

## DESCRIPCIÓN DEL PERFIL PSICOLÓGICO DEL PACIENTE BARIÁTRICO: OBESIDAD INFANTIL, APEGO Y SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA

### BARIATRIC PATIENT'S PSYCHOLOGICAL PROFILE: A DESCRIPTION. CHILDHOOD OBESITY, ATTACHMENT AND SATISFACTION WITH THEIR COUPLE RELATIONSHIP

PAOLA MERINO DÍAZ<sup>1</sup>, M. MAR BENÍTEZ-HERNÁNDEZ<sup>1</sup>,  
M. ÁNGELES ARIAS<sup>1</sup>, MERCEDES BORDA MAS<sup>1</sup> Y  
ASUNCIÓN LUQUE-BUDIA<sup>2</sup>

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Merino Díaz, P., Benítez-Hernández, M. M., Arias, M. A., Borda Mas, M. y Luque-Budia, A. (2020). Descripción del perfil psicológico del paciente bariátrico: Obesidad Infantil, Apego y satisfacción de la relación de pareja [Bariatric patient's psychological profile: a description. Childhood Obesity, Attachment and Satisfaction with their Couple Relationship]. *Acción Psicológica*, 17(2), 25–42. <https://doi.org/10.5944/ap.17.2.27437>

#### Resumen

La obesidad ha alcanzado en los últimos años proporciones epidémicas, erigiéndose como la tercera causa de muerte en los países desarrollados. Frente a ello, la cirugía bariátrica se ha impuesto como tratamiento de elección debido a su eficacia. Sin embargo, un porcentaje significativo de pacientes presentan resultados subóptimos, cuestionando la eficacia del mismo. Por ello, resulta necesario investigar los distintos perfiles de pacientes con obesidad mórbida para determinar qué variables psicológicas atentan contra la idoneidad de la

cirugía, y poder así, desarrollar tratamientos alternativos más eficaces. El presente estudio analiza el perfil de 411 pacientes con obesidad mórbida, candidatos a cirugía bariátrica, del hospital Virgen del Rocío, para determinar si: la historia de obesidad infantil, el apego y la satisfacción de la relación de pareja, son características que influyen en la idoneidad para la cirugía. Los datos se obtuvieron mediante plantillas sociodemográficas y clínicas, el Cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero, 2008) y una escala de medición de la satisfacción de la relación de pareja. Tras el análisis estadístico de los datos mediante el SPSS, el estudio concluyó que los sujetos no aptos, presentaban en mayor medida historias de obesidad infantil, un estilo de apego inseguro y un

**Correspondence address [Dirección para correspondencia]:** Paola Merino Díaz; Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla, España.

**Email:** [paola.merino.diaz@gmail.com](mailto:paola.merino.diaz@gmail.com)

**ORCID:** Paola Merino Diaz (<https://orcid.org/0000-0001-8007-9633>), M<sup>a</sup> del Mar Benítez Hernández (<https://orcid.org/0000-0001-8958-0344>), M<sup>a</sup> Angeles Arias (<https://orcid.org/0000-0001-5885-2917>), Mercedes Borda Mas (<https://orcid.org/0000-0002-6891-8374>) y Asunción Luque Budia (<https://orcid.org/0000-0002-1182-1299>).

<sup>1</sup> Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla, España.

<sup>2</sup> Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, España.

Recibido: 20 de junio de 2020.

Aceptado: 10 de noviembre de 2020.

menor nivel de satisfacción en su relación de pareja, siendo más notable en el caso de las mujeres. Atendiendo a estos resultados, parece necesario seguir investigando qué variables psicológicas conforman el perfil del paciente obeso, para poder desarrollar tratamientos complementarios o incluso alternativos, a la cirugía bariátrica, y asegurar así una mayor eficacia en la lucha contra la obesidad.

**Palabras clave:** cirugía bariátrica; obesidad infantil; estilo de apego; género; orientación diagnóstica; satisfacción de la relación de pareja.

### Abstract

Obesity has reached epidemic proportions in recent years, being the third cause of death in developed countries. Although bariatric surgery seems to be the most effective method, a significant percentage of patients have suboptimal results. As a preventive measure, patients are previously evaluated to determine if they are suitable for surgery. The present study examines if the story of childhood obesity, the attachment and the satisfaction in the romantic relationship, are related with the diagnosis orientation. The sample was composed by 411 patients with morbid obesity, candidates for bariatric surgery, from the Hospital Virgen del Rocío in Seville. The data were obtained through sociodemographic and clinical templates, the Adult Attachment Questionnaire (Melero & Cantero, 2008) and a scale of the relationship satisfaction. The study concluded that the unsuitable subjects had in a larger proportion a story of childhood obesity, have an insecure attachment style and a lower level of satisfaction in their relationship, being more notable in the case of women. Therefore, it is necessary to continue investigating the psychological variables related to obesity in order to address these aspects in the preoperative phase through psychological treatments, to ensure a greater effectiveness in the fight against the obesity.

**Keywords:** bariatric surgery; childhood obesity; attachment style; gender; diagnostic orientation; couple relationship satisfaction.

### Introducción

Si hasta el siglo XXI, la desnutrición constituía uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, actualmente, con una estimación del 30 % de la población mundial, el sobrepeso y la obesidad superan en número a las personas desnutridas (Min et al., 2017). Desde 1975 la prevalencia se ha triplicado (Giampaoli y Vannucchi, 2016), y se prevé que en el 2030 afectará al 50 % de la población (Andolfi y Fisichella, 2018). En el caso particular de la obesidad, en los últimos 30 años, se ha duplicado la cifra de adultos y niños –6-11 años– afectados y se ha triplicado entre los adolescentes –12-19 años– (Stevens, 2017). Cifras que han valido a la OMS para alertar de que se han alcanzado proporciones epidémicas (Jaacks et al., 2019).

Más de 30 patologías medicas diferentes (cardiovasculares, endocrinas, metabólicas...) se correlacionan con la obesidad (Apovian, 2016), posicionándose, con 2.8 millones de muertes al año, como la tercera causa de muerte en las sociedades occidentales (Shekar y Popkin, 2020). En el 2013, la Asociación Médica Americana reconoció la obesidad como un estado de enfermedad, que debía de ser tratado como tal (Upadhyay et al., 2018).

El principal instrumento de medición que se emplea para determinar el grado de obesidad, es el índice de masa corporal (IMC). Parámetro antropométrico que relaciona el peso y la estatura (kg/m<sup>2</sup>) de una persona, obteniendo una estimación ajustada, generalmente, de la grasa corporal. Mientras que un IMC de entre 18.5 a 24.9 se considera normopeso y 25-29.9 sobrepeso, a partir de 30-39.9 se habla de obesidad, y se asocia con una reducción de entre 2-4 años de la esperanza de vida, la cual llega a disminuir incluso 8-10 años en el caso de la obesidad mórbida (IMC  $\geq$  40; Jura y Kozak, 2016).

Dada su alta prevalencia y la amplia lista de enfermedades comórbidas, la obesidad ha provocado el aumento exponencial de la atención médica necesaria. En España, el sobrecoste asciende a 2800 millones de euros anuales, representando el 7 % del gasto sanitario nacional. El 70 % de los hombres y 50 % de las mujeres en edad adulta, tienen exceso de peso, y el 18 % y 17 %, respectivamente, son obesos. Ello supone el aumento del 20 % del gasto sanitario per capita, pues el coste sanitario de una persona

con obesidad se triplica. Mientras que el absentismo laboral asociado, provoca pérdidas que ascienden a 140000 millones de euros (La Razón, 2019).

Aunque parecen ser múltiples los factores que contribuyen al desarrollo de la obesidad –genéticos, ambientales, conductuales...– (Davis et al., 2017), en última instancia, es el desequilibrio entre un exceso en el consumo de energía (ingesta dietética) en relación con el gasto energético (energía utilizada en actividad metabólica y física), lo que mantenido en el tiempo provoca el exceso de adiposidad (Funk et al., 2016).

Sin embargo, abordar el tratamiento de la obesidad exclusivamente desde esta óptica, puede conducir a asumir de manera reduccionista, que se trata de un problema de «fuerza de voluntad», en tanto a la incapacidad de mantener un estilo de vida saludable. Muchos profesionales, mantienen esta visión estigmatizada (Puhl et al., 2020) a pesar del aumento sustancial de los ratios de obesidad. En consecuencia, el tratamiento prescrito se ha limitado a una dieta hipocalórica, ejercicio físico y/o fármacos (Tsai, 2019).

No obstante, las tasas de abandono frente a este tratamiento son altas (Fitzpatrick et al., 2016) y sólo entre el 20-30% de los pacientes que bajan de peso logran mantenerlo (Robert et al., 2019).

Ante los casos más graves y persistentes, de pacientes con un IMC  $\geq 40\text{kg/m}^2$  o superior a  $35\text{kg/m}^2$ , pero con comorbilidades físicas, se opta por la cirugía bariátrica (De Luca et al., 2016). La eficacia de este procedimiento ha sido ampliamente probada tanto para la obtención de una reducción del peso significativa (de hasta un 80 %) mantenida en el tiempo, como en la mejora de los problemas de salud comórbidos (Moris et al., 2018). Lo que le ha valido para ser señalada como el tratamiento más eficaz (Panteliou y Miras, 2017).

Aun así, el 20-30 % de los pacientes intervenidos recuperan una parte sustancial (sino todo) del peso inicial, aproximadamente 2 años después (Ghaferi y Varban, 2018), y aunque se produce una mejora significativa en la calidad de vida tras la intervención (Mazer et al., 2017), hay cada vez más pruebas que sugieren la presencia de

malestar psicológico a largo plazo (Griauzde et al., 2018). Lo que sugiere que posiblemente sean factores psicológicos, los que determinan en última instancia el éxito postoperatorio.

Actualmente, en ausencia de predictores psicológicos, la única medida preventiva es la exclusión de pacientes que presenten otros trastornos psicopatológicos comórbidos (Sogg et al., 2016). Sin embargo, las investigaciones al respecto, no han encontrado una clara asociación entre la pérdida de peso postoperatoria y las condiciones de salud mental previas (Sarwer y Heinberg, 2020).

Respecto a la direccionalidad de esta relación, tampoco se sabe aún si la obesidad propicia sufrir otras alteraciones psicopatológicas, o si por el contrario es la consecuencia. Posiblemente ambas relaciones coexistan, de manera que sea la reconstrucción de la historia de vida del paciente lo que permita diseñar un abordaje personalizado (Wadden y Bray, 2018).

Carr y Epstein (2020) identificaron en niños con sobrepeso, que las vías neurales de recompensa estaban alteradas y eran responsables de que consumiesen porciones más grandes y de alimentos más calóricos. Pero, estas conductas desadaptativas no pueden entenderse de manera aislada, pues se enmarcan dentro del sistema familiar.

En línea con esta idea, la Teoría del Apego especula que la calidad de las experiencias tempranas de los niños con sus cuidadores, determinan la regulación emocional y conductual posterior que tendrá el sujeto, incluyendo la conducta alimentaria (Kong et al., 2019). Entre los cuatro estilos de apego que diferenció Bowlby (1982), el apego inseguro parece correlacionar claramente con la obesidad, donde la inconsistencia de la figura de apego en su disponibilidad física y emocional, provoca un empobrecimiento de la regulación emocional –siendo lo opuesto al apego seguro– (Saltzman et al., 2017). La comida gracias a su disponibilidad y carácter hedónico, se convierte en un mecanismo para interrumpir del afecto negativo (Herle et al., 2018), provocando además alteraciones en el circuito mesolímbico similares a las de los trastornos adictivos (Burrrows et al., 2017).

Ante esta explicación del desarrollo de la obesidad, cabría pensar que la existencia de factores protectores como el apoyo social, considerado uno de los principales determinantes de la salud física y mental, podrían evitar estas conductas desadaptativas (Altan-Atalay, 2019). Pero en el caso de los sujetos con un estilo de apego inseguro, se observa que tienden a percibir de manera sesgada e incluso negativa, el apoyo social del que disponen (Gökdağ, 2021) y aun cuando es percibido positivamente, no es eficaz ni suficiente para reducir el malestar, pues los mecanismos subyacentes son fisiológicos (Lewczuk et al., 2018).

Generalmente el estilo de apego se mantiene estable en la edad adulta y se perpetua transgeneracionalmente (Booth-LaForce y Roisman, 2019). La aparición de sobrepeso en la infancia que supone un riesgo para el bienestar y desarrollo normativo, compromete el ajuste psicosocial y académico (Jackson, 2016) y facilita un efecto halo estigmatizante, en el que el entorno del niño atribuye al mismo otras cualidades poco deseables (Small y Aplasca, 2016).

La suma de experiencias de rechazo, refuerzan el apego inseguro, propiciando el desarrollo de relaciones de dependencia emocional, o de evitación (Simpson y Rholes, 2017). Además, las investigaciones muestran que se elige, de manera más o menos inconsciente a parejas que confirman las expectativas del sistema de apego (Beeney et al., 2019). De modo que, aquellos con apego inseguro tenderán a elegir parejas que confirmen la inconsistencia en su disponibilidad. Asimismo, el apego influye en la dinámica de pareja, y el estilo inseguro, parece predisponer a la intensificación de enfrentamientos y dificultad en la resolución (Feeney y Karantzas, 2017). Esto, unido a la incapacidad para percibir a la pareja como fuente de seguridad, convierten las relaciones de pareja en un potencial estresor y factor de riesgo (Simpson y Rholes, 2017).

En definitiva, la situación problemática en la que se enmarca la obesidad, hace necesario determinar qué variables psicosociales inciden en la patología, a fin de poder diseñar programas de intervención que aborden las raíces psicológicas y dinámicas de la patología, entendiéndose así la obesidad como síntoma de un cuadro más complejo.

Así pues, el presente estudio tiene el objetivo de contribuir a la descripción del perfil psicológico del paciente bariátrico, explorar la posible relación entre la obesidad y: el estilo de apego, la historia de obesidad infantil y el nivel de satisfacción de la relación de pareja. Considerándose en todos los casos, el posible efecto modulador de la variable sexo.

La elección de estas variables se justifica en el hecho de que, el estilo de apego inseguro, es un factor de riesgo para la obesidad, en tanto que predispone a la obesidad infantil e incide en la calidad de las relaciones de pareja. Siendo, además, estas dos últimas variables (obesidad infantil y satisfacción de la relación de pareja) relevantes por sí mismas en la descripción psicológica de los pacientes con obesidad mórbida.

La hipótesis previa al respecto es que, en el grupo clínico, candidato a cirugía bariátrica (aptos/no aptos), habrá una mayor proporción de participantes con historias de obesidad infantil, apego inseguro, y con una menor satisfacción en sus relaciones de pareja, en comparación al grupo control. Siendo, además, más acusada dicha tendencia en el grupo clínico de «no aptos» para la cirugía bariátrica, y aún más notable en el caso de las mujeres.

## Método

### *Participantes*

La muestra se compuso de 441 participantes, residentes en la localidad de Sevilla, que fueron seleccionados mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia.

Gracias a un acuerdo preexistente con el Hospital Virgen del Rocío se accedió, en primer lugar, a los 259 pacientes con obesidad mórbida ( $IMC > 40\text{kg/m}^2$ ) que en ese momento eran candidatos a cirugía bariátrica, y que conformaron el grupo clínico. Tras la exploración de sus características demográficas, se creó un grupo control formado por 152 sujetos de la población general con normopeso ( $IMC < 30\text{kg/m}^2$ ), que se presentaron voluntarios y que fueron seleccionados de acuerdo a sus semejanzas so-

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.

		Apto		No Apto		Control		Total	
<b>Edad (media)</b>		22-63 años		20-60 años		20-27 años			
<b>Peso (medio)</b>		129.21kg		130.76kg		69.43kg			
		<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Hombre	56	31.5%	22	27.2%	49	30.6%	127	30.3%
	Mujer	122	68.5%	59	72.8%	111	38.0%	292	69.7%
<b>Nivel Estudios</b>	Primarios	72	45.9%	42	55.3%	51	32.7%	165	42.4%
	Medios	53	33.8%	22	28.9%	57	36.5%	132	33.9%
	Superiores	27	17.2%	11	14.5%	46	29.5%	84	21.6%
	Sin estudios	5	3.2%	1	1.3%	2	1.3%	8	2.1%

ciodemográficas (a excepción del peso) con el grupo clínico. Tanto la distribución de la muestra como las características sociodemográficas exploradas se representan en la Tabla 1.

El grupo clínico, se subdividió a su vez en dos grupos, de acuerdo a la aptitud para la cirugía: 178 participantes fueron considerados aptos y 81 participantes como no aptos. Los criterios de exclusión para ser intervenidos quirúrgicamente fueron la presencia de otras comorbilidades médicas o psicopatológicas que pudiesen afectar negativamente a la operación.

### Instrumentos de evaluación

**Historias clínicas** (Apéndice C). Treinta y cuatro ítems que recogen información de carácter: clínico (IMC, antecedentes psicopatológicos, obesidad infantil...); sociodemográfico y otros datos de interés como el apoyo familiar percibido. El test se completaba en 5-10 minutos de manera autoadministrada, obteniéndose así la información referida a la variable «historia de obesidad en la infancia».

**Cuestionario de Apego Adulto** (Melero y Cantero, 2008) –ver Apéndices D y E–. Permite establecer el estilo de apego del sujeto. Consta de 40 ítems agrupados en cuatro factores que miden las diferentes dimensiones del apego. La escala de respuesta es de tipo Likert de 6 puntos, donde 1 corresponde con «nada de acuerdo» y 6 con «muy de acuerdo». De carácter autoadministrable, se completa en 5-10 minutos. Permite diferenciar cuatro estilos de

apego: seguro (puntuación muy alta en la escala 3 y muy bajas en el resto); inseguro-temeroso (puntuación alta/muy alta en las escalas 1, 2 y 4 y baja en la escala 3); inseguro-preocupado (puntuación muy elevada en la escala 1 y moderadas en el resto); e inseguro-alejado (con altas puntuaciones en la escala 4 y bajas-moderadas en el resto). Los factores tienen un índice de fiabilidad de .86, .80, .68 y .77 respectivamente, según la evaluación del coeficiente «alpha de Cronbach». Mientras que, la validez del instrumento, correlaciona positivamente con el CR (Cuestionario de Relación).

**Escala de Satisfacción de la Relación de Pareja** (Apéndice F). Escala Likert, elaborada ad hoc, mediante la que se recoge el grado de felicidad que el sujeto experimenta en cuanto a su relación de pareja, donde 1 es muy desgraciada y 7 radiante.

### Procedimiento

Para la recogida de datos de este estudio exploratorio, se planteó un diseño no-experimental o correlacional ex post facto y de carácter transversal.

De acuerdo a la ley de protección de datos (Artículo 7, de la Ley 41/2002 [BOE, 2002]), los facultativos del Hospital se encargaron de suministrar los instrumentos entre los pacientes del grupo clínico y de diferenciar posteriormente aquellos pacientes «aptos» y «no aptos» para someterse a la cirugía.

Previamente a la administración de los instrumentos, todos los participantes fueron informados sobre las condiciones de la investigación y derechos de confidencialidad y protección de datos, recogidos por escrito en los Apéndices A y B.

Los sujetos del grupo control fueron elegidos mediante un muestreo no probabilístico intencional, en base a las variables sociodemográficas exploradas (sexo, edad y nivel de estudios) en el grupo clínico, de modo que se distribuyeran de forma similar, y se pudiese asegurar el balanceo entre los mismos, para controlar el posible efecto de variables extrañas. Además, la administración de los cuestionarios y la recogida de datos fue llevada a cabo por un grupo de investigadores entrenados pero ajenos al presente estudio.

### *Análisis de datos*

El procesamiento de los datos se efectuó mediante el programa IBM SPSS Statistics versión 22.0 para Windows, especificando un nivel de significación de 0.05. Para el análisis de la potencia estadística, se usó el programa G\*Power 3, considerándose como parámetro un mínimo del 80 % ( $1-\beta = .80$ ) de potencia estadística, tal y cómo se recomienda, a fin de evitar cometer un error de Tipo II (Marino, 2018).

Se calcularon los estadísticos descriptivos de la muestra y se analizaron las propiedades psicométricas del test, específicamente, la normalidad y homocedasticidad de las variables, mediante las pruebas Kolmogorov y Levene,

respectivamente. Dado que las variables evaluadas, no se distribuían normalmente, se decidió utilizar estadística no paramétrica para responder a las hipótesis. Para contrastar las hipótesis indicadas, se comprobó si había diferencias entre los pacientes bariátricos “aptos” y los “no aptos” en todas las variables anteriormente mencionadas y si había diferencias de género.

Para analizar la relación entre la historia de obesidad infantil y la orientación diagnóstica se empleó la prueba Chi Cuadrado de manera doble y separada diferenciando así entre hombres y mujeres. Para considerar significativas las diferencias, se tomó  $p < 0.05$ . Mientras que el tamaño del efecto, fue medido a través del coeficiente de contingencia de Pearson (1909).

De igual manera, a través de las pruebas de Chi Cuadrado (separando hombres y mujeres) y el coeficiente de contingencia de Pearson, se estudió la relación entre el estilo de apego de los sujetos y su orientación diagnóstica.

En ambos casos, tanto en el análisis de la obesidad en la infancia como en el estudio del estilo de apego, tras llevar a cabo las pruebas de Chi Cuadrado, se procedió a calcular los valores z corregidos, con el fin de proveer un análisis más completo.

Finalmente, se llevó a cabo un ANOVA para estudiar la relación entre la satisfacción en la relación sentimental y la orientación diagnóstica. El grupo control fue omitido al no disponerse de los datos suficientes. Las diferencias en las relaciones fueron consideradas significativas

**Tabla 2.**

*Tabla cruzada obesidad en la infancia y orientación diagnóstica en ambos sexos.*

	Candidatos a cirugía	Obesidad en la infancia					
		Sí		No		Total	
		f	%	f	%	f	%
Hombre	Apto	31	55.4 %	25	44.6 %	56	100 %
	No Apto	11	52.4 %	10	47.6 %	21	100 %
	Control	5	10.4 %	43	89.6 %	48	100 %
Mujer	Apto	68	55.7 %	54	44.3 %	122	100 %
	No Apto	35	59.3 %	24	40.7 %	59	100 %
	Control	8	7.2 %	103	92.8 %	111	100 %

cuando  $p < 0.05$ . Eta parcial al cuadrado ( $\eta_p^2$ ) fue usado como medida del índice de tamaño de efecto.

## Resultados

### Relación entre la historia de obesidad infantil y la orientación diagnóstica

Los resultados mostraron una relación estadísticamente significativa entre la obesidad infantil y la orientación diagnóstica tanto en hombres como en mujeres, con un tamaño de efecto en ambos casos medio-alto. La proporción de sujetos con historias de obesidad infantil fue mayor en los pacientes del grupo clínico, en comparación al grupo control (Tabla 2) respaldada por una potencia estadística de  $1 - \beta = .991$ . Para un análisis más completo se calculó los valores z corregidos (Tabla 3).

**Tabla 3.**

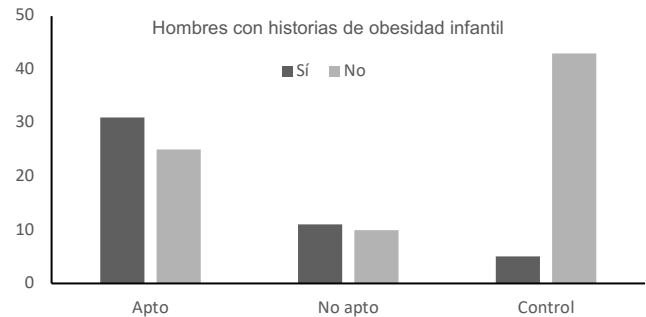
Valores z corregidos para la variable Obesidad Infantil y orientación diagnóstica según el sexo.

	Candidatos a cirugía	Obesidad en la infancia	
		Sí	No
Hombre	Apto	3.7	-3.7
	No Apto	1.5	-1.5
	Control	-5.0	5.0
Mujer	Apto	5.3	-5.3
	No Apto	3.8	-3.8
	Control	-8.5	8.5

Las Figuras 1 y 2 muestran gráficamente la distribución de la variable.

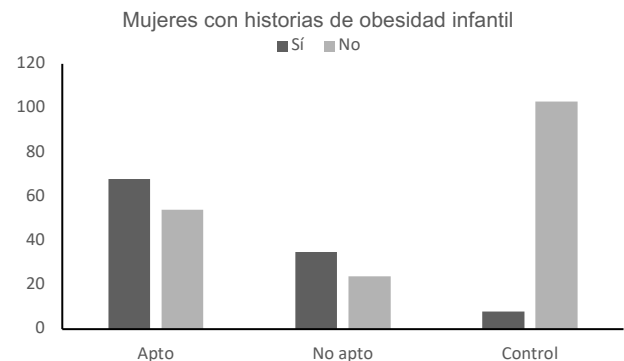
**Figura 1.**

Relación entre la presencia o ausencia de obesidad en la infancia y la Orientación Diagnóstica en hombres. Los datos están presentados en frecuencias.



**Figura 2.**

Relación entre la presencia o ausencia de obesidad en la infancia y la Orientación Diagnóstica en mujeres. Los datos están presentados en frecuencias.



### Mujeres

El valor obtenido mediante la prueba de Chi Cuadrado fue  $\chi^2_{(2,N=292)} = 72.340$ ,  $p < .001$  con una potencia estadística de  $C = .446$ . A través del cálculo de los valores z corregidos, se pudo comprobar que, en el grupo no apto, era notablemente superior la proporción de mujeres con obesidad en la infancia ( $zr = \pm 3.8$ ).

### Hombres

En el caso de los hombres, el valor que se obtuvo mediante el Chi Cuadrado fue  $\chi^2_{(2,N=125)} = 24.599$ ,  $p < .001$  con una potencia estadística de  $C = .406$ . Al calcular los

**Tabla 4.**

Datos descriptivos de la muestra para la variable Apego. Los datos están presentados como frecuencias y porcentajes.

	Candidatos a cirugía	Estilo de Apego				Total	
		Seguro		Inseguro		f	%
		f	%	f	%		
Hombre	Apto	30	58.8 %	21	41.2 %	51	100 %
	No Apto	8	42.1 %	11	57.9 %	19	100 %
	Control	24	55.8 %	19	44.2 %	43	100 %
Mujer	Apto	52	50.0 %	52	50.0 %	104	100 %
	No Apto	14	26.9 %	38	73.1 %	52	100 %
	Control	65	63.7 %	37	36.3 %	102	100 %

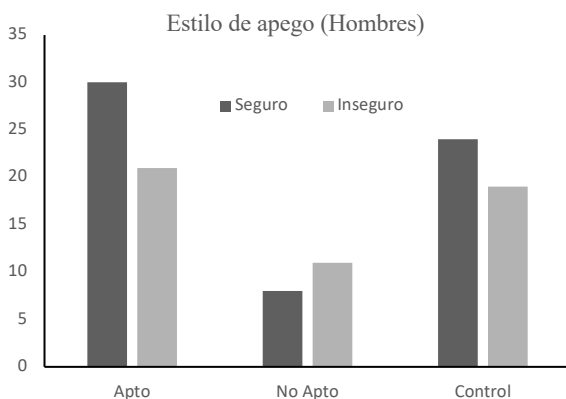
valores z corregidos se halló que la proporción de hombres con y sin obesidad en la infancia no difería de los distintos subgrupos clínicos –aptos/no aptos– ( $zr = \pm 1.5$ ).

### Relación entre el estilo de apego y la orientación diagnóstica

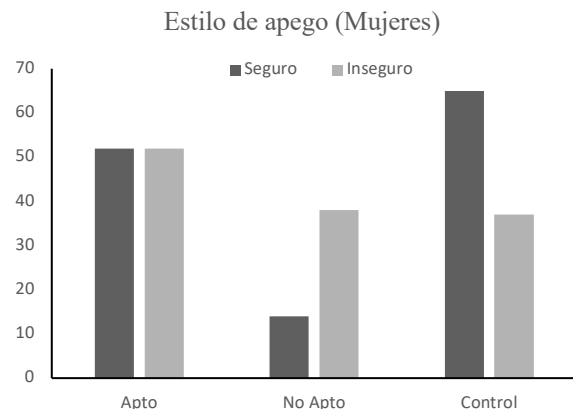
Tras realizar la prueba de Chi Cuadrado a los hombres del grupo clínico y control y paralelamente a las mujeres de los mismos grupos, se hallaron diferencias. El tamaño del efecto fue medio-bajo en el caso de las mujeres y bajo en los hombres, con una potencia estadística suficiente ( $1 - \beta = .965$ ). En ambos sexos la proporción de sujetos con apego inseguro fue superior en el grupo clínico “no apto”, en comparación al resto de condiciones (Tabla 4). Las Figuras 3 y 4 muestran gráficamente la distribución de la variable.

**Figura 3.**

Relación entre el estilo de Apego y la Orientación Diagnóstica en hombres. Los datos están presentados en frecuencias.

**Figura 4.**

Relación entre el estilo de Apego y la Orientación Diagnóstica en mujeres. Los datos están presentados en frecuencias.



#### Mujeres

La relación entre la orientación diagnóstica y el estilo de apego fue significativa  $\chi^2_{(2,N=258)} = 18.706$ ,  $p = .001$ , con una potencia estadística de  $C = .260$ .

En cuanto al estilo de apego seguro, tan sólo en el grupo control fue mayor la proporción de sujetos con dicho apego, mientras que, en el grupo clínico apto, las proporciones entre el estilo de apego seguro e inseguro estaban equiparadas.

#### Hombres

En el caso de los hombres, no se halló significancia estadística en el análisis de la relación entre el estilo de



apego y la orientación diagnóstica  $\chi^2_{(2,N=113)}=1.588$ ,  $p=.452$  con una potencia estadística  $C=.118$ .

En cuanto al apego seguro, la proporción de sujetos fue superior tanto en el grupo clínico apto como en el control, distribuyéndose la variable de forma similar.

### ***Relación entre la satisfacción con la relación de pareja y la orientación diagnóstica***

Los sujetos del grupo clínico apto mostraron una mayor satisfacción en sus relaciones de pareja, en comparación a los sujetos no aptos, siendo además mayor en el caso de los hombres, en ambos grupos diagnósticos (Tabla 5).

**Tabla 5.**

*Datos descriptivos de la muestra para la variable Satisfacción en la relación de pareja. Los datos están presentados como medias (M) y desviaciones tipo (DT).*

Satisfacción	Candidatos a cirugía			
	Apto		No apto	
Hombre	5.47	0.861	5.00	1.477
Mujer	5.08	1.319	4.65	1.562

En cuanto a la influencia de las variables (orientación diagnóstica y sexo) sobre la satisfacción de la pareja, los resultados del ANOVA, mostraron diferencias estadísticamente significativas y con un tamaño de efecto alto. Significancia que, sin embargo, no fue encontrada cuando se ponía en relación la orientación diagnóstica y la satisfacción de la relación de pareja mediada por la variable “sexo”.

## **Discusión**

El presente estudio se planteó como objeto contribuir a la descripción del perfil psicológico del paciente bariátrico, explorando la posible relación entre la obesidad y: el estilo de apego, una historia de obesidad infantil y el nivel de satisfacción de la relación de pareja. Considerándose en

todos los casos, el posible efecto modulador de la variable sexo.

Se partía de la hipótesis de que, en el grupo clínico, candidato a cirugía bariátrica, habría una mayor proporción de participantes con historias de obesidad infantil, apego inseguro, y con una menor satisfacción en sus relaciones de pareja, en comparación al grupo control. Siendo, además, más acusada dicha tendencia en el grupo clínico de “no aptos” para la cirugía bariátrica, y aún más notable en el caso de las mujeres.

Los resultados obtenidos confirmaron algunas de las hipótesis planteadas. Así, los sujetos del grupo clínico, mostraron una mayor prevalencia en cuanto a haber tenido obesidad en la infancia, tener un estilo de apego inseguro y niveles más bajos de satisfacción en sus relaciones de pareja.

En cuanto a la relación entre la obesidad infantil y la orientación diagnóstica, tal y como se había hipotetizado, el grupo clínico, mostró una mayor proporción de sujetos que habían padecido en la infancia obesidad. Siendo más notable, entre las mujeres del subgrupo clínico de “no aptos”. En el caso de los hombres, por el contrario, no hubo diferencias entre los subgrupos clínicos (aptos/no aptos) donde en ambos casos predominaba el padecimiento de obesidad en la infancia.

Esta distinción podría considerarse una evidencia más de las consecuencias estigmatizantes que sufren en mayor medida las mujeres obesas (Puhl et al., 2020), quienes, debido a la mayor presión estética hacia las mujeres, se enfrentan a un peor ajuste psicosocial que facilita además el desarrollo de trastornos de carácter psicopatológico.

Además, los resultados obtenidos, apoyan las conclusiones de Faienza et al. (2016) que señalan que la obesidad en la infancia, predispone a ser un adulto obeso, ya que impacta negativamente en el desarrollo psicosocial y académico, así como dificulta la adquisición conductas adaptativas para la regulación de estados emocionales negativos (Herle et al., 2018), con un mayor riesgo de recurrir a la comida para inhibir el afecto negativo (Burrows et al., 2017).

En cuanto a la relación entre el estilo de apego y la orientación diagnóstica, como ya se anticipaba y se había hipotetizado, se encontró una mayor proporción de pacientes con apego inseguro en el subgrupo clínico de “no aptos”, siendo además más notable en el caso de las mujeres.

Sin embargo, en cuanto al subgrupo clínico de “aptos”, inesperadamente, los hombres mostraron predominantemente un estilo de apego seguro, mientras que, en el caso de las mujeres, los estilos de apego seguro e inseguro se distribuyeron a partes iguales. Esto, podría sugerir que existen diferencias cualitativas en cuanto al estilo de apego inseguro de las candidatas consideradas aptas, frente a las no aptas. De modo que, la alta comorbilidad hallada entre la obesidad y los trastornos psicopatológicos, podría estar mediado por un estilo de apego inseguro específico.

Estos resultados concuerdan con la literatura existente sobre como el peor ajuste social observado en las mujeres con obesidad favorece el desarrollo y/o mantenimiento de estilos de apego inseguro (Simpson y Rholes, 2017). El cual, se relaciona con una menor consciencia de los propios estados emocionales y una pobre gestión emocional (Herle et al., 2018). Todo ello predispone al uso de estrategias subóptimas, de base psicobiológica, para la regulación emocional, mediante conductas orientadas a la disociación de los estados internos (como el abuso de sustancias o de alimentos palatables).

Por otra parte, al estudiar el nivel de satisfacción de las relaciones de pareja en los distintos grupos clínicos, se confirmó la hipótesis de que, el nivel de satisfacción de los participantes se veía influenciado tanto por la orientación diagnóstica como el sexo, aunque sólo cuando dichas relaciones se estudiaron por separado (no se halló ninguna relación de interacción significativa).

De este modo, se observó que los sujetos del grupo clínico apto, mostraban niveles de satisfacción en sus relaciones de pareja, mayores, con respecto a los sujetos no aptos. Reflejando, los hombres, niveles de satisfacción mayores que las mujeres, tal y como se esperaba.

Estos datos, se muestran en línea con las investigaciones existentes sobre la calidad de las relaciones de pareja en sujetos de apego inseguro, para quienes las dificultades

de percibir apoyo social facilitan que, en vez de ser un factor protector, estas relaciones supongan fuentes de conflicto que active los mecanismos propios del estilo de apego inseguro y lleve al sujeto a un empeoramiento de su bienestar psicosocial (Simpson y Rholes, 2017).

### *Limitaciones del estudio*

Puesto que todos los sujetos clínicos del estudio proceden del mismo hospital, los datos aun siendo significativos, no pueden ser generalizados. Por otro lado, al no disponerse de los datos necesarios, el nivel de satisfacción de la relación de pareja, no pudo ser contrastada con el grupo control.

En cuanto al análisis del estilo de apego, la corrección del cuestionario de Apego Adulto (Melero y Cantero 2008), obligó a reducir de 4 a 2 (seguro/inseguro) los posibles estilos, pues muchos sujetos no coincidían con los criterios de corrección.

### *Conclusiones*

Por tanto, se concluye que padecer obesidad en la infancia, el estilo de apego y la satisfacción de la relación de la pareja, son aspectos relevantes en el desarrollo y/o mantenimiento de la obesidad y para la evaluación de aptitud para la cirugía bariátrica. Obteniéndose relaciones significativas para ambos sexos, con la excepción de la variable estilo de apego, en la que no se encontraron diferencias relevantes entre los hombres.

Cumpléndose las hipótesis planteadas, los sujetos no aptos, presentaron en mayor medida historias de obesidad infantil, un estilo de apego inseguro y un menor nivel de satisfacción en su relación de pareja, siendo más notable en el caso de las mujeres.

Puesto que en las ocasiones en las que se analizaron los candidatos a la cirugía bariátrica entre sí, y se desestimó al grupo control, los resultados fueron menos concluyentes, se hace necesario que se contrasten los resultados ob-

tenidos en distintas muestras poblacionales, a fin de poder garantizar la generalización de las hipótesis planteadas.

### *Futuras investigaciones*

Tras todos los datos expuestos, parece necesario seguir investigando qué variables psicosociales influyen en el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. Particularmente, sería relevante la exploración de los distintos tipos de apego inseguro en personas obesas, a fin de intentar comprender qué mecanismos de acción concretos están implicados en la patología, y si existen diferencias de género, como sugiere el presente estudio, qué variables psicológicas específicas influyen en ambos casos. De modo que fuesen tomados en cuenta para trabajar en la prevención y tratamiento de la obesidad de manera más efectiva.

### *Implicaciones prácticas*

Atendiendo a los datos obtenidos sobre la obesidad infantil, resultaría beneficioso desarrollar programas de intervención a edades tempranas que incluyesen competencias relacionadas con la inteligencia emocional como la identificación, comprensión y gestión emocional.

Por otro lado, dada la importancia de la presencia de un estilo de apego seguro, como factor de protección y base para un adecuado desarrollo y bienestar psicosocial, sería de utilidad estructurar intervenciones que fomenten dinámicas intrafamiliares enfocadas a la creación de estilos de apego seguro. De manera que se pudiesen proporcionar herramientas a las familias para prevenir el mantenimiento de estilos inseguros y se propicie el desarrollo de adultos emocional y físicamente más adaptados.

## Referencias

- Andolfi, C. y Fisichella, P. (2018). Epidemiology of Obesity and Associated Comorbidities. *Journal Of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 28(8), 919–924. <https://doi.org/10.1089/lap.2018.0380>
- Altan-Atalay, A. (2019). Interpersonal emotion regulation: Associations with Attachment and Reinforcement Sensitivity. *Personality And Individual Differences*, 139, 290–294. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.11.032>
- Apovian, C. M. (2016). Obesity: definition, comorbidities, causes, and burden. *Am J Manag Care*, 22(7 Suppl), s176–85.
- Beeney, J., Stepp, S., Hallquist, M., Ringwald, W. R., Wright, A. G. C., Lazarus, S., Scott, L. N., Mattia, A. A., Ayars, H. E., Gebreselassie, S. H. y Pilkonis, P. A. (2019). Attachment Styles, Social Behavior, and Personality Functioning in Romantic Relationships. *Personality Disorders: Theory, Research, And Treatment*, 10(3), 275–285. <https://doi.org/10.1037/per0000317>
- Booth-LaForce, C. y Roisman, G. I. (2019). Stability and Change in Attachment Security. En R. A. Thompson, J. A. Simpson y L. J. Berlin, *Attachment* (1ª ed., pp. 154–159). The Guilford Press.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and Loss: Retrospect and Prospect. *American Journal Of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678. <https://doi.org/10.1111/j.19390025.1982.tb01456.x>
- Burrows, T., Skinner, J., Joyner, M., Palmieri, J., Vaughan, K. y Gearhardt, A. (2017). Food addiction in Children: Associations with Obesity, Parental Food Addiction and Feeding Practices. *Eating Behaviors*, 26, 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2017.02.004>
- Carr, K. A. y Epstein, L. H. (2020). Choice is Relative: Reinforcing Value of Food and Activity in Obesity

- Treatment. *American Psychologist*, 75, 139–151. <https://doi.org/10.1037/amp0000521>
- Davis, R., Plaisance, E. y Allison, D. (2017). Complementary Hypotheses on Contributors to the Obesity Epidemic. *Obesity*, 26(1), 17–21. <https://doi.org/10.1002/oby.22071>
- De Luca, M., Angrisani, L., Himpens, J., Busetto, L., Scopinaro, N., Weiner, R., Sartori, A., Stier, C., Lakdawala, M., Bhasker, A. G., Buchwald, H., Dixon, J., Chiappetta, S., Kolberg, H.-C., Frühbeck, G., Sarwer, D. B., Suter, M., Soricelli, E., Blüher, M., Vilallonga, R... y Shikora, S. (2016). Indications for Surgery for Obesity and Weight-Related Diseases: Position Statements from the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders (IFSO). *Obesity Surgery*, 26(8), 1659–1696. <https://doi.org/10.1007/s11695-016-2271-4>
- Faienza, M., Wang, D., Frühbeck, G., Garruti, G. y Portincasa, P. (2016). The Dangerous Link between Childhood and Adulthood Predictors of Obesity and Metabolic Syndrome. *Internal And Emergency Medicine*, 11(2), 175–182. <https://doi.org/10.1007/s11739-015-1382-6>
- Feeney, J. y Karantzas, G. (2017). Couple Conflict: Insights from an Attachment Perspective. *Current Opinion In Psychology*, 13, 60–64. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2016.04.017>
- Fitzpatrick, S., Wischenka, D., Appelhans, B., Pbert, L., Wang, M., Wilson, D. y Pagoto, S. (2016). An Evidence-based Guide for Obesity Treatment in Primary Care. *The American Journal Of Medicine*, 129(1), 115.e1–115.e7. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2015.07.015>
- Funk, L., Jolles, S. y Voils, C. (2016). Obesity as a disease: has the AMA resolution had an impact on how physicians view obesity? *Surgery For Obesity And Related Diseases*, 12(7), 1431–1435. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.05.009>
- Ghaferi, A. y Varban, O. (2018). Setting Appropriate Expectations After Bariatric Surgery. *JAMA*, 320(15), 1543. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.1424>
- Giampaoli, S. y Vannucchi, S. (2016). Obesità e diabete, un problema mondiale. Cosa dicono i dati [Obesity and diabetes, a global problem: what does recent data tell us?]. *Igiene e sanita pubblica*, 72(6), 561–570.
- Gökdağ, C. (2021). How does Interpersonal Emotion Regulation Explain Psychological Distress? The Roles of Attachment Style and Social Support. *Personality And Individual Differences*, 176(1), Artículo 110763. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110763>
- Griauzde, D., Ibrahim, A., Fisher, N., Stricklen, A., Ross, R. y Ghaferi, A. (2018). Understanding the Psychosocial Impact of Weight Loss Following Bariatric Surgery: A Qualitative Study. *BMC Obesity*, 5(38), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s40608-018-0215-3>
- Herle, M., Fildes, A. y Llewellyn, C. (2018). Emotional Eating is Learned not Inherited in Children, Regardless of Obesity Risk. *Pediatric Obesity*, 13(10), 628–631. <https://doi.org/10.1111/jjpo.12428>
- Jaacks, L., Vandevijvere, S., Pan, A., McGowan, C., Wallace, C. y Imamura, F. (2019). The Obesity Transition: Stages of the Global Epidemic. *The Lancet Diabetes & Endocrinology*, 7(3), 231–240. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(19\)30026-9](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(19)30026-9)
- Jackson, S. (2016). Obesity, Weight Stigma and Discrimination. *Journal Of Obesity & Eating Disorders*, 2(1). <https://doi.org/10.21767/2471-8203.100016>
- Jura, M., y Kozak, L. (2016). Obesity and Related Consequences to Ageing. *AGE*, 38(1). <https://doi.org/10.1007/s11357-016-9884-3>

- Kong, K., Eiden, R. y Paluch, R. (2019). Early Nonfood Parent-Infant Interactions and Development of Obesity in a High-Risk, Diverse Sample. *Obesity*, 27(11), 1754–1760. <https://doi.org/10.1002/oby.22649>
- Marino, M. (2018). How often should we Expect to be Wrong? Statistical Power, P values, and the Expected Prevalence of False Discoveries. *Biochemical Pharmacology*, 151, 226–233. <https://doi.org/10.1016/j.bcp.2017.12.011>
- Mazer, L., Azagury, D. y Morton, J. (2017). Quality of Life After Bariatric Surgery. *Current Obesity Reports*, 6(2), 204–210. <https://doi.org/10.1007/s13679-017-0266-7>
- Melero, R. y Cantero, M. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto [Affective styles in a Spanish Sample: A Questionnaire for the Assessment of Adult Attachment]. *Clínica Y Salud*, 9(1), 83–100.
- Min, J., Zhao, Y., Slivka, L. y Wang, Y. (2017). Double burden of Diseases Worldwide: Coexistence of Undernutrition and Overnutrition-Related Non-Communicable Chronic Diseases. *Obesity Reviews*, 19(1), 49–61. <https://doi.org/10.1111/obr.12605>
- Moris, D., Guerron, A. y Sudan, R. (2018). Long-term Durability of Outcomes After Bariatric Surgery: Thinking Outside the Box. *Surgery For Obesity And Related Diseases*, 14(2), 247. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2017.10.011>
- La Razón. (21 de noviembre de 2019). La obesidad aumenta un 20% el gasto sanitario per cápita. Recuperado de <https://www.larazon.es/salud/20191120/dcpo4bsyire2hewyf3ucr3ikoy.html>
- Panteliou, E., y Miras, A. (2017). What is the Role of Bariatric Surgery in the Management of Obesity? *Climacteric*, 20(2), 97–102. <https://doi.org/10.1080/13697137.2017.1262638>
- Puhl, R. M., Himmelstein, M. S., y Pearl, R. L. (2020). Weight Stigma as a Psychosocial Contributor to Obesity. *American Psychologist*, 75, 274–289. <https://doi.org/10.1037/amp0000538>
- Lewczuk, K., Kobylińska, D., Marchlewska, M., Krysztofiak, M., Glica, A., y Moiseeva, V. (2018). Adult Attachment and Health Symptoms: The Mediating Role of Emotion Regulation Difficulties. *Current Psychology*, 40, 1720–1733. <https://doi.org/10.1007/s12144-018-0097-z>
- Robert, M., Pelascini, E. y Pasquer, A. (2019). Técnicas de derivaciones (bypass) gástricas por obesidad [Gastric Bypass Techniques for Obesity]. *EMC - Técnicas Quirúrgicas - Aparato Digestivo*, 35(4), 1–18. [https://doi.org/10.1016/s1282-9129\(19\)42984-x.com](https://doi.org/10.1016/s1282-9129(19)42984-x.com)
- Saltzman, J., Fiese, B., Bost, K. y McBride, B. (2017). Development of Appetite Self-Regulation: Integrating Perspectives From Attachment and Family Systems Theory. *Child Development Perspectives*, 12(1), 51–57. <https://doi.org/10.1111/cdep.12254>
- Sarwer, D. B. y Heinberg, L. J. (2020). A Review of the Psychosocial Aspects of Clinically Severe Obesity and Bariatric Surgery. *American Psychologist*, 75, 252–264. <https://doi.org/10.1037/amp0000550>
- Shekar, M. y Popkin, B. (Eds.). (2020). *Obesity: Health and Economic Consequences of an Impending Global Challenge*. World Bank Publications.
- Simpson, J., y Rholes, W. (2017). Adult Attachment, Stress, and Romantic Relationships. *Current Opinion In Psychology*, 13, 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.006>
- Small, L. y Aplasca, A. (2016). Child Obesity and Mental Health. *Child And Adolescent Psychiatric*

*Clinics Of North America*, 25(2), 269–282.  
<https://doi.org/10.1016/j.chc.2015.11.008>

*Medicine*, 171(11), 847.  
<https://doi.org/10.7326/m19-2988>

Sogg, S., Lauretti, J. y West-Smith, L. (2016). Recommendations for the Presurgical Psychosocial Evaluation of Bariatric Surgery Patients. *Surgery For Obesity And Related Diseases*, 12(4), 731–749.  
<https://doi.org/10.1016/j.soard.2016.02.008>

Upadhyay, J., Farr, O., Perakakis, N., Ghaly, W., y Mantzoros, C. (2018). Obesity as a Disease. *The Medical clinics of North America*, 102(1), 13–33.  
<https://doi.org/10.1016/j.mcna.2017.08.004>

Stevens, J. (2017). Obesity as a Disease: Why Ignore the Numbers? *Obesity*, 25(9), 1467–1467.  
<https://doi.org/10.1002/oby.21923>

Wadden, T., y Bray, G. (2018). *Handbook of Obesity Treatment* (2ª ed., pp. 345–347). The Guilford Press.

Tsai, A. (2019). Integrating Obesity Treatment Into Routine Primary Care. *Annals Of Internal*

## Apéndice A

### Hoja de información al participar en un estudio de investigación clínica sobre la Obesidad Mórbida y Cirugía Bariátrica

**Investigadora principal:** Dra. Mª Mar Benítez Hernández, Profesora de la Facultad de Psicología de la Universidad de Sevilla.

- **Participación voluntaria:**

Su participación en este estudio es voluntaria y usted puede anular su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que por ello se altere la relación con el profesor de la asignatura.

- **Descripción general del estudio:**

Este es un estudio en colaboración con la Universidad de Sevilla y el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, para analizar las características personales, psicológicas, médicas-biológicas y sociales de personas con obesidad mórbida candidatas a cirugía bariátrica.

Los resultados de este estudio servirán para la elaboración de artículos y exposiciones con fines científicos.

- **Beneficios y riesgos**

Los principales beneficiarios de esta investigación son los investigadores principales, ya que se contribuirá a la consecución de este proyecto de investigación, así como al aumento del conocimiento científico. No existe ningún riesgo relacionado con la participación en este estudio, al ser meramente descriptivo.

- **Confidencialidad**

Sus datos serán tratados según lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de Diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador responsable del estudio. Los datos recogidos en el estudio serán identificados mediante un código y sólo el investigador principal y colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted. Su identidad permanecerá en todo momento anónima.

**Apéndice B**  
**Consentimiento informado del participante en un estudio de investigación  
clínica sobre la obesidad mórbida y cirugía bariátrica**

D/D<sup>a</sup>.....

Manifiesto que he sido informado/a por el investigador principal y/o sus colaboradores, sobre el estudio, mediante una hoja de información al participante. La información me ha sido dada de forma comprensible y mis preguntas han sido contestadas, por lo que tomo libremente la decisión de participar en el estudio arriba descrito.

Para que así conste, firmo este documento de consentimiento informado.

En ....., a .....de .....de.....

**Firma participante**

**Firma Investigador:**

**M<sup>a</sup> del mar Benítez Hernández**

---



## Apéndice C

Nº de identificación:			Fecha de ingreso:			Edad		Sexo	H†	M†		
Estado civil:			Nivel de estudios:			Nº de hijos:						
Procedencia	Capital:†		Provincia:†		Localidad (Provincia):		Vive	Solo†	Acompañado†			
Motivo de consulta:			Derivación			Peso:		IMC:				
Antecedentes de obesidad en la infancia:		No†	Sí†	Antecedentes familiares de obesidad		No†	Sí†	En caso afirmativo, señalar qué familiar:				
Antecedentes médicos o neurológicos		No†	Sí†	En caso afirmativo, señalar cuáles								
Antecedentes psicopatológicos		No†	Sí†	En caso afirmativo, señalar cuáles								
Antecedentes familiares psicopatológicos		No†	Sí†	En caso afirmativo, señalar qué familiar/es y qué enfermedad/es								
Regímenes anteriores	N o †	Sí †	En caso afirmativo, señalar cuales: †		Presencia de atracones	Subjetivos	No †	Sí †	Objetivos	No †	Sí †	
Utilización de métodos purgativos			Laxantes		Vómitos	Edemas	Otros					
			No†	Sí†	N o †	Sí†	No†	Sí†	No†	Sí†	Cuáles	
Enfermedades médicas actuales		No	Sí	En caso afirmativo, señalar cuáles								
Motivación principal para someterse a la intervención de cirugía bariátrica												
Expectativas sobre la intervención												
Estado psicopatológico actual												
Percepción de apoyo familiar	No†		Sí†	Atribución que hace de su enfermedad								
Presencia de discapacidad física o mental	No†		Sí†	Estado laboral								
Consumo de tabaco	No†		Sí†	nº cigarrillos:	Consumo de alcohol	No†	Sí†	Frecuencia:	Otras sustancias psicoactivas	No†	Sí†	Cuáles
Tratamiento farmacológico actual			No †	Sí †	En caso afirmativo, señalar cuál							
Orientación Diagnóstico			Apto †	No Apto †	Grupo Sí†No†Apto†No Apto†							



## Apéndice D

### CUESTIONARIO APEGO ADULTO

(Melero, R. y Cantero, M. J, 2005)

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones, rodea el número que corresponda al grado en que cada una de ellas describe tus sentimientos o tu forma de comportarte en tus relaciones

	1	2	3	4	5	6
Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo		Algo en desacuerdo		Algo de acuerdo Bastante de acuerdo	
	Completamente de acuerdo					
1. Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones	1	2	3	4	5	6
2. No admito discusiones si creo que tengo razón	1	2	3	4	5	6
3. Con frecuencia a pesar de estar con gente importante para mí me siento sólo/a y falta de cariño	1	2	3	4	5	6
4. Soy partidario/a del “ojo por ojo y diente por diente”	1	2	3	4	5	6
5. Necesito compartir mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
6. Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones	1	2	3	4	5	6
7. Si alguien de mi familia o un amigo me lleva la contraria, me enfado con facilidad	1	2	3	4	5	6
8. No suelo estar a la altura de los demás	1	2	3	4	5	6
9. Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos	1	2	3	4	5	6
10. Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella	1	2	3	4	5	6
11. Tengo problemas para hacer preguntas personales	1	2	3	4	5	6
12. Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ello	1	2	3	4	5	6
13. Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones	1	2	3	4	5	6
14. Tengo sentimientos de inferioridad	1	2	3	4	5	6
15. Valoro mi independencia por encima de todo	1	2	3	4	5	6
16. Me siento cómodo/a en las fiestas o reuniones sociales	1	2	3	4	5	6
17. Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable	1	2	3	4	5	6
18. Soy muy sensible a las críticas de los demás	1	2	3	4	5	6
19. Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme	1	2	3	4	5	6
20. Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista	1	2	3	4	5	6
21. Tengo confianza en mí mismo	1	2	3	4	5	6
22. No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía	1	2	3	4	5	6
23. Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás	1	2	3	4	5	6
24. Soy rencoroso	1	2	3	4	5	6
25. Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas	1	2	3	4	5	6
26. Me preocupa mucho lo que la gente piense de mí	1	2	3	4	5	6
27. Cuando tengo un problema con una persona, intento hablar con ella para resolverlo	1	2	3	4	5	6

28. Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia	1	2	3	4	5	6
29. Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse	1	2	3	4	5	6
30. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo	1	2	3	4	5	6
31. Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho	1	2	3	4	5	6
32. Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza	1	2	3	4	5	6
33. Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incomodo/a	1	2	3	4	5	6
34. Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas	1	2	3	4	5	6
35. Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales	1	2	3	4	5	6
36. Las amenazas son una manera eficaz de solucionar ciertos problemas	1	2	3	4	5	6
37. Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo	1	2	3	4	5	6
38. Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer	1	2	3	4	5	6
39. Necesito comprobar que soy importante para la gente	1	2	3	4	5	6
40. Noto que la gente suele confiar en mí y que valoran mis opiniones	1	2	3	4	5	6

## Apéndice F

### CUESTIONARIO GRADO DE SATISFACCIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA

La línea siguiente representa los diversos grados de felicidad en una pareja. Por favor, marque con una cruz el punto que mejor describa, globalmente, su relación de pareja.

Muy desgraciada	Bastante desgraciada	Algo desgraciada	Algo feliz	Bastante feliz	Muy feliz	Radiante
--------------------	-------------------------	---------------------	------------	----------------	-----------	----------