

Apego preocupado, pensamiento rumiativo y pensamiento referencial en candidatos a cirugía bariátrica

M^a del Mar BENÍTEZ HERNÁNDEZ

Universidad de Sevilla (España)

Asunción LUQUE BUDÍA

Hospital Universitario "Virgen del Rocío", Sevilla (España)

Mercedes BORDA MAS

Universidad de Sevilla (España)

Inmaculada DORADO SILES

Hospital Universitario "Virgen del Rocío", Sevilla (España)

Juan Francisco RODRÍGUEZ-TESTAL

Universidad de Sevilla (España)

Resumen

La cirugía bariátrica se ha erigido como la técnica más potente en el tratamiento de la obesidad mórbida. El objetivo de este estudio era estudiar las diferencias existentes entre un grupo de candidatos a cirugía bariátrica y una muestra control en las variables apego, pensamiento rumiativo y referencial. El diseño del estudio es ex post facto prospectivo. De los 285 sujetos que participaron en el estudio, 162 eran pacientes candidatos a cirugía bariátrica. Los 123 participantes restantes eran individuos de la población general seleccionados por conveniencia. Se emplearon: Cuestionario de Apego Adulto, Escala de Pensamiento Referencial y Escala de Respuestas Rumiativas. A partir de los resultados del estudio, se concluye que existe una mayor prevalencia de apego preocupado en el grupo no apto para la cirugía bariátrica, al igual que mayor presencia, tanto de pensamiento referencial como pensamiento rumiativo en ese mismo grupo conforme a los otros dos grupos de comparación.

Abstract

Bariatric surgery has become the most efficient technique in the treatment of morbid obesity. The goal of this study was to analyze the differences between a bariatric surgery candidates group and a control sample in the variables attachment, rumination, and referential thinking. The design of this study is ex post facto prospective. From the 285 subjects who participated in the study, 162 were bariatric surgery candidates. The other 123 participants were individuals from the general population selected by convenience. For data collection was used the *Cuestionario de Apego Adulto* (Adult Attachment Questionnaire), the *Escala de Pensamiento Referencial* (Referential Thinking Scale) and the *Escala de Respuestas Rumiativas* (Ruminative Responses Scale). We conclude there is a larger prevalence of concerned attachment in the group of candidates not suitable for bariatric surgery, as well as a greater presence of both referential and ruminative thinking in the same group comparing to the other two groups.

La cirugía bariátrica se ha erigido como la técnica más potente en el tratamiento de pacientes con obesidad mórbida (OM). Los candidatos a una intervención de cirugía bariátrica deben someterse previamente a un examen que evalúe posibles alteraciones psicopatológicas y comportamentales para saber cómo guiar el tratamiento pre- y post- operatorio

(Baile y González, 2011; Dixon, Laurie, Anderson, Hayden, Dixon y O'Brien, 2009; Floody, Navarrete, Mayorga, Jara, Campillo, Poblete y Mansilla, 2015; Velao, San, Torres-Par-do, Ancín, Cabrerizo, Rubio y Barabash, 2012).

La importancia de analizar y tener en cuenta la alteración psicopatológica concomitante a la obesidad descansa

Dirección de los autores: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. c/ Camilo José Cela, 1. 41018 Sevilla. *Correo electrónico:* marbenitez@us.es

Recibido: febrero de 2017. *Aceptado:* abril de 2017.

en el posible papel mediador de dicha alteración en el empeoramiento de la calidad de vida del individuo. Además, y en relación a la técnica de cirugía bariátrica, dichas alteraciones pueden suponer un factor de riesgo para un peor resultado post-operatorio (Baile y González, 2011 y Lin *et al.*, 2013).

Tal y como indican Sánchez, Arias, Gorgojo y Sánchez (2009), la obesidad no se encuentra catalogada en el DSM 5 ni en la CIE-10 como un trastorno de la conducta alimentaria. No obstante, es frecuente encontrar diversas alteraciones psiquiátricas o psicológicas y de la alimentación relacionadas con la obesidad; sobre todo trastornos del estado de ánimo, de la personalidad y de la conducta alimentaria típicos o atípicos. En este sentido, se han postulado posibles explicaciones tales como que las desviaciones psicopatológicas estarían causadas por las limitaciones sociales y personales que pueden generar la obesidad o que serían las características psicológicas las que diesen lugar al inicio y curso de la obesidad.

Baile y González (2011), en su revisión de diferentes estudios sobre comorbilidad entre obesidad y psicopatología, encontraron gran número de datos e investigaciones que confirman dicha comorbilidad. En primer lugar, en cuanto a *encuestas poblacionales de salud y estudios de muestra*, los resultados de su revisión indicaron que: (a) aquellas personas obesas o extremadamente obesas, en comparación con las que no lo eran, mostraban una prevalencia más alta de trastornos del ánimo, ansiedad o consumo del alcohol; (b) existe una fuerte relación entre historia familiar de alcoholismo o problemas de alcohol y obesidad, especialmente en mujeres; y (c) el sobrepeso y la obesidad estaban relacionados con determinados problemas de carácter psicológico tales como episodios depresivos, trastorno de pánico, fobias, personalidad antisocial y trastorno por evitación; también una encuesta realizada en Francia puso de manifiesto que el exceso de peso está ligado a variables psicosociales y psicopatológicas.

En segundo lugar, en relación a *comparación intergrupos*, en su revisión Baile y González (2011) concluyeron que: (a) las personas con sobrepeso u obesidad tienen una mayor alteración en distintos aspectos de la impulsividad que aquellas con normopeso; (b) los pacientes obesos candidatos a cirugía bariátrica presentaban mayores valores de estrés, ansiedad, depresión y ansia por la comida, así como menores puntuaciones en autoestima, síntomas de trastorno del comportamiento alimentario y peor calidad de vida; y (c) la obesidad se relaciona de una manera relevante con mayor riesgo de comorbilidad psiquiátrica y peor calidad de vida.

En tercer lugar, en la revisión sobre *estudios clínicos* con pacientes obesos o candidatos a cirugía bariátrica se encontró que: (a) los candidatos a cirugía bariátrica con obesidad mórbida presentan algunos déficits cognitivos relacionados con las funciones ejecutivas y, en concreto, con la planificación o resolución de problemas con respec-

to a una muestra control; (b) la mayoría de pacientes de cirugía bariátrica había tenido algún episodio de trastorno psicopatológico a lo largo de su vida y que la manifestación de la psicopatología estaba relacionada con el IMC de los pacientes; y (c) en un trabajo con adolescentes obesos candidatos a cirugía bariátrica se halló sintomatología ansiosa, depresiva y bulímica.

Entre estas alteraciones psicopatológicas no se consideraba la insatisfacción corporal como un elemento fundamental en la obesidad. Sin embargo, estudios recientes han demostrado que en pacientes con bulimia u obesidad el no sentirse satisfecho con el propio físico por comparación con ideales de belleza impuestos, o el temor a subir de peso, determinan la aparición de desórdenes alimenticios y otras conductas no saludables en el control del peso, como el abandono de la actividad física y la dejadez en el autocuidado, que acaban propiciando la obesidad (Gómez y Lino, 2015; Pace, Cacioppo y Schimmenti, 2012; Parodi, 2015). Gómez y Lino (2015) mencionan estudios que han demostrado que la satisfacción de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica no está relacionada tanto con la apariencia física o el peso perdido, sino más bien con la recuperación de la capacidad y la posibilidad de poder relacionarse socialmente con los demás.

Apego y obesidad

John Bowlby definió el concepto de apego como: “cualquier forma de comportamiento que hace que una persona alcance o conserve proximidad a otro individuo diferenciado y preferido” (Bowlby, 2006).

A partir de las vivencias tempranas con sus cuidadores, los menores construyen las representaciones mentales que modelan sus relaciones posteriores. En la formulación original de Bowlby esas representaciones determinan el apego, en una concepción simple de todo o nada: hay o no hay apego. Su discípula Ainsworth demostró la existencia de diferentes estilos de apego: seguro, inseguro evitativo e inseguro ambivalente-resistente. Estudios posteriores añadieron el estilo de apego desorganizado (referido por Gómez y Lino, 2015). Estos primeros vínculos hacen que se vayan acumulando experiencias relacionales que configuran modelos internos, como son los emocionales, expectativas, atribuciones, etc., que conforman las relaciones con los demás. A partir de estos trabajos iniciales de Bowlby y Ainsworth, Bartholomew define cuatro estilos de apego adulto: seguro, evitativo, temeroso y preocupado (referido por Lucena, Cifre, Garayoa y Aragonés, 2015).

Las relaciones con el progenitor también implicarán el experimentar algún tipo de alteración psicopatológica en la adultez del individuo, ya que se encuentra que el apego está relacionado con diferentes tipos de trastornos: los 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). Dicha alteración aparece cuando la dinámica familiar es disfuncional y no existe por tanto prevalencia de ningún estilo parental, sobre todo en las patologías alimentarias (Cortez, 2015). Lunn, Poulsem y Daniel (2012) encontraron que un 65'7% de una muestra de individuos con un TCA presentaban un apego inseguro y un mal funcionamiento interpersonal, frente a un 31'4% que se caracterizaban por un buen manejo en las relaciones y un apego seguro.

Se ha encontrado continuidad a lo largo del tiempo en los estilos de apego infantiles y adultos, relacionándose el apego ambivalente con el preocupado ya que ambos están 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 lo que les lleva a ser dependientes emocionalmente de los demás y con necesidad de aprobación y ser queridos. Por tanto, tienen dificultad de regulación emocional, baja autoestima y un *locus de control* externo (Melero y Cantero, 2008) que podrían estar relacionados, o no, con características de las personas que padecen obesidad.

Pensamiento rumiativo y obesidad

El pensamiento rumiativo o rumiación es una idea negativa repetitiva que está orientada al pasado y asociada con un malestar emocional, sin tener ninguna demanda ambiental, que a menudo aparece en estados de ansiedad y depresión. Aparte de estar relacionado con la depresión y la ansiedad, también está conectado con los trastornos alimentarios. En estos casos consiste en un pensamiento repetitivo relacionado con la comida y con el peso, tanto a la hora de perderlo, como por no poder alcanzar un peso normal (Veses, 2015).

Aunque Romero, Márquez, Losada, Fernández y Nogales (2015) han encontrado relación entre el pensamiento rumiativo y la obesidad, todavía hay pocas evidencias directas de la relación entre la rumiación y los trastornos alimenticios. Sin embargo, sí las hay de que la depresión y la ansiedad (estados en los que son frecuentes los pensamientos rumiativos) son predictores de la sintomatología de los desórdenes alimenticios, incluso en mayor grado que las alteraciones de los estados de ánimo (Startup, Lavender, Oldershaw, Stott, Tchanturia, Treasure y Schimdt., 2013), de lo que cabe inferir que la rumiación y la preocupación deben aparecer en dichos trastornos.

Pensamiento referencial y obesidad

Otro desorden cognitivo que puede estar relacionado con los trastornos alimentarios es el pensamiento referencial. Es una actividad cognitiva donde la persona realiza una sobreinterpretación de miradas, gestos o acciones de

las demás personas que se encuentran en su mismo contexto o situación, que supone que se sienta observada, criticada, que se ríen de ella o la culpabilizan de alguna acción (Rodríguez-Testal, Senín, Perona y Fernández-Jiménez, 2012). El individuo, incluso analiza e intenta normalizar su conducta dependiente de dicho contexto. Son más frecuentes cuando existe una situación con una fuerte carga emocional, acciones novedosas, ciertas etapas de cambio personal y en la presencia de diferentes trastornos (Senín, Rodríguez-Testal y Perona, 2016).

Cuando la autoestima es alta las ideas serán positivas y, por el contrario, cuando es baja, ideas negativas. Esta asociación entre la autoestima y el pensamiento referencial hace que se relacione a su vez con la obesidad, ya que la autoestima se encuentra vinculada con esta última. En la autoestima se encuentra la baja carencia en la imagen corporal y la poca valoración de sí mismos como personas y no sobre lo que otras personas piensan de ellas (Torres y De las Nieves, 2015). Existen estudios sobre niños obesos que reflejan que estos presentan baja autoestima debido a la poca valoración que tienen sobre ellos mismos, lo poco capaces y valorados que se sienten e incluso fracasados (Mazagatos, Ingles-Borda y López-Picado, 2015).

Dadas las evidencias existentes de diversas formas de psicopatología presentes en personas con obesidad, resulta interesante conocer hasta qué punto determinados variables psicológicas como el apego, el pensamiento referencial y el pensamiento rumiante o rumiación pueden encontrarse incrementados en estos grupos de la población en comparación con aquella que no presenta obesidad. El objetivo general de este estudio es comparar las variables apego, pensamiento rumiante y referencial en una muestra compuesta por pacientes con OM 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 pertenecientes a la población general, en un diseño *ex post facto* y retrospectivo con dos grupos (grupo clínico y grupo cuasi control).

Método

Participantes

En este estudio se contó con una muestra de conveniencia integrada por un total de 285 individuos, de los cuales, el grupo clínico estuvo formado por 162 pacientes que presentaban obesidad mórbida (Índice de masa corporal, IMC, superior a 40) candidatos a cirugía bariátrica y que fueron evaluados por los facultativos del *Programa de Enlace e Interconsulta de Salud Mental del Hospital Universitario «Virgen del Rocío»* de Sevilla. De estos pacientes, 88 fueron aceptados para someterse a la cirugía, mientras que 74 fueron calificados como no aptos según los facultativos de

la Unidad de Salud Mental. Se consideró no aptos para la cirugía a esos 74 pacientes por presentar alguna circunstancia que pudiera suponer un riesgo en la intervención y en el post-operatorio: (a) presentar comorbilidades médicas como diabetes o hipertensión arterial; (b) presentar algún trastorno psicopatológico o de la conducta alimentaria severo; (c) concurrir alguna circunstancia incompatible con la intervención, tal como la presencia de reflujo, haber sido sometido previamente a otra cirugía o estar embarazada.

De los 162 pacientes con obesidad mórbida que forma la muestra clínica, 117 eran mujeres (72'67 %) y 44 hombres (27'33 %). Entre ellos, los pacientes aptos lo formaban un grupo de 62 mujeres (70'45 %) y 26 hombres (29'54 %) con edades comprendidas entre 21 y 63 años (N=88; M= 43'2; SD=11'1) y un peso que oscilaba entre los 82 y los 200 kilos (M= 129'14; SD= 24'22). En cuanto al nivel de estudio que presentaban estos sujetos, la mayoría tenían estudios primarios (44'58 %), 34 habían realizado estudios secundarios (40'96 %) y 12 tenían un nivel de estudios superiores (14'46 %). Atendiendo al estado civil, 22 de los sujetos eran solteros (25'58 %), 46 estaban casados (53'48 %), siete se encontraban viudos (8'13 %), cuatro divorciados (4'65 %) y cinco separados (5'81 %). En cuanto a los pacientes que no fueron seleccionados para cirugía bariátrica, 55 eran mujeres (74'32 %) y 19, hombres (25'68 %) entre 20 y 60 años de edad (N=74; M=42'76; SD=11'02), con pesos que iban de los 92 a los 198 kilos (M=131'13; SD=22'15). Conforme al nivel del estudio, 30 individuos obtenían estudios primarios (54'93 %), 22, tenían un nivel de estudio medio (30'99 %) y diez, estudios superiores (14'08%). En referencia al estado civil, 25 de ellos eran solteros (34'24 %), 35 estaban casados (47'95 %), uno era viudo (1'37 %), nueve casados (12'34 %) y, por último, dos separados (2'74 %).

El grupo control estaba formado por 123 individuos que no presentaban obesidad (IMC inferior a 30) residentes casi todos 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 cuatro 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 sexo, edad, estado civil y nivel de estudio. Entre estos 123 individuos, 94 (76'42 %) eran mujeres, mientras que 27 (23'58 %) eran hombres con edades comprendidas ambos grupos entre 20 y 65 años (M= 41'78; SD= 14'05), y un peso entre 25 y 106 Kg (M=70; SD=15'43). En cuanto al nivel de estudios, 44 de ellos tenían un nivel educativo primario (35'77 %), 49 un nivel educativo medio (39'84 %) y 30 habían realizado estudios superiores (24'39 %). En relación con el estado civil, 46 eran solteros (37'4 %), 71 estaban casados (57'72 %) y seis separados o divorciados (4'88 %).

Instrumentos

Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2008)

Consta de un total de 40 ítems en una escala de tipo likert de seis 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: Baja Autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo (13 ítems), Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad (11 ítems), Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones (9 ítems) y Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad (7 ítems). Los índices de fiabilidad de estas subescalas son 0'86, 0'80, 0'77 y 0'68, 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, 2008).

Escala de Pensamiento Referencial REF (Lezenweger, Bennett, Lilienfeld, 1997; Senín, *et al.*, 2012)

Ese trata de una adaptación experimental llevada a cabo en la Universidad de Sevilla. Consta de 34 ítems que miden la frecuencia del pensamiento referencial a través de una escala dicotómica (verdadero/falso) con una consistencia interna que va de 0'83 a 0'85, una fiabilidad retest con cuatro semanas de intervalo de 0'86 y con indicadores de validez. Entre estos ítems se han enmascarado nueve más pertenecientes a la escala de sinceridad del Inventario de Personalidad de Eysenck (EPI) con objeto de evaluar el grado de sinceridad de las respuestas, ya que el contenido abiertamente psicopatológico de la escala podía elicitar reacciones defensivas o de deseabilidad social entre los participantes. Entre sus valores se encuentra que el mínimo es 0 y el máximo 29, estableciendo el punto de corte en el valor 7 ya que se estableció como criterio clínico en estudios anteriores (Rodríguez-Testal *et al.*, 2009).

Escala de Respuestas Rumiativas, RRS (Nolen-Hoeksema y Morrow; Hervás, 2008)

Esta prueba pretende valorar la tendencia de los participantes a presentar un estilo de respuesta rumiativo cuando experimentan emociones negativas. Se trata también de una escala likert compuesta por 22 ítems con cuatro opciones de respuesta (1: casi nunca, 4: casi siempre) que hacen referencia a la presencia de distintos pensamientos durante situaciones en las que el participante manifiesta un estado anímico triste o deprimido.

Análisis estadístico

Los datos fueron analizados utilizando el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS versión 22).

En primer lugar, se realizó un análisis descriptivo de las tres variables de estudio: apego, pensamiento rumiativo y pensamiento referencial.

En la variable apego, se efectuó un análisis de frecuencias. Conforme a la hipótesis planteada, la variable apego se dicotomizó en estilo preocupado y el resto de los estilos, ya que el fin era analizar si la presencia del apego preocupado era mayor en la muestra clínica con respecto a la muestra control.

Para las variables pensamiento rumiativo y pensamiento referencial se analizó la dispersión de las puntuaciones en los tres grupos de sujetos (pacientes aptos para cirugía bariátrica; pacientes no aptos para cirugía bariátrica; grupo control), a través de un diagrama de caja y patilla.

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis comparativo para la variable apego, con el fin de conocer el grado en que el total de los pacientes obesos mórbidos se diferenciaban de los individuos de la muestra control, al igual que entre el grupo apto para la cirugía y no apto. Para ello, se utilizó el estadístico Chi cuadrado (χ^2). Para conocer el tamaño del efecto se calculó la V de Cramer.

Con las otras dos variables, se realizó un análisis comparativo, cuyo objetivo era conocer el grado de diferenciación entre las muestras clínicas y la muestra control, y, posteriormente, dentro de la muestra clínica entre el grupo apto y no apto para la intervención. Previo a esto, se realizaron dos análisis: uno de la normalidad y otro de la homocedasticidad de las variables pensamiento rumiativo y referencial, para posteriormente aplicar a los datos el estadístico más adecuado a sus características. Para el análisis de la normalidad, se empleó el estadístico Kolmogorov-Smirnov, mientras que para el análisis de la homogeneidad de las varianzas, se aplicó la prueba de Levene. Una vez concluida tanto la normalidad como la homocedasticidad, para la variable pensamiento rumiativo, al existir homocedasticidad, se aplicó la prueba paramétrica F de ANOVA, para observar la comparación entre los tres grupos. En cambio en la variable pensamiento rumiativo, al no cumplirse el supuesto de homocedasticidad, se empleó la prueba no paramétrica F de ANOVA de Welch.

Para los análisis comparativos, el nivel de riesgo asumido en las diferentes pruebas estadísticas aplicadas fue de $\alpha = 0.05$.

Resultados

Para los análisis estadísticos de la variable dependiente apego (tabla 1), se unificaron los valores “huidizo temeroso”, “huidizo alejado” y “seguro” en la categoría “resto” y se conservó el valor “preocupado”. En la siguiente tabla se pueden ver las frecuencia en porcentajes para el estilo de apego tanto en las muestras clínicas como en la control, donde se observa una diferencia de más del 30% entre el grupo control y el grupo que presenta obesidad mórbida,

Tabla 1. Porcentajes de sujetos de los estilos de apego preocupado y el resto de estilos de apego (huidizo temeroso, huidizo alejado y seguro) en las muestras clínica (aptos y no aptos para la cirugía bariátrica) y control.

	Apego preocupado	Resto de estilos de apego
Aptos para cirugía	40.5 %	59.46 %
No aptos para cirugía	51.56 %	48.44 %
Grupo control	15.79 %	84.21 %

adquiriendo este último mayor prevalencia de apego preocupado ($\chi^2_{(2,252)} = 27.436, p < 0.001$ y V de Cramer = 0.311, en el límite entre nulo y bajo).

En la tabla 2 se muestra las medias, desviaciones típicas y estadísticos de contraste de la variable pensamiento rumiativo. El ANOVA detectó diferencias significativas entre los tres grupos ($F = 2.474, p = 0.086$). La prueba de Bonferroni mostró diferencias significativas entre el grupo control y el grupo no apto ($DM = 14.312, p < 0.001$) y entre el grupo apto y no apto ($DM = 10.706, p < 0.001$), con un tamaño del efecto (R^2) alto.

En la tabla 3 se muestran las medias, desviaciones tipo y estadísticos de contraste de la variable pensamiento referencial. Para la variable pensamiento referencial, ya que no se cumplió el supuesto de homocedasticidad según la prueba de Levene, se optó por la prueba no paramétrica F de ANOVA de Welch, que encontró diferencias significativas entre los tres grupos ($F = 21.270, p < 0.001$). El análisis de las comparaciones múltiples se efectuó mediante la prueba de Games-Howell, que mostró significativas diferencias de medias (DM) entre el grupo control y el grupo apto ($DM = 2.871, p = 0.002$), entre el grupo control y el no apto ($DM = 6.493, p < 0.001$) y entre el grupo apto y no apto para cirugía ($DM = 3.622, p = 0.005$). El tamaño del efecto medido con la R^2 fue mediano.

Tabla 2. Medias, desviaciones tipo y contraste entre grupos (aptos y no aptos para la cirugía bariátrica y grupo control) en la variable pensamiento rumiativo (perdidos 2.7 %).

	N	M	DT	Contraste
Aptos	87	40.65	14.29	$F(2,279) = 24.97$
No aptos	72	51.36	14.87	$p < 0.001$
Control	123	37.04	12.68	$R^2 = 0.32$

Tabla 3. Medias, desviaciones tipo y contraste entre grupos (aptos y no aptos para la cirugía bariátrica y grupo control) en la variable pensamiento referencial (perdidos 10.2 %).

	N	M	DT	Contraste
Apto	85	5.90	6.88	$F_{(2,137,924)} = 26.12$
No Apto	73	9.52	7.26	$P < 0.001$
Control	118	3.03	4.17	$R^2 = 0.12$

Discusión

Los resultados muestran una mayor proporción de apego preocupado en la muestra clínica, existiendo una prevalencia en los pacientes no apto para la cirugía. Con estos datos se hace más probable la relación entre el apego inseguro, concretamente el estilo preocupado, y la obesidad. Esto es debido a la no presencia de un vínculo emocional con sus progenitores, que da lugar a la aparición de la obesidad (Cortez, 2015) y a personas con una baja autoestima y alta dependencia, sintiéndose con la necesidad de aprobación de los demás (Romero-Moreno *et al.*, 2015). Este estilo de apego puede generar dificultades en los individuos a la hora de verse con la capacidad para establecer relaciones sociales (Gómez y Lino, 2015), lo que genera ansiedad, y con ello la dejadez del físico, dando la entrada a un TCA u obesidad (Veses, 2015). Por ello las personas no aptas para la cirugía, al tener un estilo de apego más preocupado, poseen un cuadro ansioso-depresivo. El apego preocupado, predisponente de la enfermedad, está marcado por presencia de atracones, siendo mayores, como reflejan los resultados, en los pacientes no aptos (Pace, Cacioppo y Schimmenti, 2012).

Este estilo de apego puede justificar, a su vez, los resultados obtenidos en la variable pensamiento referencial, ya que se ha extraído que existen diferencias significativas entre los tres grupos existentes, siendo la prevalencia de pensamiento referencial en el grupo no apto. Este tipo de pensamiento se relaciona con la baja autoestima que poseen los individuos (Mazagatos, Ingles-Borda y López-Picado, 2015) y en este caso mayor en las personas no aptas para la cirugía, debido a que al poseer un estilo de apego preocupado, donde destaca la baja autoestima, este puede dar paso a la presencia de este tipo de pensamientos. Sintiendo las personas que padecen obesidad con una mala valoración sobre su imagen corporal y un sentimiento de fracaso (Lezenweger, Bennett y Lilenfeld, 1997).

En cuanto a la variable pensamiento rumiativo, se detecta diferencias en el grupo de pacientes no apto con respecto al otro grupo perteneciente a la muestra clínica y el grupo control, siendo menor la presencia de este tipo de pensamiento en estos dos últimos grupos. Esto puede ser debido a la existencia de ansiedad y depresión en aquellas personas que presentan desórdenes alimenticios, al igual que la rumiación, siendo más presente en los individuos que presentan TCA u obesidad (Rodríguez-Testal *et al.*, 2012), ya que tienen el pensamiento de no poder alcanzar el peso que desean (Startup *et al.*, 2013). Esta presencia de pensamiento rumiativo puede estar relacionado, a su vez, con la variable apego debido a que este estilo de apego preocupado genera ansiedad en los individuos, pudiendo ser patológica y con ello dando lugar a la aparición de este pensamiento.

Los resultados de este estudio parecen confirmar la mayor presencia de un estilo de apego preocupado en

aquellos individuos pertenecientes a la muestra clínica, respecto al grupo control. De igual manera, con las otras dos variables, existe mayor presencia de pensamiento referencial y rumiativo en la muestra clínica, aunque en este caso, prevalece en el grupo de pacientes no aptos para la cirugía bariátrica.

Referencias

- Arias, A.R. (2015). Los cuidados maternos y su relevancia en la salud mental: efectos de la primera experiencia vinculación del sujeto. *Revista Electrónica Psyconex*, 7 (11), 1-16.
- Baile, J.I y González M.J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 32 (2), 253-261.
- Bowlby, J. (2006). *Vínculos afectivos. Formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Cortez, M. (2015). Dimensiones de la personalidad y trastornos de la conducta alimentaria en estudiantes de Enfermería Técnica. *Revista Ciencia y Tecnología*, 11 (2), 125-138.
- Dixon, J.B, Laurie, C.P, Anderson M.L, Hayden M.J, Dixon M.E y O'Brien P.E. (2009). Motivation, readiness to change, and weight loss following adjustable gastric band surgery. *Obesity*, 17 (4), 698-705.
- Floody, P.D., Navarrete, F.C., Mayorga, D.J., Jara, C.C., Campillo, R.R., Poblete, A.O. y 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 (5), 2011-2016.
- Gómez, I. y Lino, J.G. (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*. [<http://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/2150>].
- Hervás G. (2008). Adaptación al castellano de un instrumento para evaluar el estilo rumiativo: la escala de respuestas rumiativas. *Revista de Psicopatología Clínica*, 13, 111-121.
- Lezenweger, M.F, Bennett, M.E y Lilenfeld, L.R. (1997). The referential thinking scale as a measure of schizotypy: Scale development and initial construct validation. *Psychological Assessment*, 9, 452-463.
- Lin, H.Y., Huang, C.K., Tai, C.M., Lin, H.Y., Kao, Y.H., Tsai, C.C. y Yen, Y.C. (2013). Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*, 13 (1), 1.
- Lucena, G., Cifre, I., Garayoa, J.A.C. y Aragonés, E. (2015). Perfil Clínico de Apego (PCA): elaboración de un sistema de categorías para la evaluación del apego. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 33 (1), 57-68.

- Lunn, S., Poulsen, S. y Daniel, S.I. (2012). A multiple case study of psychoanalytic therapies for clients with bulimia nervosa. *Nordic Psychology*, 64 (2), 87-102.
- Mazagatos, B., Ingles-Borda, S. y López-Picado, A. (2015). El cuerpo como objeto de deseo en obesos mórbidos con antecedentes de abuso sexual. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 35 (126), 267-275.
- Melero, R. y Cantero, M. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clinica y Salud*, 19 (1), 83-100.
- Nolen-Hoeksema, S. y Morrow, J.A. (1991). Prospective study of depression and posttraumatic stress symptoms after natural disaster. The 1989 Loma Prieta earthquake. *Journal of Abnormal Personality and Social Psychology*, 61, 115-121.
- Pace, U., Cacioppo, M. y Schimmenti, A. (2012). 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*, 43, 282-292.
- 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. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 13 (3), 64-74.
- Rodríguez-Testal J.F., Senín, C., Perona, S., Ruíz-Veguilla, M. y Fernández-Jiménez, E. (2012). Predictores del pensamiento referencial: análisis de sujetos clínicos y controles. *Annuary of Clinical and Health Psychology*, 8, 47-57.
- Romero-Moreno, R., Márquez-González, M., Losada, A., Fernández-Fernández, V. y Nogales-González, C. (2015). Rumiación y fusión cognitiva en el cuidado familiar de personas con demencia. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 50 (5), 216-222.
- Sánchez, S., Arias, F., Gorgojo, J.J. y Sánchez, S. (2009). Evolución de alteraciones psicopatológicas en pacientes con obesidad mórbida tras cirugía bariátrica. *Medicina Clínica*, 133 (6), 206-2012.
- Senín, C. y Rodríguez-Testal, J.F. (2012). *Estudio clínico del pensamiento referencial. Análisis psicopatológico y psicométrico*. Editorial Académica Española.
- Senín, C., Rodríguez-Testal, J.F. y Perona, S. (2016). Las ideas de referencia y la preocupación por su presencia: estudio sobre su relevancia para la caracterización de las psicosis. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 7 (1), 1-8.
- Startup, H., Lavender, A., Oldershaw, A., Stott, R., Tchanturia, K., Treasure, J. y Schimdt, U. (2013). Worry and rumination in anorexia nervosa. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 41, 301-316.
- Torres, R. y De las Nieves, M. (2015). *Relación entre obesidad, adherencia a la dieta mediterránea, autoestima y actividad física en escolares de 6° de Primaria*. [URI: <http://hdl.handle.net/10481/40486>].
- Velao, M., San, M., Torres-Pardo, B., Ancín, I., Cabrerizo, L., Rubio, M. A. y Barabash, A. (2012). Perfiles de personalidad en sujetos obesos y control medidos con cinco escalas estandarizadas de personalidad. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 40 (5), 266-274.
- Veses, A.M. (2015). *Factores implicados en el desarrollo de los trastornos del comportamiento alimentario en adolescentes españoles*. Tesis Doctoral presentada en la Facultad de Ciencias Biológicas de la Universidad Complutense de Madrid [<http://eprints.ucm.es/34267/1/T36673.pdf>].

