

## **Respaldo Digital del Trabajo de Título**

**Facultad:** Humanidades y Ciencias Sociales

**Carrera:** Psicología

**Programa:** PES

**Nombre del Trabajo de Título:** "APEGO Y OBESIDAD: ESTILOS DE APEGO CARACTERÍSTICOS EN MUJERES ADULTAS CON OBESIDAD DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO DE CHILE"

**Estudiantes:** Kalinka Aguirre, Karen Torres y Beatriz Valenzuela.

**Docente Guía:** Tania Stegmann Salazar

**Año:** 2016



**“APEGO Y OBESIDAD: ESTILOS DE APEGO CARACTERÍSTICOS EN  
MUJERES ADULTAS CON OBESIDAD DE LA REGIÓN METROPOLITANA  
DE SANTIAGO DE CHILE”**

“Investigación conducente al grado académico “Licenciado en Psicología”.

Elaborado por:

Kalinka Aguirre Corrales  
Karen Torres Giadach  
Beatriz Valenzuela Vergara

Profesora Guía:

Ps. Tania Stegmann Salazar

Santiago, mayo 2016

## RESUMEN

El objetivo de este trabajo es describir el estilo de apego característico que presenta una población de 45 mujeres adultas con obesidad que residen en la Región Metropolitana de Santiago.

Para esta investigación se utilizó el test de autoinforme CaMir, que permite describir el estilo de apego predominante: seguro, preocupado o rechazante, además de entregar una descripción de 13 factores o variables dimensionales relacionadas a los patrones de apego agrupándolos de acuerdo a su relación con el pasado, el presente y estado de ánimo de las mujeres entrevistadas.

Los resultados obtenidos mostraron un mayor porcentaje 68,9% de apego inseguro, sobre un 31,1% de apego seguro en total de la población entrevistada. Los resultados de apego inseguro se distribuyeron en 53,3% de estilo de apego preocupado y un 15,6% de apego rechazante. Se obtuvieron diferencias significativas al realizar contrastes de medias en las escalas que miden apego preocupado entre los resultados de las participantes de este estudio y las medias del prototipo ideal seguro de la validación chilena del instrumento.

*Palabras claves:* Estilos de Apego, Obesidad, CaMir, Mujer.

## ABSTRACT

The aim of this paper is to describe the characteristic style of attachment which has a population of 45 obese adult women residing in the Metropolitan Region of Santiago.

For this research CaMir self test that allows describe the style predominant attachment, insurance , worried, rejecting also provide a description of 13 factors or dimensional variables related to patterns of grouping attachment according to their relationship with the past, present and mood of the women interviewed.

The results showed 68.9% of insecure attachment, about 31.1% of secure attachment in total population interviewed a higher percentage. The results of insecure attachment were distributed 53.3% of preoccupied attachment style and 15.6% of rejecting attachment. significant contrasts to make stockings on scales measuring preoccupied attachment between the results of the study participants and socks ideal prototype Chilean insurance instrument validation differences were obtained.

*Keywords* : Attachment Styles , Obesity, CaMir , Female .

## INTRODUCCIÓN

La obesidad es un importante problema de la salud pública en la “mayor parte de los países, con un aumento superior al 75% en los últimos 30 años” (Atalah, 2012) estimándose que en el 2015 habrá más de 700 millones de personas con obesidad disminuyendo la esperanza de vida y generando altos costos sociales y económicos a nivel mundial.

En la actualidad, “según la Encuesta Nacional de Salud 2010, un 30,7% de las mujeres chilenas son obesas, mientras que el 33,6% presenta sobrepeso, cifras que además revelan que esta patología afecta especialmente a la población femenina en nuestro país” (MINSAL, 2013) impactando en la calidad de vida de las personas.

La presencia de obesidad en las mujeres adultas además de constituir un importante factor de comorbilidad para otras enfermedades, constituye uno de los principales estigmas sociales, disminuyendo las posibilidades de empleo y educación, con el consiguiente costo psicológico

que ello significa para quien la padece, constituyendo un problema que afecta el desarrollo individual y social (Seijas y Feuchtmann, 1997).

La existencia de factores de riesgo genéticos, biológicos y ambientales, han sido ampliamente estudiados en las últimas décadas, por lo anterior se plantea la necesidad de abordar desde un punto de vista psicológico, esta enfermedad, impulsando el interés por investigar desde otras aristas como algunas variables psicológicas se vinculan con ella. (Cofre et al. 2014). Asimismo, la obesidad ha sido relacionada con la pérdida de autoestima y pensamientos negativos inductores de ansiedad y depresión que inducen a comportamientos alimentarios inadecuados que causan obesidad convirtiéndose en un círculo que resulta difícil alejarse con consecuencias negativas para la salud de las personas que la padecen. (Rubio, 2012).

Una de las variables psicológicas relevantes que se ha asociado positivamente a la obesidad es la ansiedad, cuyas implicancias

terapéuticas se relacionan con “un adecuado manejo de la sintomatología ansiosa que podría permitir una mejor tolerancia, y consecuentemente, mayor adherencia y permanencia al tratamiento destinado a bajar de peso” (Tapia, 2006). Al respecto, se han desarrollado estudios que vinculan estados emocionales inestables, ansiosos y con tristeza crónica entre otras problemáticas a la relación temprana, madre e hijo que dificultarían procesos de configuración del sí mismo, la mentalización de estados fisiológicos y afectivos, y la consecuente regulación emocional, que afectarían al lactante a lo largo del desarrollo de su vida. “En este sentido, la calidad del vínculo tiene implicancias importantes para la forma en que el niño enfrenta posteriormente su nutrición” (Vargas et al. 2015). Por lo tanto, serían los vínculos formados en la niñez los que persisten en forma de modelos en el mundo representacional del adulto, que tienen lugar en un contexto social, interpersonal e intersubjetivo, tendiendo a convertirse en una

estructura interna que se construye en la experiencia de la infancia y se fija en estructuras cognitivas estables en el adulto (Pinedo y Santelices, 2006).

A la luz de lo investigado, hemos encontrado escasa información respecto a investigaciones que integren los factores psicológicos como aspectos determinantes de la obesidad y dada la relevancia que tiene este tema por su auge y complejidad en el abordaje interdisciplinario, este estudio pretende relacionar una variable psicológica en mujeres adultas, como es el vínculo temprano, identificado a través del estilo de apego y la presencia de obesidad en la actualidad.

## **MARCO TEORICO**

### **Obesidad en la mujer.**

La obesidad, de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, es una enfermedad nutricional crónica, de origen multifactorial que se caracteriza por la acumulación excesiva de grasa en el cuerpo producto de la ingestión de calorías

que exceden al gasto energético, lo que ocasiona un aumento de los depósitos de grasa corporal y como consecuencia, una ganancia de peso, que se asocia a un mayor riesgo para la salud de las personas, siendo una puerta de entrada para enfermedades no transmisibles tales como las enfermedades cardiovasculares, Diabetes Mellitus tipo II, trastornos en el aparato locomotor y algunos cánceres (endometrio, mama y colon), y la posibilidad de contraer estas enfermedades puede aumentar dependiendo del grado de obesidad que las personas presenten (Moreno, 2012).

De acuerdo a García et al. (Citado por Cruz - Guillén, 2013) la obesidad en la mujer tiene matices peculiares, la mayor prevalencia de obesidad en las mujeres es producto de características biológicas y psicológicas así como de situaciones sociales.

En la mujer, el mayor porcentaje de masa grasa determina un gasto energético menor por kilogramo de peso en comparación con los hombres, lo que dificulta aún más

para la mujer perder el sobrepeso ganado. Asimismo los embarazos favorecen la presencia de obesidad, al igual que “la menopausia que tiene efectos desfavorables en la composición corporal ya que conduce a un aumento en la obesidad entre los 40 y 60 años, particularmente si no se hacen los ajustes necesarios en el balance energético” (García et al. citado por Cruz - Guillén, 2013).

Oviedo et al. (2007) destacan que existen fuertes evidencias de que la ganancia de peso y la obesidad, experimentada por mujeres previo al diagnóstico de DM<sup>1</sup> tipo 2, está asociada con un elevado riesgo futuro de Enfermedad Vasculiar Coronaria, definiéndolo incluso como un potente predictor de esta enfermedad.

“La obesidad puede llegar a reducir la esperanza de vida hasta en diez años y representa una elevada carga económica para el individuo y la sociedad” (Atalah, 2012).

## **Apego**

La teoría del Apego surge para comprender la importancia de que el

---

<sup>1</sup> Diabetes Mellitus

niño pequeño experimente una relación cálida, íntima y continuada con la madre o sustituto materno permanente, en la que ambos encuentren satisfacción y en especial se convierta en una relación que favorezca la salud mental del niño (Bowlby, 1998).

El concepto de apego, que entrega un mapa general de esta teoría, considera en primer lugar “la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados. En segundo lugar, se comprende como un componente básico de la naturaleza humana, presente en forma embrionaria en el neonato y que prosigue a lo largo de la vida adulta, hasta la vejez. Tercero, durante la infancia, los lazos se establecen con los padres (o padres sustitutos), a los que se recurre en busca de protección, consuelo y apoyo. Finalmente, durante la adolescencia sana y la vida adulta, estos lazos persisten, pero son complementados por nuevos lazos” (Bowlby, 1995, p.142).

En relación a las pautas de apego, Ainsworth y cols. (1970), observaron

las conductas de apego en infantes mediante el procedimiento de laboratorio llamado “situación extraña<sup>2</sup>” durante los primeros doce meses de vida, obteniendo conclusiones más claras respecto de las pautas típicas de apego presentadas en ellos.

Es así como el niño, con apego seguro, es aquel que puede explorar de manera libre y en una situación extraña, usando a su madre como base segura, ya que parece tener conciencia del paradero de su madre aunque esta no esté presente. En el polo opuesto, los niños que no exploran ni siquiera cuando la madre está presente o cuando un extraño produce alarma excesiva en ellos, derrumbándose en la desesperanza y en la aflicción ante la ausencia de la madre, son evaluados como niños con apego inseguro (Bowlby,1998). Por otro lado, los niños con apego ambivalente presentarían una angustia exacerbada ante las separaciones con el cuidador y la dificultad para lograr la calma cuando

---

<sup>2</sup> La “situación extraña”, es una experiencia diseñada para evaluar la conducta de apego del niño hacia la madre, en una serie de episodios, se evaluó conductas de proximidad, exploración, evitación o rechazo hacia la madre.



éste vuelve; en la interacción con el cuidador relevan ambivalencia, enojo y preocupación (Ainsworth, citado en Garrido - Rojas, 2006).

De acuerdo a estas observaciones y la relación de los estilos de apego y la regulación emocional, “las personas con un estilo seguro tienen típicamente acceso a emociones y memorias tanto positivas como negativas sobre las relaciones, y las representaciones sobre sí mismo y los otros tienden a ser positivas” (Yárnoz – Yaben y Comino, 2011). Por el contrario, las personas con un estilo de apego inseguro, tienen una experiencia típica de sus figuras de apego como inaccesibles y tienden a recordar emociones negativas sobre sus figuras significativas y sobre su sí mismo. Por tanto, el estilo de apego refleja una estrategia para organizar y regular las emociones y las cogniciones sobre uno mismo y los otros (Yárnoz – Yaben y Comino, 2011).

La propuesta de Bowlby sobre el apego y los modelos operantes internos son los conceptos principales de su legado, formando la

comprensión básica desde la cual las personas inician y mantienen relaciones cercanas relativamente estables en el tiempo. Esta característica ha permitido la medición de los estilos de apego en adultos, produciéndose en las últimas décadas un creciente interés por evaluar el apego en el adulto. Luego de los primeros intentos y hasta la actualidad, ha sido enorme la diversificación en la medición del apego adulto. (Garrido, et al., 2009).

A la luz de la teoría del apego y su relación con la obesidad, Betancourt et al. (2007) considera esencial para la salud mental del niño el calor, la intimidad y la relación constante con la madre, en la que ambos encuentran satisfacción. Uno de los ejercicios maternos relevantes en este periodo es la función de alimentar y nutrir. Al respecto, uno de los factores predisponentes de la obesidad puede provenir de una dificultad en este vínculo primario. Betancourt et al, (2007) realiza una revisión teórica de la interacción madre-hijo, en búsqueda del origen y significado de los síntomas alimentarios de acuerdo a las teorías

del desarrollo infantil temprano, resaltando que una madre ansiosa frente a sus propios hábitos alimentarios, durante el período del embarazo y los primeros años de crianza, puede interferir seriamente la alimentación de sus hijos, generando alteraciones en la interacción madre-hijo que, en presencia de otros factores de vulnerabilidad como la historia familiar de trastornos de alimentación y obesidad, enfermedades afectivas, alcoholismo, características de la personalidad y baja autoestima podrían contribuir a la aparición de alteraciones en la alimentación en el niño, que pueden prolongarse hasta la etapa adulta.

La calidad del vínculo presenta ciertas implicancias en la forma en que el niño enfrenta posteriormente su nutrición. Para Vargas et al. (2015) la insatisfacción de ciertas necesidades en el recién nacido, “puede desarrollar alteraciones en los patrones de apego, generando áreas de desajuste en la vida adulta, entre ellas, los hábitos alimenticios” (Vargas et al. 2015). Al respecto, Bruch (citado en Silvestri y Stavile, 2005), también se refieren a las

repuestas inadecuadas de la madre durante las primeras etapas de desarrollo del niño, posibilitando la generación de trastornos, potencialmente patógenos, en el desarrollo armónico de la personalidad, que lo llevarían más tarde al aumento de peso, debido a intentos por calmar cualquier reclamo interior con una ingesta, el que no será revertido en la medida en que el comer sea utilizado para regular los sentimientos y tensiones que no hallan una mejor expresión.

Desde otra perspectiva pero en la misma línea investigativa, Cordella (2008) plantea un vínculo entre las desregulaciones de la psiquis y el aumento de peso, produciendo conductas, signos y síntomas que hacen evidente la consecuencia del aumento de peso. Es así como separan en tres categorías estas desregulaciones:

1. Comer en vez de elaborar psíquicamente la realidad;
2. Comer para obtener placer;
3. Comer como parte de un modo de estar con otros.

A estas desregulaciones las denomina “comer psíquico”.

1. Estas desregulaciones utilizan el comer como función psíquica, es decir la persona desarrollará una ingesta psíquica la cual ocurre sin fines nutricionales, de esta manera las personas suplantarían la actividad psíquica necesaria para resolver la dificultad emocional, con alteraciones en la conducta del comer Cordella (2008).
2. Por otra parte, se ha analizado el comer como parte de un modo de estar con otros. Generalmente esto ocurre en las relaciones de mayor intimidad (parejas, hijos, padres) llamadas campo vincular, relación mutua entre dos o más cuerpos que es necesaria para sostener el bienestar común. Por estos campos vinculares es que la fisiología queda ajustada a un modo incómodo o desagradable que predispone al sujeto a comer como una forma de regulación, ya que “comer” y “ser cuidado” son estados que se dieron conjuntamente en los primeros años de vida, confundiendo así

la regulación emocional a través del comer. Cordella (2008).

3. El comer como una forma de obtener placer, se manifiesta a través de desregulaciones en el circuito de placer de la ingesta (abuso de ingesta). Este modo de utilizar circuitos del placer para aumentar la ingesta es emulable al estilo alcohólico, y el alimento que activan el circuito y lo dejan reverberando en búsqueda de mayor estimulación. Esta ansiedad por sustancias calóricas es muy difícil de frenar y solo responde a medidas de control que asume su entorno familiar o el paciente mismo. Cordella (2008).

## **MARCO METODOLÓGICO**

### **1. Tipo y Diseño de Investigación**

Este estudio constituye una investigación cuantitativa, diseño no experimental de tipo descriptivo, de corte temporal transversal. (Hernández, Fernández y Baptista, 1998).

### **2. Población y Tipo de Muestreo**

Se entrevistaron a 45 mujeres adultas que residen en la región metropolitana, a través de un muestreo no probabilístico. El criterio de selección de los sujetos fue a través del muestreo en cadena o por bola de nieve, (Hernández, Fernández y Baptista, 1998). La elección de este muestreo se debió principalmente a las dificultades para acceder a la población de mujeres con obesidad que se atienden en el programa “vida sana” del sistema de atención primaria (Cesfam) de la Región Metropolitana, lo que incentivó el cambio en la selección de la muestra y el tipo de muestreo.

### **3. Instrumento**

#### **Test CaMir**

En Chile se cuenta con el cuestionario de autorreporte CaMir, llamado “Cartes Modèles Individuels de Relation”. Mediante el cual se evalúan tres prototipos de apego: seguro, rechazante y preocupado. (Garrido et al. 2013). CaMir es un cuestionario de autorreporte que permite acceder a los modelos operativos internos en adultos. Este cuestionario fue creado por

Pierrehumbert y cols. el año 1996, en Lausanne, Suiza, y “tiene por objetivo la evaluación de las estrategias relacionales del adulto, suponiendo la existencia de un modelo de sí mismo y del otro en las relaciones interpersonales”. (Pierrehumbert et al., 1996, citado en Garrido, et al., 2009). Este cuestionario fue validado para la población chilena el año 2009 por Garrido, Santelices, Pierrehumbert y Armijo, presentando una adecuada confiabilidad (Garrido et al., 2013). En relación a la consistencia interna, se obtuvieron resultados similares a los obtenidos en la validación del test original, salvo en las escalas de Interferencia Parental ( $\alpha=.54$ ), Distancia Familiar ( $\alpha=.33$ ), Dimisión Parental ( $\alpha=.39$ ) y Valoración de Jerarquía ( $\alpha=.33$ ) (Garrido et al., 2013).

De acuerdo a Pierrehumbert et al. (citado por Garrido et al., 2013) el test Camir presenta 13 escalas: Interferencia parental (A), Preocupación parental (B), Resentimiento de infantilización (C), Apoyo parental (D), Apoyo familiar (E), Reconocimiento de apoyo (F), Baja disponibilidad parental (G),

Distancia familiar (H), Resentimiento de rechazo (I), Traumatismo parental (J), Bloqueo de recuerdos (K), Dimisión parental (L), Valorización de la jerarquía (M). Estas escalas se agrupan según los estilos de apego y el pasado-presente-estado de ánimo del entrevistado, de la siguiente manera:

1. Apego Preocupado: conformada por la escala Interferencia parental referida en tiempo pasado, la escala preocupación parental referida en tiempo presente y la escala de resentimiento de infantilización referida en el estado de ánimo.
2. Apego Autónomo: conformada por la escala de Apoyo parental referida al tiempo pasado, la escala apoyo familiar referida al presente y la escala de reconocimiento de apoyo referida al estado de ánimo.
3. Apego Rechazante: conformada por la escala de baja disponibilidad de los padres referida al pasado, la escala distancia familiar referida al presente y la escala resentimiento

de rechazo referida al estado de ánimo.

4. Apego no Resuelto: conformada por la escala Traumatismo parental referida al presente y bloqueo de recuerdos referida al estado de ánimo.
5. Estructuración del medio familiar: conformada por la escala Dimisión parental referida al pasado y la valoración de jerarquía referida al estado de ánimo.

Los baremos del instrumento se pueden interpretar de la siguiente manera: La obtención de 50 puntos en cualquier escala o prototipo significa estar en el promedio para dicha escala o prototipo. En lo que se refiere a prototipos, se sugiere considerar primero el puntaje obtenido en el prototipo seguro, ya que si este fuera mayor a 45, se considera que el sujeto presenta un estilo seguro, y esta condición cambiaría sólo si el puntaje de los prototipos inseguros supera los 60 puntos.

Dado que los puntajes finales están estandarizados en base a una desviación de 10 puntos, se puede

asumir que puntajes superiores a 60 indican una presencia elevada de la escala y puntajes sobre 70 una presencia muy elevada de la escala. Inversamente, puntajes inferiores a 40 indican una presencia disminuida de la escala y puntajes inferiores a 30 una presencia muy disminuida de la escala. (Garrido et al., 2013).

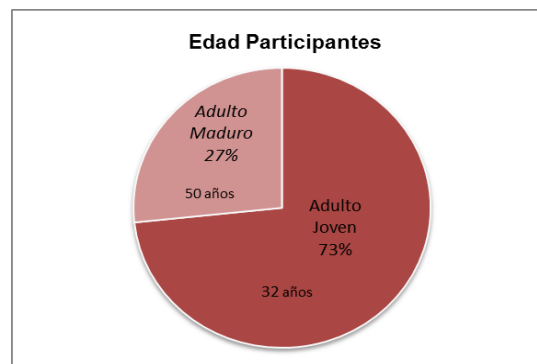
Se realizó una caracterización demográfica de la población, a través de la aplicación de una ficha socio-demográfica que fue respondida por cada entrevistada.

## **ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.**

### **1. Caracterización de la Población**

Con la información obtenida desde la ficha socio-demográfica, primero se analizó la variable edad de las participantes, estableciéndose que el 73% eran mujeres en la etapa adulto joven ( $n=33$ ), con un promedio de 32 años de edad ( $DE=4,76$ ) y un 27% eran adultos maduros con 50 años de edad promedio ( $DE=8,07$ ).

Gráfico N° 1

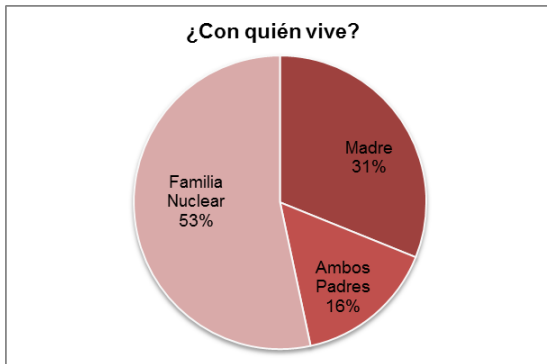


Respecto de la presencia de hijos en las entrevistadas, el 64% señala que ha tenido hijos y un 36% no tiene hijos todavía. En relación al estado civil de las entrevistadas, el 51% ( $n=23$ ), se encuentra comprometidas en alguna relación (casada, conviviente u otro) y el 49% ( $n=22$ ), son mujeres solteras.

Con respecto al nivel educacional, el 71% ( $n=32$ ) ha cursado la enseñanza superior (Técnica o Universitaria) y un 29% ( $n=13$ ), ha cursado sólo hasta la enseñanza media.

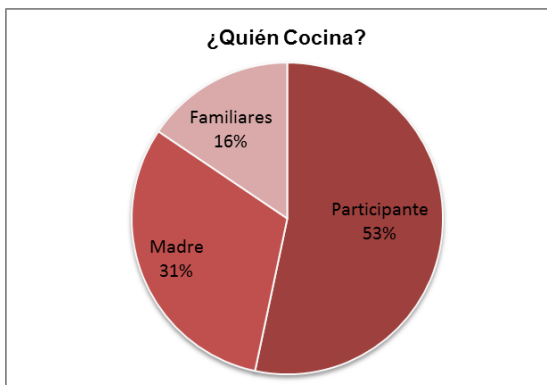
Respecto de con quienes viven las entrevistadas, el 53% lo hace con su familia nuclear, es decir su pareja e hijos, el 31% vive sólo con su madre y el 16% lo hace con ambos padres.

Gráfico N° 2



Antecedentes respecto a quien cocina en su hogar, orientados a conocer la responsabilidad de la entrevistada en la alimentación que ingiere, señalan que la mayoría cocinan ellas mismas, 53% de las entrevistadas, el 31% indica que cocina su madre y el 16% señala que cocinan otros familiares.

Gráfico N° 3



## **2. La obesidad como un riesgo para la salud.**

De acuerdo a los resultados obtenidos, del total de entrevistadas, el 86,7% (n=39) de las mujeres señala que la obesidad representa un problema de salud para ellas y que afecta ampliamente en su vida diaria, por el contrario, una menor proporción, el 13,3% (n=6) señala que su peso no constituye un problema de salud que afecte su bienestar general.

Gráfico N° 4



Respecto a la obesidad y las enfermedades asociadas a este problema, las participantes señalan la Resistencia a la Insulina (29%), la Diabetes Mellitus II (18%) y la Hipertensión Arterial (13%) como las enfermedades más predominantes. Cabe mencionar que un 28,9% de las participantes desconoce la presencia de alguna enfermedad asociada a su obesidad y un 11% menciona otras

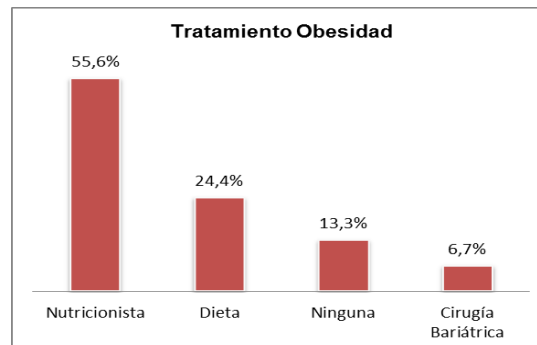
enfermedades. La clasificación de las enfermedades mencionadas se muestra en la siguiente tabla.

Tabla 1. *Enfermedades asociadas a la obesidad.*

Enfermedades	Frecuencia	Porcentaje
R. Insulina	13	29,0%
Diabetes M. II	8	18,0%
H. Arterial	6	13,0%
Desconoce	13	29,0%
Otras	5	11,0%

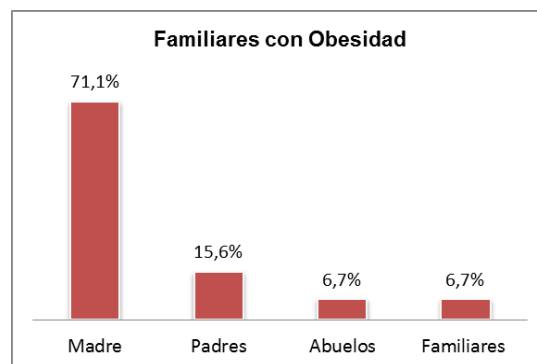
Con respecto a los tratamientos realizados para el control de peso, el 86,7% de las entrevistadas indican haberse realizado algún tratamiento y sólo un 13,3% de las participantes reconoce no haber realizado ningún tipo de tratamiento al respecto. Se puede establecer que el control de peso mediante nutricionista es la principal alternativa entre las participantes con un 56%, lo que está muy por sobre las dietas sin supervisión (24%) y la Cirugía Bariátrica (7%). Datos que reflejan un interés de las participantes por atender al problema de obesidad que las afecta mediante la supervisión de un especialista.

Gráfico N° 5



En la historia de antecedentes de obesidad de la entrevistada, el 71% señala a su madre como el principal familiar con obesidad, un 15,6% menciona a ambos padres y en igual porcentaje 6,7%, los abuelos u otros familiares.

Gráfico N° 6



### **3. Análisis Categorical de Apego en la Población.**

Conforme al análisis descriptivo del variable apego predominante en las mujeres con obesidad, los resultados muestran que es mayor el porcentaje



de mujeres con apego inseguro con un 68,9% frente a un 31,1% de apego seguro.

Tabla 2. *Apego adulto en la población entrevistada.*

Apego	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Apego Seguro	14	31,1%
Apego Inseguro	31	68,9%

Respecto al 68,9% de entrevistadas con estilo de apego inseguro, los resultados muestran un 53,3% de apego preocupado y un 15,6% de apego rechazante. Se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3. *Distribución de Estilos de apego ansioso adulto en la población entrevistada.*

Apego	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Apego Preocupado	24	53,3%
Apego Rechazante	7	15,6%

#### 4. **Análisis Dimensional de las Escalas de Apego.**

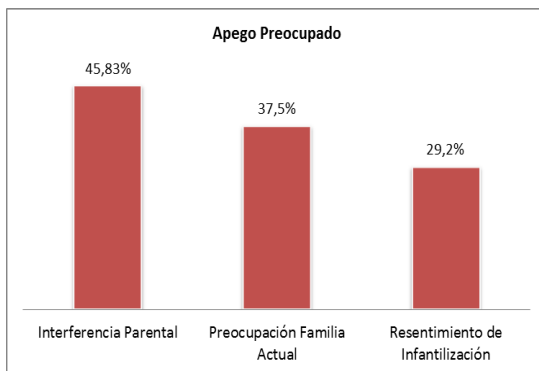
En relación al análisis dimensional de las escalas del instrumento y la categorización del estilo de apego, se

evaluaron los puntajes elevados presentes en la población, puntajes superiores a 60 puntos, resaltando las escalas dentro de la categoría que obtienen mayor valor porcentual para las participantes.

a) De acuerdo a esto, los resultados de ***apego preocupado***, variable que obtuvo mayor frecuencia en el total de la población entrevistada, muestra en el análisis dimensional un mayor porcentaje de puntuaciones elevadas en la escala Interferencia parental, en un 45,8% de las entrevistadas, lo cual indicaría una alta percepción de conductas de sobreprotección durante la infancia por parte de los padres o cuidadores, interfiriendo con el desarrollo de autonomía y llegando a generar sentimientos de indefensión. Le sigue la escala Preocupación familiar, con un 37,5% de puntuaciones elevadas, lo cual indica una alta preocupación actual en relación al bienestar de su familia y el malestar que puede sentir al existir la posibilidad de separación con alguno de sus miembros. La tercera escala, Resentimiento de infantilización, que identifica la percepción de un ambiente familiar

poco acogedor e inseguro durante la infancia, presentó puntuaciones elevadas en un 29,2% de la población con apego preocupado.

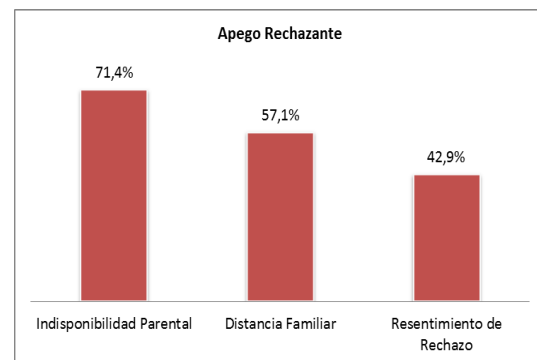
Gráfico N° 7



b) Respecto del **apego rechazante**, las escalas que miden este estilo de apego son Indisponibilidad parental y los resultados muestran puntajes elevados en torno al 71,4%, esto quiere decir que es alta la percepción por parte de las participantes de padres negligentes o poco preocupados respecto de ellas, su desarrollo y bienestar, llegando a generar sentimientos de desapego. Con un alto porcentaje también, las participantes se perciben en la escala La segunda escala de esta categoría, Distancia familiar, como afectivamente desligadas de su entorno familiar destacando su independencia, característica que se

presenta en un 57,1%. Finalmente, la tercera escala, Resentimiento de rechazo, se presenta con puntajes elevados en el 42,9% de las participantes, lo que indica la percepción de actitudes de rechazo y abandono por parte de los padres llegando a generar resentimiento hacia ellos.

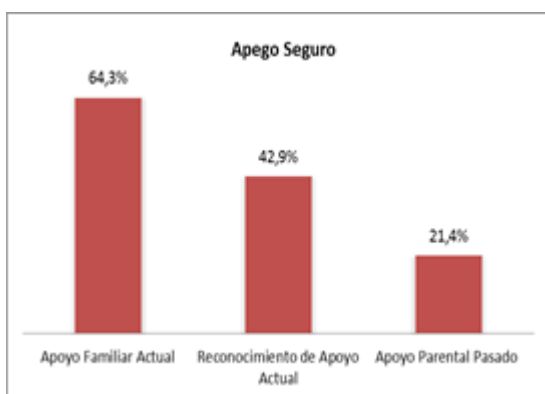
Gráfico N° 8



c) En el **apego seguro**, se muestran puntuaciones elevadas en la escala de Apoyo familiar actual, con un 64,3%, lo que indica que la población considera a la familia actual como fuente de soporte y seguridad. La segunda escala de la categoría, es Reconocimiento de apoyo con un 42,9% de representación, indicando que en la actualidad se experimentan sentimientos de gratitud con el entorno. Finalmente, un 21,4% en la escala de Apoyo parental, esto

muestra una menor valoración del entorno familiar de origen como fuente de soporte y seguridad en la infancia.

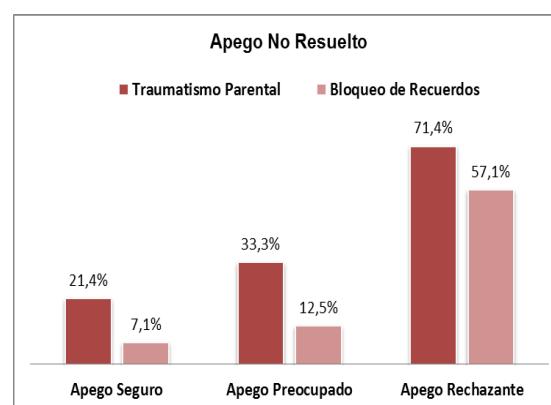
Gráfico N° 9



d) Además de las categorías presentadas, el instrumento permite analizar dos escalas: Traumatismo parental, que identifica la percepción de un entorno familiar hostil y violento durante la infancia. Y una segunda escala, Bloqueo de recuerdos que identifica la presencia de defensividad para reconocer y recordar la dinámica familiar en la niñez. Estas variables son relacionadas a los estilos de apego y permiten la asociación del pasado en el caso de traumatismo parental y el estado de ánimo presente en el caso de bloqueo de recuerdos. Al respecto, los resultados obtenidos evidencian un mayor

porcentaje de puntuaciones elevadas en el apego rechazante para ambas escalas con un 71,4% en traumatismo parental y un 57,1% en bloqueo de recuerdos. En segundo lugar, se presenta el apego preocupado con un 33,3% y 12,5% respectivamente y con porcentajes menores el apego seguro con un 21,4% y 7,1% en ambas escalas.

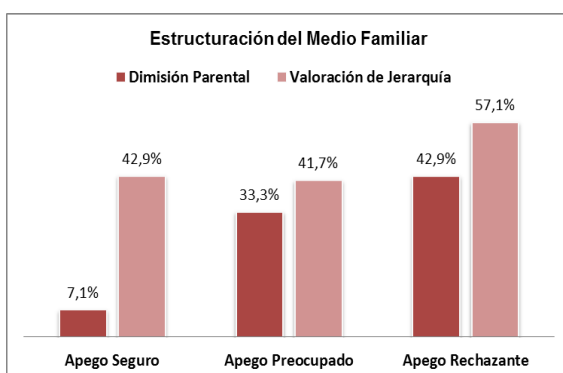
Gráfico N° 10



e) En la categorización estructuración del medio familiar, se encuentra la escala Dimisión parental, que mide la percepción de las participantes de haber tenido padres permisivos que no supieron ejercer el rol de autoridad de manera adecuada durante la infancia, destaca el estilo de apego rechazante con puntuaciones elevadas en esta escala en el 42,9%, por sobre el apego preocupado y

apego seguro con 33,3% y 7,1% de la población respectivamente. Finalmente, en la escala Valoración de jerarquía, es el apego rechazante también el que presenta mayor cantidad de participantes que obtuvieron puntuaciones elevadas 57,1%, por sobre los otros estilos preocupado y seguro, lo que indica que en general para toda la población el rol de los padres y la jerarquía dentro de la familia es valorada para las entrevistadas.

Gráfico N° 11



## 5. Análisis de Estadística Descriptiva.

Los resultados obtenidos fueron analizados utilizando el programa SPSS versión 23, con el cual se realizaron los análisis descriptivos. Se evaluaron los estilos de apego,

seguro, preocupado y rechazante con las variables socio-demográficas no encontrando asociaciones estadísticamente significativas, por lo cual se realizaron comparación de medias a través de la prueba t para muestras independientes, entre los resultados obtenidos en este estudio y la media del prototipo ideal seguro presente en la validación chilena del instrumento. Esta asociación se realiza con las escalas del estilo de apego preocupado encontrándose diferencias significativas al analizar las medias de la escala A, Interferencia parental  $t= 3,644$ ,  $gl= 44$ ,  $p=,001$ ), la escala B, Preocupación familia,  $t= 2,945$ ,  $gl=44$ ,  $p=,007$  y la escala C, Resentimiento de infantilización, una diferencia significativa  $t= 3,192$ ,  $gl=44$  y  $p=,003$ . En las tres escalas las medias son mayores en la población de estudio respecto a la media del prototipo ideal de apego seguro. Lo que indicaría la mayor presencia de características ansiosas con el pasado, presente y en el estado de ánimo de la población entrevistada.

Tabla 4. Comparación de medias entre el grupo de participantes y el

*prototipo ideal de apego seguro, en las escalas relacionadas al estilo de apego preocupado.*

Escala	Media Muestra	Media CaMir	t	p
(A)Interferencia Parental	2,98 (0,85)	2,52 (0,63)	3,644	0,001
(B)Preocupación Familiar	3,72 (0,95)	3,32 (0,81)	2,945	0,007
(C)Resentimiento de Infantilización	2,56 (0,78)	2,19 (0,73)	3,192	0,003

## DISCUSIÓN.

A partir de los antecedentes recabados en este estudio en relación a la obesidad como riesgo para la salud, se puede constatar que la mayoría (87%) de las mujeres entrevistadas consideran la obesidad como un problema para su salud, aspecto que es relevante si se tiene en cuenta como primer paso para iniciar un cambio de vida más saludable, tener consciencia de la enfermedad que las afecta. Al mismo tiempo, se evidenciaron enfermedades asociadas a la obesidad que se destacan en este estudio y que son declaradas por las participantes, sin embargo, lo que preocupa de este punto es el

porcentaje no menor (29%) de mujeres que desconocieron padecer alguna enfermedad asociada a la obesidad, en este sentido, es evidente la falta de información y acceso a exámenes de medicina preventiva que se realizan en la salud pública y privada en nuestro país y que permitiría anticipar otras enfermedades asociadas a la obesidad. (MINSAL, 2015).

Con respecto al 53% de entrevistadas que mencionan cocinar ellas mismas, Carvajal et al. (2000) indica que uno de los factores para que la obesidad se manifieste son el tipo de hábitos de alimentación y las implicaciones de la comida en su estilo de vida, así como poseer estilos de vida no saludables como el sedentarismo asociados a malos hábitos nutricionales. De esta manera es posible que las entrevistadas requieran mayor información y psicoeducación nutricional en este aspecto.

Pese a que la mayoría de las entrevistadas, un 87%, reconoce haber realizado algún tratamiento para el control de su peso, sus

resultados han sido insuficientes, lo que hace necesario que el tratamiento integre la dimensión psicológica para un desarrollo armónico de la personalidad, que como menciona Silvestri y Stavile (2005), “permita dejar de calmar cualquier reclamo interior con una ingesta de alimentos”.

En relación a los antecedentes de familiares con obesidad, a pesar de no existir asociaciones significativas ( $p= ,589$ ) entre la madre con obesidad y un estilo de apego ansioso, no deja de llamar la atención el alto porcentaje (71%) de las entrevistadas que menciona a su madre con la misma enfermedad, esto podría relacionarse con lo que afirma Cordella (2008), quien explica que el comer es un modo de estar con otros, ocurriendo generalmente en relaciones con mayor intimidad, en este caso, madre e hija, formando un campo vincular o una relación mutua entre dos o más cuerpos necesarios para mantener el bienestar común, que predispondría a la persona a comer como forma de regulación, relacionando el comer con el ser cuidado ya que estos dos estados se

dieron en conjunto en los primeros años de vida, confundiendo la regulación emocional con la nutrición.

En relación a los resultados obtenidos de los estilos de apego, se puede mencionar que la población de mujeres con obesidad entrevistadas en este estudio, presentan un apego ansioso (68,9%) por sobre un apego seguro (31,1%) y que este resultado de ansiedad se presenta con predominancia del apego preocupado (53,3%) y en el apego rechazante (15,6%). Esto hace posible considerar el estilo de apego como un aspecto relevante en la dimensión psicológica de la obesidad como factor de riesgo que debiera ser abordado en conjunto con otros elementos dimensionales y fisiológicos, al momento de abordar esta enfermedad y realizar un tratamiento para el control del peso. Respecto del apego y la obesidad, Vargas et al. (2005), menciona como las insatisfacción de ciertas necesidades en la infancia “pueden desarrollar alteraciones en los patrones de apego, generando áreas de desajuste en la vida adulta, entre ellas, los hábitos alimenticios”. De igual manera, para Gutiérrez (2012)

citado en Gómez et al (2013) “existe la posibilidad de que un niño que no ha sido recibido con amor, ni se ha sabido dárselo, puede buscar como sustituto a la comida, o bien ya siendo obeso perpetuarse la satisfacción fallida de amor a través del alimento marcándose más el rechazo por la condición de obesidad”.

Así, profundizando en el estilo de apego preocupado, en términos dimensionales, la escala que presentó mayores puntuaciones elevadas fue interferencia parental (45,8%) y de acuerdo a la comparación de medias realizado es también la escala que presenta mayor significación estadística ( $p=0,001$ ) en relación a las otras dos, esto quiere decir que el estilo de apego ansioso (preocupado) se encuentra influenciado mayormente por la sobreprotección y falta de autonomía parental que perciben las participantes, lo que concuerda con lo planteado por Guzmán y Contreras (2012) quienes explican el apego preocupado como una representación negativa de sí mismo, acompañada de alta ansiedad y baja evitación,

siendo una de las principales tareas evolutivas en el vínculo madre-hijo desarrollar la adquisición de autonomía respecto de sus progenitores y compañeros. En concordancia con la investigación de Betancourt et al. (2007) relacionada con la interacción madre-hijo y los patrones de apego, a partir de estos resultados, se observa una preocupación excesiva por la vinculación con los padres y con familiares cercanos y una baja valoración de la autonomía, lo que implica que el apego se caracterizó por la falla en el proceso de separación e individuación, encontrándose excesivamente involucradas madres e hijas, como si la vida de ambas dependiera de la existencia de la otra que predispone a buscar soluciones de autonomía fisiológica a través de la alimentación.

En cuanto al estilo de apego rechazante, la dimensión indisponibilidad parental, es la escala que presenta mayores puntuaciones elevadas en el 71,4% de las entrevistadas. Lo que concuerda con las diferencias significativas ( $p=0,000$ ) encontradas en la

comparación de medias para esta escala. Al respecto, Byng-Hall (1995) citado en Garrido-Rojas (2006) enfatiza que en el estilo evitativo o rechazante no hay seguridad en el apego, no hay seguridad de encontrar a un otro y se produce una autosuficiencia compulsiva, a pesar de ello se ha constatado que niños con este estilo, “aunque parecen despreocupados por las separaciones, muestran signos fisiológicos que denotan la presencia de ansiedad y esta activación se mantiene por mucho más tiempo que en los niños seguros”. Con esta misma idea, Tognarelli (2012) destaca que de acuerdo a Ainsworth y Tracy (1981) y Bowlby (1997), las madres de niños con apego inseguro evitativo se comportan de un modo maternalmente irresponsable, con un sentimiento de rechazo al hijo, son opositoras a los deseos de sus hijos y expresan aversión al contacto corporal cercano. Por tanto, desde este estilo de apego, la ansiedad podría explicarse a través de la fisiología, en un aumento excesivo de peso, como un mecanismo de control de la ansiedad por la percepción de

falta de preocupación de sus padres por su desarrollo y su bienestar.

En este estudio el apego seguro alcanza un 31,1% de la población, y su análisis indica que la escala más representativa es la que mide apoyo familiar actual, sobrevalorando a su familia de hoy como fuente de soporte y seguridad en sus vidas. Sin embargo, la escala dentro de la categoría que presenta menos representatividad es apoyo parental pasado, lo que podría indicar que las experiencias gratificantes actuales son relevantes en la variable apego, aun cuando la percepción de apoyo y de un entorno familiar satisfactorio por parte de sus padres sea bajo. Al respecto Fernández (2013) explica que el apego se dirige hacia un núcleo reducido de personas que desempeñan un papel central en la persona vinculada y que a lo largo de la vida las personas pasan por diferentes figuras de apego destacándose en la edad adulta al cónyuge o pareja estable como la principal figura de apego por sobre los padres o primeros cuidadores con quienes se vinculó. Esto podría explicar la importancia que las



entrevistadas entregan a los vínculos actuales por sobre los vínculos parentales.

En cuanto al apego no resuelto, el traumatismo parental presentó porcentajes altos de participantes del estilo de apego rechazante (71,4%), esto también concuerda con diferencias significativas encontradas en la comparación de medias ( $p=0,001$ ) para esta escala. Estos resultados se podrían explicar con investigaciones que plantean que apegos problemáticos o inseguros pueden derivar en traumas que a menudo producen dinámicas interpersonales donde pueden ocurrir dos situaciones, por un lado aislamiento, distancia que incluye inatención activa a los eventos amenazantes y la otra posibilidad es la búsqueda de proximidad, produciéndose una sobreactivación de estrategias de contacto (Garrido-Rojas 2006), lo que explicaría que el trauma se percibe en el adulto fundamentalmente en apegos ansiosos.

La escala bloqueo de recuerdos que se encuentra presente el mayor

proporción en las entrevistadas de estilo rechazante (57,1%), se encuentra muy ligado a la experiencia de eventos traumáticos, como un mecanismo de defensa contra dinámicas infantiles estresantes. Shaver & Mikulincer, (2002), citado en Garrido-Rojas, (2006), mencionan que sujetos rechazantes se caracterizan por realizar una exclusión defensiva de pensamientos y recuerdos dolorosos, segregación de los sistemas mentales y disociación entre los niveles consciente e inconsciente de respuesta.

Respecto de las escalas de miden estructuración del medio familiar, la dimisión parental, se encuentra con puntuaciones más elevadas en el apego rechazante (57,1%). Esto aporta mayor información respecto de cómo los vínculos ansiosos perciben la falta de un rol parental adecuado en la infancia afectando la confianza de los lazos afectivos y de intimidad con sus padres. Al respecto, Marrone (2001), describe tipos de comunicación de los padres que tienen como denominador común la falta de apoyo y la ausencia de

calidez o sensibilidad, contribuyendo de manera sustancial al desarrollo de inseguridad en el niño, en los cuales pueden observarse entre otras conductas funciones de protección en relación a otros, su madre o humanos menores.

Finalmente, la escala valoración de jerarquía, se encuentra presente en los tres estilos de apego, lo que explicaría que el apego se desarrolla como un modelo mental interno que integra creencias acerca de sí mismo, de otros, del mundo social y de juicios que afectan la formación y mantenimiento de las relaciones íntimas durante toda la vida del individuo que se van transmitiendo de generación en generación y que logran mantenerse relativamente estables en el contexto familiar en el que se desarrolla. (Dávila, 2015). Al mismo tiempo, pueden explicar también, la repetición de conductas alimentarias incorrectas que son validadas al interior de contextos familiares, que también se repiten en generaciones y que se enlaza con la gran cantidad de entrevistadas (71%), que reconocen a sus madres con obesidad, lo que ayuda a explicar la

importancia de los vínculos primarios, el traspaso generacional y las vulnerabilidades a enfermar. (Moneta, 2014).

### **Limitaciones y Sugerencias**

En esta investigación se encontraron limitaciones que en primera instancia se relacionaron con el acceso y las restricciones que presentan los centros de salud pública Cesfam en relación a permitir el acceso a personas dentro de los programas que allí se desarrollan, lo que llevó a realizar cambios en la muestra y con ello en la planificación propuesta para la investigación. En torno al instrumento propiamente tal, test CaMir, si bien se encuentra validado en Chile, la falta de estandarización y baremos nacionales pueden conducir a contradicciones y falta de certeza en la categorización del estilo de apego predominante en un sujeto. Lo que hace necesario seguir trabajando y profundizando en la estandarización nacional del instrumento, así como también en el tiempo de aplicación requerido que es muy prolongado y se extiende por cerca de una hora lo que disminuía el interés de las

entrevistadas por participar en el estudio. Asimismo, algunas preguntas del test tienen una formulación poco clara lo que implica tener que detenerse para explicar lo que se está preguntando lo que influye en el desarrollo de las respuestas de las encuestadas. Lo que sugiere contar con una versión reducida del instrumento, que disminuiría el tiempo de aplicación y generaría un mayor interés en su utilización, ampliando su aplicabilidad en diversos contextos. De acuerdo a nuestra experiencia, consideramos que la manera en que se presenta el test, hace imprescindible aplicarlo de manera individual para enfocarse en las dudas que genera el instrumento en el entrevistado y estar atento a las emociones que puede movilizar al conectarse con etapas de la infancia que pueden estar revestidas de mayor sensibilidad para el entrevistado.

## **CONCLUSIÓN**

De acuerdo a los objetivos propuestos, describir los estilos de apego característicos de las mujeres con obesidad de la Región

Metropolitana, cuyo interés investigativo se centró en indagar una temática poco estudiada ampliando el conocimiento desde un punto de vista psicológico respecto a la obesidad y su impacto en las mujeres. El estudio logra categorizar y describir el estilo de apego adulto en la población estudiada. Evidenciándose una predominancia de apego ansioso (68,9%) por sobre el apego seguro (31,1%), lo que hace posible establecer el apego como un factor psicológico a considerar que interviene en la obesidad de las mujeres entrevistadas. La ansiedad presente en la población, se encuentra relacionada principalmente con el estilo de apego preocupado (53,3%) siendo la interferencia parental la que resulta tener los mayores porcentajes dentro de esta categoría, por lo que se puede explicar que la ansiedad presente en la población se encuentra relacionada en gran medida a los vínculos tempranos, lo que se mantiene en el tiempo reflejándose en la escala preocupación ión familiar actual y resentimiento de infantilización, las cuales presentaron medias más altas

2,98 (DE 0,85), 3,72 (DE0,95) y 2,56 (DE 0,78) en comparación con las medias del instrumento 2,52 (DE 0,63), 3,32 (DE 0,81) y 2,19 (DE 0,73) que no hace más que afirmar que las interferencias vinculares del pasado con sus figuras significativas no han sido resueltas y se mantienen en la actualidad.

La ansiedad también se representa a través del estilo de apego rechazante, caracterizado en este estudio por la percepción de indisponibilidad parental, padres negligentes que no estuvieron presentes para suplir las necesidades físicas y emocionales de las participantes en su infancia y que se evidencia con una media mayor (2,82; DE 0,71) de las entrevistadas comparada con el prototipo ideal seguro (2,35; DE 0,73).

Finalmente, enfocándonos en la temática de la obesidad como una enfermedad multifactorial, la importancia de los vínculos presentes pueden ayudar a diseñar e influir programas preventivos sobre obesidad que incluyan a la familia nuclear por el positivo impacto que

podría tener en la salud física y emocional de las personas.

## REFERENCIAS

Ainsworth, M., y Bell., S. (1970). Attachment, Exploration, and Separation: Illustrated by the behavior of one- year- olds in a strange situation. Extraído de <http://static1.squarespace.com/static/53836937e4b0135aba1b8f43/t/53af0297e4b0d621f6a92bfa/1403978391869/Mary+Ainsworth.pdf>

Atalah, E (2012). *Epidemiología de la obesidad en Chile*. Departamento de Nutrición. Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Extraído de: [http://www.clc.cl/Dev\\_CLC/media/lmagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/2%20marzo/Dr\\_Atalah3.pdf](http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/lmagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/2%20marzo/Dr_Atalah3.pdf)

Betancourt, L., Rodríguez, M., Gempeler, J. (2007). Interacción madre-hijo, patrones de apego y su papel en los trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Universitas Médica*. Extraído de: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v48n3/8-INTERACCION.pdf>

Bowlby, J. (1998). *El Apego*. Editorial Paidós. Barcelona.

Bowlby, J. (1998). *La Separación*. Editorial Paidós. Barcelona.

Briones, G. (2002). Metodología de la Investigación Cuantitativa en las Ciencias Sociales. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, ICFES.

Carvajal, C., Duperly, J., Gempeler, J, Kattah, W., Ilano, M y Zundel, N. Compilador Duperly, J. (2000). *Obesidad: enfoque integral*. Centro Editorial Universidad del Rosario. Colombia.

Cofré, A., Angulo-Díaz, P. & Riquelme-Mella, E. (2014). Ansiedad y depresión en pacientes obesos mórbidos: efectos a corto plazo de un programa orientado a la disminución de la sintomatología. *Summa Psicológica UST*. N° 11(89-98)  
Extraído de:  
[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0719-448x2014000100008](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-448x2014000100008)

Cordella, P. (2008) ¿Incluir la obesidad en el manual de enfermedades mentales (DSM-IV)?.

Unidad de trastornos de alimentación, departamento de psiquiatría Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista Chilena Nutrición* Vol. 35, N°3, Septiembre 2008, págs: 181-187. Extraído de:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-75182008000300003](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182008000300003)

Cruz – Guillén, Y. (2013). *Psicoeducación: Estrategia para aumentar la adherencia terapéutica para el control de peso en mujeres con obesidad*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de San Luis Potosí.

Dávila, Y. (2015). *La influencia de la familia en el desarrollo del apego*. Universidad de Cuenca. Cuenca – Ecuador. Extraído de:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/22943/1/10.pdf>

Fernández, M. (2013). *La autonomía emocional*. *Revista ClasesHistoria*. Publicación digital de Historia y Ciencias Sociales. Artículo n° 362. Extraído de  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5173423.pdf>

Garrido, L., Santelices, M., Pierrehumbert, B., Armijo, I., Guzmán, M., y Lizano, M. (2013). *Cuestionario de Evaluación de Apego en el Adulto CaMir*. Normas para aplicar, tabular e interpretar. Estudios relacionados. Ediciones Universidad Católica del Maule. Talca. Chile.

Garrido, L., Santelices, M., Pierrehumbert, B. y Armijo, I. (2009). Validación Chilena del cuestionario de evaluación del apego adulto CAMIR.

Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicancias para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología* 2006, volumen 38, No 3, 493-507 Extraído de:  
<http://www.scielo.org.co/pdf/rtps/v38n3/v38n3a04.pdf>

Guzmán, M., Contreras, P. (2012). Estilos de Apego en Relaciones de Pareja y su

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1998). *Metodología de la Investigación*. Mc Graw – Hill. México.

Marrone, M., (2001). *La Teoría del Apego: Un enfoque Actual*. Madrid:

Editorial Psimática. 401 páginas. Extraído de:  
<http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000198>

MINSAL (2013). *Investigan las Causas de la Obesidad en Mujeres Chilenas de Nivel de Socioeconómico Bajo con el Apoyo del Programa Fonis*. Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT). Ministerio de Educación. Extraído de:  
<http://www.conicyt.cl/fonis/2013/01/17/investigan-las-causas-de-la-obesidad-en-mujeres-chilenas-de-nivel-socioeconomico-bajo-con-el-apoyo-del-programa-fonis/>

MINSAL (2015). *Examen de Medicina Preventiva*. Ministerio de Salud. Extraído de:  
<http://www.minsal.cl/examen-medicina-preventiva/>

Moneta, M. (2014). Apego y Pérdida: Redescubriendo a John Bowlby. *Revista Chilena de Pediatría*. Vol.85 (265-268). Extraído de:  
<http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v85n3/art01.pdf>

Moreno, M. (2012). Definición y Clasificación de la Obesidad. *Revista de Medicina Clínica las Condes*. Vol. 23 (124 – 128). Extraído de: [http://www.clc.cl/Dev\\_CLC/media/Imágenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/2%20marzo/Dr\\_Moreno-4.pdf](http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imágenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/2%20marzo/Dr_Moreno-4.pdf)

Oviedo, G., Marcano, M. Morón de Salim y L. Solano. (2007). Exceso de peso y patologías asociadas en mujeres adultas. *Revista Nutrición Hospitalaria*. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Carabobo. Valencia. Venezuela.

Pinedo, J., Santelices, M., (2006). Apego adulto: Los Modelos Operantes Internos y la Teoría de la Mente. *Revista Terapia Psicológica*. Vol. 24 (201–210). Extraído de: <http://teps.cl/files/2011/05/10.pdf>.

Rubio, M. (2012). *Estudio de la Relación entre Ansiedad y Obesidad a través del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI), Valoración del Perfil Dietético y Psiconutricional*. Tesis de Postgrado. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona. Extraído de: <http://www.semcc.com/master/files/O>

[Obesidad%20y%20ansiedad%20-%20Dr.%20Rubio.pdf](http://www.semcc.com/master/files/Obesidad%20y%20ansiedad%20-%20Dr.%20Rubio.pdf)

Sanchis, F. (2008). Apego, Acontecimiento vitales y depresión en una muestra de adolescentes (Tesis de pregrado). Universitat Ramon Llull. Barcelona. Extraído de: <http://www.tdx.cat/handle/10803/9262>

Seijas, D. y Feuchtmann, C. (1997). Obesidad: Factores Psiquiátricos y Psicológicos. *Boletín Escuela de Medicina*. Pontificia Universidad Católica de Chile. 26:38-41. Extraído de: <http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/obesidad/obesidad10.html>

Silvestri, E., Stavile, A. (2005). *Aspectos Psicológicos de la Obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*. Tesis de Posgrado en Obesidad a Distancia, Universidad Favaloro. Córdoba. Extraído en: <http://www.medic.ula.ve/cip/docs/obesidad.pdf>

Tapia, A. (2006). Ansiedad, un Importante Factor a Considerar para

el Adecuado Diagnóstico y Tratamiento de Pacientes con Sobrepeso y Obesidad. *Revista Chilena de Nutrición*. N°3 (352-357)

Extraídos de:  
[http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-75182006000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=s0717-75182006000400003&script=sci_arttext)

Tognarelli, A. (2012). Representaciones de apego de niños y niñas con obesidad y la respuesta sensible de sus madres. *Revista SUMMA Psicológica UST* 2012, Vol. 9, N° 2, 57-67.

Vargas, G., Cruzat, C., Díaz, F., Moore, C., Ulloa, V. (2015). *Factores del Vínculo Temprano Madre-hijo Asociados a la Obesidad Infantil*. *Revista Nutrición Hospitalaria*. Extraído de:  
<http://www.nutricionhospitalaria.com/pdf/9571.pdf>

Waters.E, Merrick.S, Treboux.D, Crowell.J, y Albersheim,L. (2000). Attachment Security in Infancy and Early Adulthood: A Twenty-Year Longitudinal Study. *Child Development*, May/June 2000, Volume 71, Number 3, Pages 684-

689. Extraído de:  
[http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/courses/620/pdf\\_files/stability2000.pdf](http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/courses/620/pdf_files/stability2000.pdf)

Yárnoz-Yaben, S. y Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: Análisis de la Convergencia entre Diferentes Instrumentos. *Revista Acción Psicológica*. Vol. 8 (67-85). Extraído de:  
<http://www.redalyc.org/pdf/3440/344030766006.pdf>