencional no probabilístico, basado en las variables sociodemográficas exploradas (género, edad y nivel educativo) para que fueran distribuidos de manera similar con respecto al grupo clínico. En cuanto a la administración de los instrumentos, fueron estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla quienes se encargaron de proporcionar a los participantes en el grupo de control los protocolos que, de igual manera que el grupo clínico lo cumplimentaron de manera autónoma.

Una vez que se completó el proceso de recopilación, cada individuo se le asignó un número aleatorio para asegurar el anonimato de los participantes como se establece en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, sobre Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y en la Ley 14/1986 General de Salud (BOE, 2002). Por último, se realizó el análisis estadístico de los datos, utilizando el programa IBM SPSS Statistics versión 26.

Resultados

Los resultados del presente estudio se dividen en cuatro apartados. En los dos primeros se analizarán las relaciones entre el género, la orientación diagnóstica y la percepción de apoyo familiar sobre los indicadores de atracón tanto objetivos (primera sección), como subjetivos (segunda sección). En los dos siguientes apartados se profundiza en el posible efecto moderador del género, la orientación diagnóstica y la percepción de apoyo familiar en la relación entre el apego percibido y los indicadores de atracón objetivos (tercera sección) y subjetivos (cuarta sección). Para análisis estadístico hemos seguido criterios estadísticos de interpretación de resultados, de Rivera (2017) (33).

Análisis de la relación entre el género, orientación diagnóstica y percepción de apoyo familiar sobre el indicador de atracones objetivos.

En primer lugar, en relación entre los atracones subjetivos y el género (Tabla 2), se puede apreciar que no existe una relación estadísticamente significativa entre las variables, con tamaño del efecto despreciable ($p = .393$), presentando un odds ratio de 0.809 (0.497 – 1.317).

		Atracones subjetivos	
		No	Sí
GÉNERO	Hombre	75.9% (101) (SR = -0.9)	24.1% (32) (SR = 0.9)
	Mujer	79.6% (238) (SR = 0.9)	20.4% (61) (SR = -0.9)
APEGO	Seguro	85.1% (165) (SR = 2.8)	14.9% (29) (SR = -2.8)
	Inseguro	73.7% (140) (SR = -2.8)	26.3% (50) (SR = 2.8)
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA	Cirugía	70.7% (181) (SR = -5.2)	29.3% (75) (SR = 5.2)
	Control	92.3% (143) (SR = 5.2)	7.7% (12) (SR = -5.2)
PERCEPCIÓN DE APOYO FAMILIAR	Ausencia de Percepción de Apoyo Familiar	7.3% (55) (SR = 1.9)	12.7% (8) (SR = -1.9)
	Presencia de Percepción de Apoyo Familiar	76.7% (264) (SR = -1.9)	23.3% (80) (SR = 1.9)

Tabla 2. Tabla cruzada atracones subjetivos, género, apego, orientación diagnóstica y percepción de apoyo familiar.

A su vez se analiza la relación existente entre los atracones subjetivos y el apego. Como muestran los datos existe una relación estadísticamente significativa con tamaño del efecto bajo ($p = .006$). Concretamente, se observa una mayor presencia de atracones subjetivos en personas que muestran un apego inseguro (26.3%) frente a los que muestran un apego seguro (14.9%), mostrando por tanto una mayor prevalencia de atracones subjetivos en el apego inseguro, odds ratio de 2.03 (1.22 – 3.38).

Respecto a la relación entre los atracones subjetivos y la orientación diagnóstica. En los datos se aprecia una relación estadísticamente significativa con un tamaño del efecto bajo ($p = .000$). Concretamente, se observa una mayor presencia de atracones subjetivos en personas candidatas a cirugía bariátrica (29.3%) frente a los al grupo control (7.7%), presentando un número de atracones subjetivos en función de la orientación diagnóstica, odds ratio de 0.203 (0.106 – 0.387). Y por último en cuanto a la relación entre los atracones subjetivos y la percepción de apoyo familiar no existe una relación estadísticamente significativa y obtiene un tamaño del efecto despreciable ($p = .061$).

Análisis de la relación entre el género, orientación diagnóstica y percepción de apoyo familiar sobre el indicador de atracones objetivos.

Después de ver la relación de todas las variables anteriores con la variable de atracones subjetivos, se analizarán como se relacionan las mismas variables con los atracones objetivos. Para ello se comenzará con la variable género (ver Tabla 3). Observando la tabla y con los datos dados a continuación se puede decir que las variables no muestran una relación estadísticamente significativa, con tamaño del

efecto despreciable ($p = .287$). Presentando un odds ratio de 0.756 (0.451 - 1.267).

		Atracones objetivos	
		No	Si
GÉNERO	Hombre	78.1% (100) (SR = -1.1)	21.9% (28) (SR = 1.1)
	Mujer	82.5% (241) (SR = 1.1)	17.5% (51) (SR = -1.1)
APEGO	Seguro	87.8% (166) (SR = 3.5)	12.2% (23) (SR = -3.5)
	Inseguro	73.4% (135) (SR = -3.5)	26.6% (49) (SR = 3.5)
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA	Cirugía	76.9% (190) (SR = -3.0)	23.1% (57) (SR = 3.0)
	Control	88.9% (136) (SR = 3.0)	11.1% (17) (SR = -3.0)
PERCEPCIÓN DE APOYO FAMILIAR	Ausencia de Percepción de Apoyo Familiar	85.7% (54) (SR = 1.0)	14.3% (9) (SR = -1.0)
	Presencia de Percepción de Apoyo Familiar	80.1% (266) (SR = -1.0)	19.9% (66) (SR = 1.0)

Tabla 3. Tabla cruzada atracones objetivos, género, apego, orientación diagnóstica y percepción de apoyo familiar.

Otra de las variables examina la correlación existente entre atracones objetivos y apego. En los datos se puede observar que existe una relación estadísticamente significativa con un tamaño del efecto bajo ($p = .000$). Como podemos apreciar, hay una mayor presencia de atracones objetivos en las personas que han tenido un estilo de apego inseguro (26.6%) frente aquellas que han tenido un apego seguro (12.2%); obteniendo un odds ratio de 2.620 (1.519 - 4.518).

Con respecto a cómo se relacionan las variables atracones objetivos y orientación, se puede apreciar en la tabla, en la cual se contempla que existe una relación estadísticamente significativa con un tamaño del efecto bajo ($p = .003$). Afirmando que hay una mayor presencia de atracones objetivos en los individuos candidatos a cirugía (23.1%) con respecto a los pertenecientes al grupo control (11.1%). Teniendo un odds ratio de 0.417 (0.232 - 0.748). A continuación, vamos a ver si existe relación entre los atracones objetivos y la percepción de apoyo familiar. Según estos datos se considera que no existe una relación estadísticamente significativa ($p = .299$). Obteniendo un odds ratio de 1.489 (0.699 - 3.169).

Análisis del efecto moderador del género, orientación diagnóstica y percepción de apoyo familiar sobre el indicador de atracones subjetivos.

A continuación, se realiza nuevamente la prueba de Chi Cuadrado, pero esta vez centrando el análisis en las diferentes variables moduladoras (género, orientación diagnóstica y percepción de apoyo familiar) moderan en la relación entre el apego y los atracones tanto objetivos como subjetivos. Siguiendo la lógica de apartados previos,

en primer lugar, se analizan los atracones subjetivos, estudiando la moderación de la variable género (Tabla 4). Como muestra la tabla se puede concluir que existe una relación estadísticamente significativa en el grupo de las mujeres con un tamaño del efecto bajo ($p = .003$) y con una odds ratio de 2.640 (1.382 - 5.046). En cambio, en el grupo de hombres, no se obtiene una relación significativa ($p = .570$); con una odds ratio de 1.282 (0.543 - 3.027). Estos resultados muestran, por tanto, que la relación entre el apego y los atracones subjetivos se ve moderada por el género, presentando en el grupo de mujeres, un mayor número de atracones subjetivos en aquellas que han tenido un apego inseguro (26.9%) frente a aquellas que tuvieron un estilo de apego seguro (12.2%); no encontrando, sin embargo, en el grupo de los hombres diferencias en función del apego.

		Atracones subjetivos	
		No	Si
GÉNERO	HOMBRE	79.4% (50) (SR = 0.8)	20.6% (13) (SR = -0.8)
	MUJER	75.0% (42) (SR = -0.8)	25.0% (14) (SR = 0.8)
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA	CIRUGIA	78.2% (79) (SR = 2.3)	21.8% (22) (SR = -2.3)
	CONTROL	83.9% (78) (SR = -2.3)	36.1% (44) (SR = 2.3)
PERCEPCIÓN DE APOYO FAMILIAR	AUSENCIA DE PERCEPCIÓN DE APOYO FAMILIAR	90.3% (28) (SR = 1.0)	9.7% (3) (SR = -1.0)
	PRESENCIA DE PERCEPCIÓN DE APOYO FAMILIAR	80.8% (21) (SR = -1.0)	19.2% (5) (SR = 1.0)
APEGO	Seguro	83.7% (128) (SR = 2.4)	16.3% (25) (SR = -2.4)
	Inseguro	72.2% (109) (SR = -2.4)	27.8% (42) (SR = 2.4)

Tabla 4. Tabla cruzada atracones subjetivos, apego y género, apego y orientación diagnóstica, apego y percepción de apoyo familiar.

Asimismo, se estudió como la relación entre el apego y los atracones subjetivos se ve influenciada por la orientación diagnóstica. En esta tabla se observa que existe una relación estadísticamente significativa en el grupo de personas candidatas a cirugía obteniendo un tamaño del efecto bajo ($p = .020$); odds ratio de 2.026 (1.112 - 3.690). No obstante, en el grupo control no se encuentra relación significativa ($p = .567$); con odds ratio de 0.615 (0.115 - 3.291). En dichos resultados vemos que en el grupo de cirugía las personas que han tenido un estilo de apego inseguro han sufrido un número mayor de atracones

subjetivos (36.1%) frente a las personas que han tenido un apego seguro (21.8%). Mientras que, en las personas pertenecientes al grupo control no se encuentran diferencias significativas.

Posteriormente se estudió como la relación entre el apego y los atracones subjetivos se ve moderada por la percepción de apoyo familiar. Como se estima en la tabla, hay una diferencia estadísticamente significativa en el grupo de presencia de percepción de apoyo familiar teniendo este un tamaño del efecto bajo ($p = .016$), con un odds ratio de 1.973 (1.130 - 3.444). En el grupo ausencia de percepción de apoyo familiar no se encuentra diferencia significativa obteniendo los siguientes resultados ($p = .301$), obteniendo un odds ratio 2.222 (0.477 - 10.357). Teniendo en cuenta los datos anteriores, se concreta que los individuos que pertenecen al grupo de presencia de apoyo familiar y que han tenido un apego inseguro han sufrido presencia de atracones subjetivos (27.8%), frente a aquellas que han experimentado un estilo seguro (16.3%). Al contrario que en el grupo de ausencia de percepción de apoyo, en el cual, no hemos encontrado diferencia significativa.

Análisis del efecto moderador del género, orientación diagnóstica y percepción de apoyo familiar sobre el indicador de atracones subjetivos.

Seguidamente vamos a empezar a estudiar las variables moduladoras que influyen en la relación entre el apego y los atracones objetivos. Se comenzará como anteriormente con la variable género (ver Tabla 5). Como se observa existe una relación estadísticamente significativa en el grupo de mujeres, obteniendo un efecto bajo del tamaño del efecto, ($p = .001$), con un odds ratio de 3.359 (1.649 - 6.842). Sin embargo, en el grupo de los hombres se halla que no existe una diferencia significativa, ($p = .117$), obteniendo un odds ratio de 1.830 (0.756 - 4.431). Se especifica que la relación entre el apego y los atracones objetivos puede verse modulada por la variable género, en concreto por el grupo de mujeres, obteniendo este una mayor presencia de atracones objetivos en el grupo de apego inseguro (26.0%), que en el grupo de apego seguro (9.4%). En el grupo de hombres, no encontramos relación significativa.

GÉNERO		Atracones objetivos		
		No	Sí	
HOMBRE	APEGO	Seguro	82.3% (51) (SR = 1.3)	17.7% (11) (SR = -1.3)
		Inseguro	71.7% (38) (SR = -1.3)	28.3% (15) (SR = 1.3)
	Mujer	Seguro	90.6% (115) (SR = 3.5)	9.4% (12) (SR = -3.5)
		Inseguro	74.0% (97) (SR = -3.5)	26.0% (34) (SR = 3.5)
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA				
CIRUGÍA	APEGO	Seguro	83.5% (81) (SR = 2.4)	16.5% (16) (SR = -2.4)
		Inseguro	69.5% (82) (SR = -2.4)	30.5% (36) (SR = 2.4)
	CONTROL	Seguro	94.0% (79) (SR = 2.4)	6.0% (5) (SR = -2.4)
		Inseguro	81.1% (43) (SR = -2.4)	18.9% (10) (SR = 2.4)
PERCEPCIÓN DE APOYO FAMILIAR				
AUSENCIA DE PERCEPCIÓN DE APOYO FAMILIAR	APEGO	Seguro	87.1% (27) (SR = 0.7)	12.9% (4) (SR = -0.7)
		Inseguro	80.8% (21) (SR = -0.7)	19.2% (5) (SR = 0.7)
PRESENCIA DE PERCEPCIÓN DE APOYO FAMILIAR	APEGO	Seguro	87.8% (130) (SR = 3.6)	12.2% (18) (SR = -3.6)
		Inseguro	71.0% (103) (SR = -3.6)	29.0% (42) (SR = 3.6)

Tabla 5. Tabla cruzada atracones objetivos, apego y género, apego y orientación diagnóstica, apego y percepción de apoyo familiar.

Se hallan también datos, de relacionar las variables apego y atracones objetivos con la orientación diagnóstica. En la tabla se observa que existe una relación significativa tanto en el grupo de cirugía como en el grupo control teniendo ambos un tamaño del efecto bajo. En el grupo de cirugía se obtiene ($p = .017$), con un odds ratio de 2.223 (1.144 - 4.318). En cambio, en el grupo control, ($p = .018$), obteniendo un odds ratio de 3.674 (1.180 - 11.443). Parece ser que ambos grupos influyen en la relación entre la variable apego y atracones objetivos, presentando el grupo de cirugía un mayor número de atracones objetivos en las personas que han tenido un estilo de apego inseguro (30.5%), frente a las de apego seguro (16.5%). En el grupo control se presencia un elevado número de atracones también en aquellas que han sufrido un estilo de apego inseguro (18.9%), frente las que han tenido un apego seguro (6.0%).

Para finalizar, se examinó, si la percepción de apoyo familiar repercute en la relación entre el apego y los atracones objetivos. Se puede apreciar la relación estadísticamente significativa en la presencia de apoyo familiar, con un tamaño del efecto bajo ($p = .000$), encontrando un odds ratio de 2.945 (1.601 - 5.418). Se puede afirmar que la presencia de apoyo familiar podría modular la relación entre el apego y los atracones objetivos. Sin embargo, en el grupo de ausencia de percepción de apoyo familiar no se hallan diferencias estadísticamente significativas, ($p = .514$), con un odds ratio de 1.607 (0.383 - 6.737). En el grupo presencia de percepción de apoyo familiar se aprecia que en el grupo de apego inseguro tenemos un índice elevado de atracones subjetivos (29.0%), frente al grupo de apego seguro en el cual tiene un índice de atracones menos elevado (12.2%).

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivos, analizar la relación existente entre los estilos de apego (seguro/inseguro) y la presencia de atracones tanto objetivos como subjetivos; y estudiar como la relación entre el apego y la presencia de atracones se ve modulada por diferentes variables como son el género, la orientación diagnóstica y la presencia de percepción de apoyo familiar. En relación con el estilo de apego y la presencia de atracones se confirma nuestra hipótesis. Dichos resultados son acordes con la literatura existente, como confirma García (2019), relaciones de apego seguras, proporcionan un apoyo efectivo y buenas estrategias de autorregulación; en cambio, personas que sufren un estilo de apego inseguro, son propensas a acogerse a los alimentos para poder hacer frente a situaciones estresantes que no son capaces de regular (30). Puede ser que estas personas, como propone Tognarelli (2012), de infantes hayan tenido unos padres incapaces de reconocer los estados de hambre y saciedad del mismo, lo que ha causado que este opte por la comida y los atracones para regular esos estados internos incapaz de reconocer (29). Tal y como recaló Ruiz et. Al (2010), el riesgo de sufrir trastornos alimentarios aumenta con climas desfavorables, familias conflictivas, sentimientos negativos entre los miembros de la familia... (31).

Por otro lado, la relación entre los estilos de apego y la presencia de atracones se ve influenciada por el género, tal y como indican los resultados de este estudio. Encontramos que como Pace, Cacioppo y Schimmenti (2012) indican en su estudio, las universitarias con atracones puntuaban alto en apego inseguro. Por lo que recalamos que estilos de apego inseguro incitan a tener más episodios de atracones (27). Teniendo en cuenta también la aportación de Lunn, Poulsem y Daniel (2012), hay un mayor número de sujetos diagnosticados con algún tipo de TCA que manifiestan haber tenido un estilo de apego inseguro (25). Además, tal y como afirmó León, Rivera, Borjorquez y Unikelsantoncini (2017) la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo, como podrían ser los episodios de atracones, es mayor en mujeres que en hombres (26). Y es por esto que nuestra hipótesis respecto a la influencia del género en las variables anteriormente mencionadas se cumple. La diferencia entre hombres y mujeres con el mismo estilo de apego puede estar en que las mujeres sufren mayor estrés

por padecer obesidad, mayor insatisfacción y más problemas con la ingesta de alimentos que los hombres (30). Hay que tener en cuenta que la presión social que tienen las mujeres, en cuanto a la imagen corporal y la percepción que tienen ellas sobre la misma, no es la igual que la que tienen los hombres. Tal y como señaló Ramos, Rivera y Moreno (2010) a pesar de que las chicas puedan tener un Índice de Masa Corporal más ajustado y presentan un nivel menor de sobrepeso y obesidad, la percepción del propio cuerpo como obeso es mayor en las chicas en comparación con los chicos. Todo lo anteriormente mencionado, además de la influencia que tiene el estilo de apego puede propiciar que éstas presenten más episodios de atracones que el género opuesto (34).

Con respecto a cómo influye la orientación diagnóstica a la relación de estilo de apego y presencia de atracones, podemos indicar que nuestra hipótesis se cumple en cierta manera. Ya que si afirmamos que en el grupo de candidatas a cirugía hay una mayor presencia de atracones en aquellos que han tenido un estilo de apego inseguro, pero no tuvimos en cuenta que el grupo control podría tener también presencia de episodios de atracones cuando estos han manifestado haber sufrido estilos de apego inseguro. Podría ser que este aumento de la presencia de atracones en el grupo control fuera debido al estilo de apego sufrido, sobre todo si estos han sufrido un estilo de apego inseguro. Debemos tener en cuenta que las personas candidatas a cirugía bariátrica además de haber sufrido estilos inseguros podrían tener otra clase de predisponentes como sentimientos negativos al peso, a la forma corporal o a la comida, y aunque el atracón disminuya estos síntomas a corto plazo, con el paso del tiempo hace que estos sentimientos negativos aumenten (23).

En la última variable analizada se ve cómo influye la presencia o ausencia de percepción de apoyo familiar en la relación entre el estilo de apego y la presencia de episodios de atracón. En este caso nuestra hipótesis no se cumple, ya que según confirman nuestros resultados encontramos que en las personas que pertenecen al grupo de presencia de percepción de apoyo familiar hay más atracones, tanto subjetivos como objetivos, en aquellos que han tenido un estilo de apego inseguro frente a aquellos que tuvieron un apego seguro; sin embargo, esto no lo encontramos en el grupo de ausencia de percepción de apoyo familiar lo que resulta algo curioso.

Los resultados obtenidos no son acordes con las conclusiones de Duque y Maya (2016) los cuales aseguraban que las personas que expresan que tienen apoyo y acompañamiento familiar durante el proceso, hace que este sea más llevadero, esto hace que podamos garantizar buenos resultados en las intervenciones de cirugía bariátrica (11) y en las posteriores etapas (12). De igual forma autores como Hernández et al. (2016) nos garantizan que uno de los indicadores de abandono durante el proceso era la falta de apoyo (13). Puedes ser que las personas que afirman tener presencia de apoyo familiar, haber sufrido estilos de apego inseguro les perjudique más que a aquellas personas que dicen tener ausencia de apoyo familiar, ya que nunca tuvieron muy presente ese apoyo familiar. Asimismo, puede que, en el grupo de presencia de apoyo, la familia ejerza algún tipo de presión sobre esas personas por cuestiones alimentarias lo que produzca en estas un efecto rebote y haga que tengan más episodios de atracones que aquellas que no tienen ese

apoyo. Por lo tanto, sería interesante investigar qué tipo de apoyo familiar tienen estas personas.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en este estudio sería interesante considerar como influyen los diferentes tipos de estilos de apego inseguro según el género. Asimismo, otro aspecto a tener en cuenta es examinar como realmente influyen el apoyo familiar en estos sujetos y clase de apoyo tienen; para así poder realizar una intervención más acorde con las circunstancias que tienen o que han vivido de cada uno de ellos.

En lo referente a la generalización de los resultados obtenidos en las diferentes variables del estudio y la correlación entre ellas podemos decir que el tamaño del efecto obtenido en ellas es bajo, lo que indica que estos resultados no son generalizables. Teniendo en cuenta esto debemos considerar los resultados con prudencia, aunque podemos asegurar que no se han cometido errores al afirmar las correlaciones obtenidas. Debemos considerar algunas limitaciones del estudio.

Los resultados hallados serán difícilmente extrapolables al resto de la población, debido a que la muestra seleccionada fue a través de un muestreo por conveniencia en un hospital específico de Sevilla. En cuanto al género deberíamos equiparar el número de sujetos hombres con el número de mujeres, aunque en el presente estudio se intentó equiparar sigue siendo mayor el grupo femenino en comparación con el masculino. Asimismo, hemos encontrado que el grupo control no está del todo equilibrado con el grupo clínico. Por otro lado, en la recogida de datos, la cual fue realizada por los facultativos del hospital, no pudimos controlar la presencia de variables extrañas para una correcta cumplimentación de los cuestionarios.

Por último, resaltar que en el cuestionario Apego Adulto (Melero & Cantero 2008), en la corrección se redujeron los estilos de apego de dimensiones de 4 dimensiones a 2, puesto que la mayoría de los sujetos no se ajustaban a los criterios de corrección del cuestionario. Esto ocasionó que el estilo de apego inseguro en vez de dividirse en los subtipos (evitativo, ansioso y temeroso), se limitara a un único tipo, "apego inseguro". Lo que provocó la pérdida de mucha información que hubiera sido significativa.

El fin de esta investigación ha sido estudiar variables que pudiesen estar relacionadas con el origen y el mantenimiento de la obesidad, para posteriormente poder incidir en estas y poder conseguir mejoras en el tratamiento para estas personas. Sería realmente importante tener en cuenta el tratamiento psicológico que deben tener estos sujetos, que como hemos podido apreciar tanto en la literatura, como en este estudio hay multitud de variables psicológicas que influyen y que por tanto deberíamos tener en cuenta para una mejora en la salud y calidad de vida de estos pacientes. Por tanto, sería esencial en este tipo de pacientes combinar la intervención médica, con la psicológica para poder lograr resultados eficaces.

Conclusiones

Según los resultados obtenidos en el presente estudio, se concluye, que tanto el estilo de apego, el género, la presencia de atracones y la presencia de percepción de

apoyo son aspectos a tener en cuenta en el desarrollo y en el mantenimiento de la obesidad.

Asimismo, parece ser que estilos de apego inseguro influyen en la presencia de atracones, teniendo mayor presencia de estos en el género femenino. Encontramos que sujetos pertenecientes al grupo clínico (cirugía bariátrica) el estilo de apego influyó sobre los atracones tanto objetivos como subjetivos, en cambio, en el grupo control el estilo de apego solo influyó en los atracones objetivos.

Fue llamativo que personas que afirmaban tener apoyo familiar tuvieron más episodios de atracones que aquellas que aseguraban no tener apoyo familiar, en las cuales no salieron resultados significativos con respecto a los atracones. Debido a que estos resultados, no son del todo concluyentes, deberían ser contrastados con otros estudios en los que se analicen variables similares para ver como realmente influye el apoyo familiar.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. (2020, 3 marzo). Recuperado 17 marzo, 2020, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
2. García, E. (2004). ¿Qué es la obesidad? *Revista de endocrinología y nutrición*. 2004;12(4): S88-S90.
3. Aranceta, J., Rodrigo, C. P., Majem, L. S., Barba, L. R., Izquierdo, J. Q., Vioque, J., et al. Prevalencia de la obesidad en España: resultados del estudio SEEDO 2000. *Medicina clínica*. 3003; 120(16): 608-612.
4. Rodríguez-Saborío, Luis Diego, & Vega- Vega, Marlen. *Cirugía bariátrica: Tratamiento de elección para la obesidad mórbida*. *Acta Médica Costarricense*. 2006; 48(4):162-171.
5. Rubio, M. A., Martínez C., Vidal O., Larrad A., Salas-Salvado J., Pujol J., Moreno B. Documento de consenso sobre cirugía bariátrica. *Rev Esp Obes*. 2004; 4:223-249.
6. Camacho-Laraña, M., Alcalá-Pérez, V., & Nieves-Alcalá, S. Diferencias de género en pacientes con obesidad mórbida tributarios de cirugía bariátrica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2015; 20(3):189-198.
7. Gómez Rodríguez, C., Benítez Hernández, M. D. M., Ruiz Domínguez, C., Luque Budia, A., Borda Mas, M., & Avargues Navarro, M. L. Influencia del apego en pacientes con obesidad mórbida candidatos a cirugía bariátrica. Estudio comparativo en función del género. En: *Investigación y género. Reflexiones desde la investigación para avanzar en igualdad: VII Congreso Universitario Internacional Investigación y Género (2018)*, p 241-263. SIEMUS (Seminario Interdisciplinar de Estudios de las Mujeres de la Universidad de Sevilla).
8. Baile, J. I., & González, M. J. Comorbilidad psicopatológica en obesidad. In *Anales del sistema sanitario de Navarra*. 2011; Vol. 34, No. 2, pp. 253
261. Gobierno de Navarra. Departamento de Salud.
9. Velao, M., Sanz, M., Torres-Pardo, B., Ancín, I., Cabrerizo, L., Rubio, M. A., & Barabash, A. Perfiles de personalidad en sujetos obesos y control medidos con cinco escalas estandarizadas de personalidad. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(5): 266-74.

10. Floody, P. D., Navarrete, F. C., Mayorga, D. J., Jara, C. C., Campillo, R. R., Poblete, A.O., & Mansilla, C. S. Efectos de un programa de tratamiento multidisciplinar en obesos mórbidos y obesos con comorbilidades candidatos a cirugía bariátrica. *Nutrición Hospitalaria*. 2015; 31(n05): 2011-2016.
11. Hoyos Duque, T. N., & Salazar Maya, Á. M. La cirugía bariátrica: una vivencia espinosa pero satisfactoria. *Enfermería Global*. 2016; 15(43): 212-227.
12. Macías, J. A. G., Leal, F. J. V., López-Ibor, J. J., Rubio, J. M. A., & Caballero, M. G. Marital Status in Morbidly Obese Patients After Bariatric Surgery. *German Journal of Psychiatry*. 2004
13. Hernández, S.V., Esquivias-Zavala, H., Maldonado, M. C., Ruiz-Velasco, S., Monserrat, A. Factores psicológicos y/o psiquiátricos presentes en pacientes desertores de protocolo de preparación para cirugía bariátrica. *Salud Mental*. 2016; 39 (3): 131-139.
14. Osorio MA Cirugía Bariátrica y Trastorno Psiquiátrico Mayor. *BMI-Journal*. 2016; 6(1).
15. 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.
16. Lin, H. Y., Huang, C. K., Tai, C. M., Lin, H. Y., Kao, Y. H., Tsai, C. C., et al. Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC psychiatry*. 2013; 13(1): 1.
17. Arguis, C. B. (2016). La impulsividad como modulador de los diferentes fenotipos clínicos en el paciente obeso (Doctoral dissertation, Universidad de Zaragoza).
18. Lacaille, L. S. (2002). Binge eating disorder and its relationship to bulimia nervosa and obesity (Order No. AAI3042740). Available from PsycINFO. (619970764; 2002-95016-059).
19. Vázquez, R., López, X., Álvarez, G. y Mancilla, J. (2006). La evaluación del trastorno por atracón. En V. Caballo (Ed.), *Manual para la Evaluación Clínica de los Trastornos Psicológicos* (pp. 235-246). Madrid: Ediciones Pirámide.
20. García-Marín, P. V., Antón-Menárguez, V., & Martínez-Amorós, R. Tratamiento cognitivo-conductual de un trastorno por atracón en una adolescente tardía con obesidad mórbida. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*. 2016;3(1): 67-74.
21. Grilo, C., White, M., Gueorguieva, R., Wilson, G. T. y Masheb, R. M. Predictive significance of the overvaluation of shape/weight in obese patients with binge eating disorder: findings from a randomized controlled trial with 12-month follow-up. *Psychological Medicine*. 2013; 43(6): 1335-1344.
22. Cuadro, Eva, & Baile, José I. El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*. 2015; 6(2): 97-107.
23. Palacios, A. G. (2014). El trastorno por atracón en el DSM-5. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, (110), 70-74.
24. Hollander, E. Treatment of Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders with SSRIs. *British Journal of Psychiatry*. 1998; Suppl., 35. 7-12.
25. Lunn, S., Poulsen, S., & Daniel, S. IA multiple case study of psychoanalytic therapies for clients with bulimia nervosa. *Nordic Psychology*. 2012; 64(2): 87-102.
26. León-Vázquez, C. D. D., Rivera-Márquez, J. A., Bojorquez-Chapela, L., & Unikel-Santoncini, C. Variables associated with disordered eating behaviors among freshman students from Mexico City. *Salud pública de México*. 2017; 59: 258-265.
27. Pace, U., Cacioppo, M., & Schimmenti, A. The moderating role of father's care on the onset of binge eating symptoms among female late adolescents with insecure attachment. *Child Psychiatry & Human Development*. 2012;43(2): 282-292.
28. Bowlby, J. (Ed.) (2006). *Vínculos Afectivos: Formación, Desarrollo y Pérdida*. MADRID: Ediciones Morata.
29. Tognarelli, A. G. Representaciones de apego de niños y niñas con obesidad y la respuesta sensible de sus madres. *Summa psicológica UST*. 2012; 9(2):57-67.
30. García, M., Benítez, M., Martínez, R., Borda, M., & Luque, A. Influencia del apego, el género y la aptitud en la indicación quirúrgica en la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con obesidad mórbida. *BMI-Journal*. 2019; 9: 2596-2601.
31. Ruiz, A., Vázquez, R., Mancilla, J., López, X., Álvarez, J. y Tena, A. Funcionamiento familiar en el riesgo y la protección de trastornos del comportamiento alimentario. *Universitas Psychologica*. 2010; 9(2): 447-455.
32. Melero, R., & Cantero, M.. Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y salud*. 2008;19(1): 83-100.
33. Rivera de los Santos, F. R. S. Convivencia del nivel de significación y tamaño del efecto y otros retos de la práctica basada en la evidencia. 2017. *Boletín Psicoevidencias* nº 48. ISSN 2254-4046.
34. Ramos Valverde, P., Rivera de los Santos, F. J., & Moreno Rodríguez, M. D. C. (2010). Diferencias de sexo en imagen corporal, control de peso e Índice de Masa Corporal de los adolescentes españoles. *Psicothema*, 22 (1), 77-83.