

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO



SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION HIDALGO
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 01
PACHUCA, HIDALGO.**

Protocolo de Investigación:

**ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD Y TRASTORNO DE APEGO EN
PACIENTES ADULTOS EN LA UMF No. 01**

Que para obtener el grado de especialista en Medicina Familiar presenta:

ELDA RUBÍ RUIZ CASTAÑEDA

Asesores:

MARTHA GUEVARA CRUZ

GABRIELA GARCIA LAGUNA



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION HIDALGO

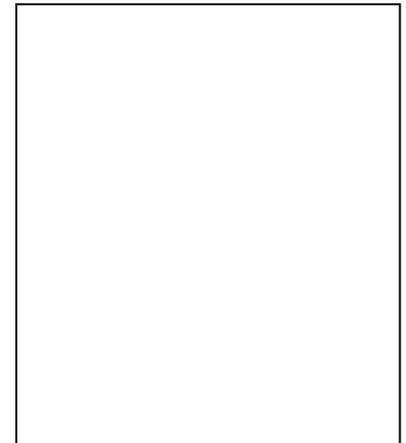
UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD
DE MEDICINA FAMILIAR No. 01
PACHUCA, HIDALGO.

**ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD Y TRASTORNO DE APEGO EN
PACIENTES ADULTOS EN LA UMF No. 01**

TESIS QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ELDA RUBÍ RUIZ CASTAÑEDA



PACHUCA, HIDALGO

2015

ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD Y TRASTORNO DE APEGO EN PACIENTES ADULTOS EN LA UMF No. 01

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ELDA RUBÍ RUIZ CASTAÑEDA

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. NÉSTOR MEJÍA MIRANDA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PAR MÉDICOS GENERALES DEL I.M.S.S.
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1
PACHUCA, HIDALGO.

DRA. MARTHA GUEVARA CRUZ

ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
ESPECIALISTA EN PEDIATRÍA, SUBESPECIALIDAD EN NUTRICIÓN CLÍNICA
MAESTRA EN CIENCIAS MÉDICAS Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS
INVESTIGADOR “C” EN CIENCIAS MÉDICAS DEL INSTITUTO NACIONAL DE
CIENCIAS MÉDICAS Y DE NUTRICIÓN SALVADOR ZUBIRÁN

DRA. GABRIELA GARCÍA LAGUNA

ASESOR DEL TEMA DE TESIS
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 1
PACHUCA, HIDALGO.

DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1
PACHUCA, HIDALGO.

**ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD Y TRASTORNO DE APEGO EN
PACIENTES ADULTOS EN LA UMF No. 01**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

ELDA RUBÍ RUIZ CASTAÑEDA

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a la madre y al hijo (R/O), cuya familia me permitió conocer y transformar mi propio apego, mi más sincero agradecimiento porque gracias a ellos reencontré el camino hacia mi hijo, mi herencia y hacia mi interior con respeto y amor.

Gracias madre por haberme amado con cada acción tuya, por tu apego, tu paciencia a mis ausencias y desvaríos, tú que sin tener nada me diste todo en la vida.

Gracias hijo de mi vida, porque Tú eres mi motor, mi chispa, mi luz, mi estrella, Tú eres mi corazón que camina.

A mis hermanos, sobrinos, a mis abuelitas, por estar siempre en mi corazón; cuñado, por ser un hermano más.

Gracias papá por la vida y porque tú vínculo me hizo fuerte y me hizo lo que más me gusta ser y hacer, y es ser médico.

Por el sincero amor de las personas de mi vida que han hecho de mi lo que soy.

Les doy las más infinitas gracias por acompañarme en el camino de la vida, por ser mi apoyo, mi vehículo, mi fuerza, mi esperanza, por creer en mí. Por consolarme en cada momento y hacerme también muy feliz.

Rubí

“Sólo se volverá clara tu visión cuando puedas mirar en tu propio corazón. Porque quien mira hacia afuera sueña, y quien mira hacia adentro despierta”

Carl Jung

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los que me impulsaron en cada momento a llegar cuando desfallecía, y a los que nunca dudaron.

Agradezco a todos y cada uno de los pacientes que contribuyeron a hacer este trabajo posible.

Dr. Alejandro Manuel Castañeda del Toro gracias por creer en solo una persona, por creer en mí, por impulsar la enseñanza, pero sobre todo por hacer su trabajo con ética, fe y humanismo en las personas.

Dr. Isaías Hernández Torres porque sus palabras y acciones me motivaron, la única forma de demostrar es estudiar y hacer lo que se debe hacer, por ser siempre la luz en mi camino.

Agradezco a todas las personas que me apoyaron a lograr esta tesis, asistentes médicas, enfermeras, trabajadoras sociales, jefes de servicio, médicos, amigos.

Dra. Martha Guevara Cruz, gracias por haberme aceptado, gracias por tu grandiosa colaboración y ayuda, cómo decirte de verdad muchas, muchas gracias, por todas las borraditas generales y repetir todo hasta quedar perfecto.

Dra. Gabriela García Laguna, gracias por dejar fluir el agua y darme paz.

A mis profesores, Dr. Carlos Izeta Molina, Dra. Olivia Quintanar y un agradecimiento muy especial a “mi querido profesor”, Dr. Néstor Mejía Miranda, quien transformo mi óptica del aprendizaje y mi visión de la medicina, la *reflexión interna total* es responsable de los destellos de luz que se observan en un diamante tallado.

A mis profesores de rotación gracias por compartir conmigo su conocimiento, su apoyo y su paciencia.

A mis compañeros Patty Pérez, Cesar Agis, Gabo Correa, Fernando Salinas, gracias por su compañía y no olviden siempre tener la mejor actitud, paciencia y perseverancia.

A los amigos que con su impulso, motivación y apoyo me permitieron seguir adelante Dr. Fabián Ávalos Pérez, Dra. Carolain, Dra. Selene, Dra. Blanca, Dr. Borys, Dr. Francisco Duarte, B. Vicky Hidalgo, Dra. Estrella, A.M. Selene, Lic. Jorge.

Gracias “Pepe” Cesar Hugo por tu apoyo emocional, y aportación a la tesis, por ser en un momento parte de quien ahora soy.

Dr. Fernando Lacasa Saludas, porque sin su ayuda ésta tesis no habría sido posible.

Chikis, si no hubiera sido por ti, quien sabe si esta tesis hubiera existido, gracias.

**ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD Y TRASTORNO DE APEGO EN
PACIENTES ADULTOS EN LA UMF No. 01**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 FACULTAD DE MEDICINA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR
 COORDINACIÓN DE DOCENCIA

2. ÍNDICE

1. Título	7
2. Índice general.....	8
3. Marco teórico.....	9
• Resumen.....	9
• Antecedentes.....	10
• Marco epidemiológico	13
• Marco conceptual.....	14
• Marco contextual.....	15
• Antecedentes científicos.....	15
○ Estudios relacionados con obesidad y apego	16
• Definición, concepto y clasificación.....	17
• El apego.....	19
• Desarrollo del apego	19
• La teoría del apego.....	19
• Fases y tipos de apego.....	20
• Fisiopatología y cuadro clínico.....	22
○ Cambios neuroendócrinos maternos en la formación del apego.....	22
○ Cambios neuroendócrinos en el niño en la formación del apego....	23
○ Consecuencias neurobiológicas de las conductas de apego.....	24
○ Disfunción en el apego	25
• Apego en adultos.....	25
• Estrés, carga alostática, obesidad y síndrome metabólico.....	26
4. Planteamiento de problema.....	29
5. Justificación.....	30
6. Objetivos.....	33
• Objetivo general	
• Objetivos específicos	
7. Hipótesis.....	33
8. Metodología.....	34
• Tipo de estudio	
• Población, lugar y tiempo de estudio	
• Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
• Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
• Información a recolectar (Variables a recolectar)	
• Método o procedimiento para captar la información	
• Consideraciones éticas	
9. Resultados.....	41
• Descripción (análisis estadístico) de los resultados	
• Tablas (cuadros) y graficas	
10. Discusión.....	67
11. Conclusiones.....	70
• Recomendaciones	71
12. Referencias bibliográficas.....	73
13. Anexos.....	78

3. MARCO TEORICO

RESUMEN

ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD Y TRASTORNO DE APEGO EN PACIENTES ADULTOS EN LA UMF No. 01

INTRODUCCIÓN:

El apego es el vínculo emocional que se genera entre un niño y una figura de apego (habitual e idealmente la madre) y es la forma más importante de desarrollo social que se produce en la infancia. La ausencia de esa relación materno-filial se denomina "privación maternal". La privación de una adecuada figura de apego se puede manifestar como alteraciones en la homeostasis a nivel psiconeuroinmunoendocrinológico, como la regulación de la temperatura, la función del sistema inmune, la regulación del peso corporal y los patrones de alimentación (polidipsia, hipofagia), la exhibición de conductas autodestructivas, estereotipias motoras, híper o hipomotilidad y agresividad, con incapacidad para usar la expresión facial como un estímulo que permita discriminar tareas de aprendizaje e inhibir respuestas aprendidas e incapacidad para detectar extraños, trastornos de sueño, enuresis, falla para crecer de tipo no orgánico. Esto como resultado de la alteración en sistemas conductuales como el sistema de apego y los sistemas relacionados a éste, -el miedo, el afiliativo y el exploratorio-, sistemas que dan equilibrio a la conducta del niño hacia la exploración y la seguridad. La inseguridad del apego conduce al riesgo de la enfermedad a través de tres mecanismos. Primero, son más vulnerables al estrés; segundo, uso con mayor frecuencia de reguladores externos de afecto; y tercero, una alteración de la conducta de búsqueda de ayuda. Como consecuencia existen cambios neuroendócrinos, como el incremento en la actividad del eje hipotálamo-pituitario-adrenal que causa una mayor secreción de glucocorticoides suprarrenales e hipercortisolemia, esta última parece contribuir a la acumulación de adipocitos y viceversa; estas conductas contribuyen al aumento en la actividad del sistema simpático, alteración de la homeostasis, alostasis y finalmente sobrecarga alostática, favoreciendo las enfermedades no transmisibles como obesidad, hipertensión, diabetes, así como conductas adictivas y de riesgo, entre otras.

OBJETIVO: Identificar si existe asociación entre obesidad y trastorno de apego en pacientes adultos en la UMF No. 01

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño de la investigación: observacional, transversal, comparativo. Muestreo probabilístico, aleatorio simple. Universo de trabajo, derechohabientes al HGZ y MF No.1, del IMSS, Pachuca Hgo.

RESULTADOS:

Se estudiaron un número total de muestra de 79 pacientes, encontrando en cuanto a la distribución de la muestra, que el apego seguro representó el 44.30 %, el apego preocupado el 36.71 %, y el apego rechazante o evitante el 18.99%.

CONCLUSIONES: De los resultados obtenidos, se puede concluir que si existe asociación entre la obesidad y trastorno de apego en pacientes adultos, y en efecto, los porcentajes determinados superan al 50.00 % que al inicio hipotéticamente se encontraría como resultado de la investigación, se cumplieron los objetivos propuestos, e incluso fueron superados al integrarse en la investigación otras variables, como la enfermedad cardiovascular, ya que los pacientes con trastorno de apego la presentaron 10.3 veces más en comparación con el apego seguro.

ANTECEDENTES

Conocer si existe asociación entre obesidad y trastorno de apego es un tema relevante para el ejercicio de la medicina, derivado de que el vínculo madre-hijo es base y parte fundamental como factor físico, biológico, psicológico y social para el bienestar del individuo dentro del seno familiar, y el contexto en el que se da este evento, es decir, el ambiente de la crianza, es vital para el sano desarrollo biopsicosocial del individuo a corto plazo y a futuro, entonces, “los primeros años de vida son cruciales en el influjo de una serie de resultados sociales y de salud a lo largo del ciclo vital. Hoy en día, los estudios revelan que muchos de los desafíos afrontados por la población adulta (problemas de salud mental, obesidad/ retardo en el desarrollo, enfermedades cardíacas, criminalidad, habilidad numérica y de lecto-escritura) tienen sus raíces en la primera infancia. En el presente, las investigaciones demuestran que el entorno inicial de los niños causa un impacto trascendental sobre el modo en que su cerebro se desarrolla. Un bebé nace con miles de millones de células cerebrales que representan el potencial de toda su vida; sin embargo, para desarrollarse, estas células necesitan conectarse entre sí. Cuanto más estimulante sea el ambiente primario, más conexiones positivas se forman en el cerebro y mejor es el progreso del niño o niña en todos los aspectos de su vida, en términos de desarrollo físico, emocional y social, así como su capacidad para expresarse y adquirir conocimientos”.⁽¹⁾

Por consiguiente, podemos definir el apego como “el vínculo emocional que se genera entre un niño y un individuo en particular (principalmente la madre) y es la forma más importante de desarrollo social que se produce en la infancia”.⁽²⁾

La separación de este vínculo, sea por causas de salud, laborales, legales, accidentales, o de otra índole que ocasionen “la ausencia de esa relación materno-filial se denomina “privación maternal” y los efectos contraproducentes de esta privación varían en intensidad”.⁽³⁾

Así pues un entorno saludable entre el binomio madre-hijo favorece el desarrollo de un sano equilibrio funcional, fisiológico y conductual, mientras que un entorno adverso lo altera. Más adelante se hace referencia en los antecedentes científicos de estudios realizados internacionalmente, como la baja sensibilidad materna, las interacciones negativas con los padres, la mala relación de apego madre-hijo, favorecen la desregulación del eje del estrés, y esto está fundamentalmente relacionado con el ambiente de la crianza. “Los hallazgos sugieren que el eje HPA (hipotálamo-pituitario-adrenal) es calibrado en los primeros años de vida, durante el embarazo y en la infancia, en relación con las experiencias de estrés y en relación a cómo los niños se les ayuda a lidiar con el estrés”.⁽⁴⁾

En consecuencia un ambiente hostil es el inicio de fenómenos en secuencia, debido a que “durante el desarrollo temprano en los seres humanos, la actividad de cortisol es sensible a la regulación social”.⁽⁵⁾ Así como un ambiente de protección, cuidado y afecto influye para un buen desarrollo emocional y físico.

Es sabido que la cercanía con la madre a través de la alimentación al seno materno, activa los cinco sentidos de percepción, la vista, el olfato, el gusto, el tacto y el oído, brindando bienestar

y placer, de esta manera mantiene en equilibrio al sistema nervioso autónomo, (simpático/parasimpático). En efecto, “los niveles de cortisol inducidos por el estrés son disminuidos por el amamantamiento del niño. La succión genera la liberación de oxitocina que a su vez se excreta por la leche materna e induce en el infante cambios fisiológicos de menor respuesta al estrés. En el caso contrario, ante la percepción de un estímulo amenazante como la separación de la madre, se produce una hipersecreción de cortisol. Sin embargo, después de la ausencia persistente de la madre (aproximadamente 21 días), el recién nacido pasa a la fase de desapego, con reducción de la conducta de exploración e inducción de conductas defensivas por el aumento persistente y mantenido del cortisol”.⁽⁶⁾

Estos fenómenos conductuales de apego fueron inicialmente observados y analizados en estudios etológicos realizados en primates (*Macaco Rhesus*), los cuales fueron separados de la madre, es relevante mencionar que durante el experimento murieron monos lactantes. En este experimento se puede observar que el mamífero prefiere el contacto físico sobre la alimentación, (*Harry Harlow Monkeys*)^{(7) (8)} dando evidencia de ello. Y el experimento en humanos particularmente en niños fue diseñado por la investigadora Mary Ainsworth en un estudio denominado *Situación Extraña*,⁽⁹⁾ donde se aprecia en los niños la respuesta conductual ante la separación materna.

Hechas las consideraciones anteriores podemos concluir que, “la privación de una adecuada figura de apego se puede manifestar como alteraciones en la regulación de la temperatura, la función del sistema inmune, la regulación del peso corporal y los patrones de alimentación (hipofagia/polidipsia)”.⁽¹⁰⁾ Como consecuencia fallo en el crecimiento y desarrollo de causas no atribuibles a enfermedad o bien obesidad, en referencia a hipofagia y polidipsia.

Si la situación materna está influida por variables que pueden perpetuar el estrés, como los extremos en la edad, el estado de necesidad económica o afectiva, la carencia de servicios de salud, escolaridad baja, estado civil, ocupación, horarios laborales excesivos, adicciones, enfermedades, figuras de apego inadecuadas o ausentes, éstos actúan como generadores de estrés en el cuidador primario y consecuentemente en el menor y lo anterior aunado al sufrimiento personal que podría implicar la separación del vínculo madre-hijo, ya sea temporal y repetidamente por la actividad laboral prolongada. Son factores que predisponen no sólo a la obesidad, sino también a comportamientos de riesgo, enfermedades crónicas no transmisibles, problemas de salud mental, derivado de respuestas fisiológicas poco saludables, mayor vulnerabilidad al estrés, generado por exceso crónico de demandas, que favorece el desgaste en las funciones bioquímicas de los sistemas ocasionando un estado de estrés crónico conceptualizado como CARGA ALOSTÁTICA y “la persistente percepción o contacto con estímulos estresantes produce una verdadera sensibilización neuroendócrina (el incremento persistente de glucocorticoides ocasiona atrofia dendrítica y muerte neuronal en algunas subregiones del hipocampo)”.⁽¹¹⁾

En consecuencia, al existir alteración con la atención selectiva, personalidad y juicio, así como una respuesta mayor de evitación, ansiedad y agresión es posible comprender la limitada capacidad para solicitar ayuda. “Las acciones sostenidas del cortisol a causa de estrés crónico

causan un proceso de degeneración neuronal a nivel del hipocampo y corteza prefrontal, así como hipertrofia en la amígdala y tienen influencia directa sobre el núcleo paraventricular donde promueven la liberación de la hormona liberadora de corticotropina. Ésto disminuye la capacidad para aprender y recordar, relacionándose simultáneamente con un aumento en la ansiedad y agresividad en la persona”.⁽¹²⁾

Es evidente entonces que el impacto de los factores psicosociales positivos o negativos tienen como “resultados secundarios, o consecuencias, a largo plazo patológicos de la CA (carga alostática) se pueden evidenciar en el cerebro, en la conducta, en el sistema cardiovascular, en el sistema inmune y en el metabolismo”.⁽¹³⁾

Estas circunstancias afectan invariablemente al binomio tanto si se dan positiva o negativamente, favoreciendo la salud o la enfermedad, puesto que una separación del vínculo resulta perturbadora para el recién nacido. Cuando se da la separación, éste activa mecanismos de protección a través de cambios conductuales, que si son desactivados con la cercanía materna lo reequilibran, en caso contrario si es sostenido y repetido favorece el estrés y en consecuencia, se presenta hipercortisolismo, mismo que puede contribuir a la acumulación de adipocitos y viceversa, en relación con la obesidad. “La obesidad es un padecimiento que juega un doble papel dentro de los padecimientos que afectan a la población; por un lado, es una enfermedad crónica, multifactorial; pero al mismo tiempo, es factor de riesgo para el desarrollo de múltiples enfermedades.”⁽¹⁴⁾

De acuerdo con Bonet, Suarez-Bagnasco y Félix-Sebastián Koch el estrés psicológico parece ser un factor que contribuye a la obesidad. “La asociación entre el estrés crónico y la carga alostática con el aumento de la incidencia de la obesidad visceral y el síndrome metabólico está fuertemente respaldada por datos epidemiológicos recientes, que indican que el estrés psicosocial crónico, es un factor de riesgo importante para la instalación de la obesidad y el síndrome metabólico en la sociedad actual”.⁽¹⁵⁾ Es entonces el estrés psicológico un importante factor que contribuye al desarrollo de obesidad. Y el estrés está marcado en un individuo directamente en relación proporcional al ambiente de la crianza y en particular al tipo de apego desarrollado.

MARCO EPIDEMIOLÓGICO

Existen cifras, en cuanto a la cantidad de madres solas, auto-empleadas o empleadoras, con empleos temporales, con largas jornadas laborales, mujeres cabeza de familia, con enfermedades físicas y/o mentales, quienes además combinan sus actividades laborales con las domésticas o el estudio; *la mujer en la economía actual de México* va en aumento. Es evidente entonces que el número de niños que se crían con personas ajenas a la madre va a la par, en guarderías, o solos, o con algún pariente, con apoyo solidario o con costo. Esto implica una separación del vínculo madre-hijo, y una elección entre la estancia con los hijos a costa de supervivencia o maternidad.

El estudio realizado por Gutiérrez J.P. y et al, (ENSANUT 2012); arrojó los siguientes datos “la evaluación del estado nutricional de la población mayor de 20 años de edad se realizó en 38,208 individuos que representan a 69, 245,519 adultos en el ámbito nacional. En las categorías de IMC (Índice de Masa Corporal) de acuerdo a los puntos de corte de la OMS (Organización Mundial de la Salud), puede observarse que la prevalencia combinada de sobrepeso u obesidad ($IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$) es mayor en las mujeres (73.0%) que en los hombres (69.4%), y que la prevalencia de obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) es más alta en el sexo femenino que en el masculino. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres de 20 años y más, de acuerdo a la institución proveedora de los servicios de salud, en este caso el IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) 85.3%; 36.5% para sobrepeso y 48.8% para obesidad. México está inmerso en un proceso de transición donde la población experimenta un aumento inusitado de IMC excesivo (sobrepeso y obesidad) que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones. Los aumentos en las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más rápidos documentados en el plano mundial. Aun cuando el aumento en la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los adultos mexicanos ha venido declinando en los últimos seis años, debe señalarse que estas prevalencias se encuentran entre las más altas del mundo. El que 7 de cada 10 adultos presenten sobrepeso y que de estos la mitad presenten obesidad constituye un serio problema de salud pública”.⁽¹⁶⁾

MARCO CONCEPTUAL

La mayor parte de los estudios de investigación internacional sobre obesidad y apego revisados fueron realizados en niños, esta investigación está enfocada en adultos para identificar si existe la asociación del trastorno de apego como factor de riesgo para obesidad, así como la búsqueda de otros riesgos existentes.

El *Cartes Modèles Individuels de Relation* (CAMIR), es un instrumento de medición validado en español y para adultos, para determinar el tipo apego. ⁽¹⁷⁾⁽¹⁸⁾

Y se obtendrá el índice de masa corporal (IMC), así como el uso de un cuestionario de datos generales. ^(ANEXO CUESTIONARIO DE DATOS GENERALES)



MARCO CONTEXTUAL

El Instituto Mexicano del Seguro Social (en adelante IMSS) cuenta en sus dependencias, con un diseño que integra los elementos necesarios humanos, estructurales y materiales, para actuar con enfoque de riesgo, a través de acciones educativas de promoción a la *salud mental*⁽¹⁹⁾. Es relevante promover y difundir con mayor fuerza el fomento de la conducta de apego a cualquier edad y primordialmente en los primeros años de vida, promoción que puede iniciarse idealmente en el programa de lactancia materna, (como alojamiento conjunto/mamá canguro) pero aún el seguimiento es débil por desconocimiento profundo del tema. Y ambas acciones son relevantes e imprescindibles (apego y lactancia materna); ya que el establecimiento de la conducta de apego es poco atendida, por lo que promover mediante intervenciones educativas dirigidas a la prevención de problemas de relación y apego es fundamental para ir generando o iniciar una nueva generación donde el adecuado y amoroso cuidado de los recién nacidos sea el medio para tener población adulta libre de obesidad y por consecuencia con menor riesgo de las enfermedades asociadas a ésta; y a otras patologías derivadas de estrés. Se puede lograr difundiendo la información en los usuarios a través del personal que participa en la atención en salud a nivel institucional. El IMSS proporciona información para el cuidado de la salud; a través de medios masivos de difusión, así que dar a conocer esta información sobre mejores conductas de cuidado hacia el recién nacido y del valor del apego, es una estrategia valiosa y productiva. Las intervenciones para prevenir el trastorno de apego a nivel poblacional no sólo son asequibles sino también costo-efectivas. Las soluciones de bajo costo pueden funcionar en cualquier lugar a la hora de reducir los principales factores de riesgo de padecer el trastorno de apego. Si bien muchas intervenciones pueden resultar costo-eficaces, las acciones preventivas pueden calificarse como las mejores opciones, medidas que deberían llevarse a cabo inmediatamente para obtener resultados en términos de vidas salvadas, enfermedades prevenidas y costos directos e indirectos evitados o disminuidos.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Se realizó una investigación en los principales buscadores en línea, encontrando estudios, en su mayoría en lactantes, preescolares, escolares y adolescentes, algunos en adultos, donde se observa al trastorno de apego como factor de riesgo para obesidad en niños y en adultos anomalías durante el sueño asociadas a dolor crónico y su relación con la disfunción hipotálamo pituitario adrenal, alteración del sistema autónomo y estrés (cortisol). Pero lo más importante que atañe a tema familiar, es el estrés paterno y la mala calidad de la relación de apego, los factores que contribuyen a favorecer una patología o bien actuar como factores de protección, siendo el ambiente de la crianza el principal regulador del eje del estrés. De modo que es en el primer entorno, generalmente el núcleo familiar, donde se enseña la primera educación de convivencia vincular con otros seres, a través de la respuesta conductual aprendida, derivada del comportamiento parental.

Estudios relacionados con obesidad y apego:

AUTOR	TITULO	ESTUDIO METODOLOGICO	PARTICIPANTES	SUJETOS DE ESTUDIO	RM* (IC* 95%)	CONCLUSIONES
Anderson S. E.; A Gozze ; Lemeshow S, C.; Whitaker R.	Obesidad : La falta de apego entre madres e hijos favorece la obesidad en la adolescencia	Estudio prospectivo de cohortes de niños nacidos en 1991	977 (71.6%) de cohorte original (1364) participantes	Niños de 15,24 y 36 meses de edad. Adolescentes 15 años.	Sin ajustar OR (95% CI) A. Inseguro 15 meses 1.03 (0.72-1.46) 24 meses 1.51(1.04-2.21) 36 meses 1.14(0.80-1.63) En relación a obesidad.	La baja sensibilidad materna en los 15, 24 y 36 meses fue asociada con incremento de obesidad adolescente. (20)
Maunder, R.G.; Hunter J.J.	El apego y la medicina psicosomática: las contribuciones de desarrollo al estrés.	En el buscador MEDLINE and Psych Info base de datos se buscó de 1966 a 2000 con palabras clave "attachment" y "object relations".	Esta literatura se revisó por primera evidencia a favor y en contra de una asociación global de apego inseguro y la enfermedad			Concluyen que la inseguridad del apego conduce al riesgo de la enfermedad a través de tres mecanismos. Estos son más susceptibles al estrés, un mayor uso de los reguladores externos de afecto, y una alteración de la conducta de búsqueda de ayuda. (21)
Félix-Sebastián Koch	El estrés y la obesidad en la infancia.	Estudio de cohorte	Los 16431 niños en el sudeste de Suecia (ABIS). Entre 1ero de Octubre 1997 y 31 de octubre 1999. 16070 niños, se cuestionaron a las madres al nacer.	N=16070 1 año N=11078 2 años N=8803 5 años N=7443 8 años N=3959	2 años Alto estrés en la familia 4.12 1.39-12.20 5 años 1.27 0.37-4.28 8 años 3.75 1.70-8.31	Variables psicológicas reportadas por los padres puede utilizarse como sustitutos de experiencias de los niños con estrés. Además, la insatisfacción corporal se puede medir con la tarea preferencia figura en niños por lo menos tan pequeños como de 7,5 años. Esta medida podría estar relacionada con la experiencia de los niños con estrés. El estrés psicológico parece ser un factor que contribuye a la obesidad infantil. (22)
Eileen P. Sloan; Robert G. Maunder; Jonathan J. Hunter; et al	El apego inseguro está asociado con la anomalía de α -EEG durante el sueño.		Treinta y un pacientes de la clínica de sueño participaron en el estudio. Veinticinco (80,6%) eran mujeres.			Este estudio, propone que la inseguridad del apego, a menudo se asocia con un estado de hipervigilancia durante la vigilia, puede estar asociada con la anomalía de α -EEG durante el sueño. La anomalía durante el sueño está asociada con dolor crónico. (23)
Sanny Smeekens; J. Marianne Riksen-Walraven ; et al.	Cinco años 'reacciones de cortisol a una tarea de fijación terminación historia.		Muestra de 129 niños	67 niños 62 niñas		Revela el profundo impacto que las interacciones negativas con los padres pueden tener en el funcionamiento y desarrollo del niño, no sólo a nivel conductual y emocional, sino también en el nivel de activación fisiológica y la regulación. (24)
Maartje P.C.M. Luijk y et al.	Gen FKBP5 y el apego resistente predice la reactividad del cortisol en niños: Gen-interacción medio ambiente.	Estudio de cohortes prospectivo investigando el desarrollo y la salud del crecimiento de la vida fetal hasta la edad adulta joven en Rotterdam. (Holanda)	Realizan un estudio en 589 infantes.	589 infantes		La calidad de la relación de apego madre-hijo influye en la regulación del estrés fisiológico. Los factores genéticos contribuyen también a la tensión reguladora del eje Hipotálamo Pituitario Adrenal. Indica a la calidad del apego como un índice del ambiente de crianza. (25)
Tara Kidd y et al.	Al examinar la asociación entre el estilo de apego adulto y la respuesta del cortisol al estrés agudo.	Cohorte epidemiológico	Realizan un estudio, 498 participantes de entre 53-76 años,	271 hombres 227 mujeres 498 Total		Los resultados de este estudio apoyan la tesis de que el estilo de apego es un factor en la determinación de la manifestación de la desregulación Hipotálamo Pituitario Adrenal. (26)
Sarah E. Anderson* y et al.	Apego Seguro y la obesidad en los Estados Unidos niños en edad preescolar.	Participan los niños y las madres en 2003 y 2005-2006 de nacimiento. Estudio longitudinal	La muestra analítica incluyó 6650 niños (76,0% de los niños evaluados en las dos olas).	El objetivo de este estudio es estimar la asociación entre el apego seguro en niños de 24 meses y su riesgo para la obesidad en 4 $\frac{1}{2}$ años de edad.	Para los niños con apego inseguro, las probabilidades de obesidad fueron 1.30 1.05-1.62.	Como conclusiones, el apego inseguro en la infancia temprana puede ser un factor de riesgo de obesidad. La prevalencia de obesidad fue de 23.1% en niños con apego inseguro y 16.6 % con apego seguro. (27)

*R.M. Razón de momios

*I.C. Intervalo de confianza

DEFINICIÓN, CONCEPTO, CLASIFICACIÓN

“Epigenética” es: “El efecto que el entorno tiene sobre la vulnerabilidad o resiliencia”. (En el individuo). Es probable que las respuestas vengan escritas en el genoma, pero al interactuar con el medio (ambiente) esa información puede re expresarse o incluso reescribirse. Desde la vida intrauterina, en el maternaje, en la red social de relación y hasta en el entorno surgen estímulos epigenéticos que pueden modificar la respuesta del sujeto y reforzar condiciones constitucionales como su vulnerabilidad o resiliencia o incluso, favorecer un cambio de una a otra condición”.⁽²⁸⁾ Si tenemos a un individuo cuyo maternaje cumple positivamente brindando un apego seguro, este sujeto tendrá más capacidades y habilidades para enfrentar con mayor éxito a los eventos de estrés en su vida, ya que los cambios en el sistema autónomo serán activados y desactivados en tiempo con más probabilidad, ésto motivado por el aprendizaje y calibración de eje del estrés en los primeros años de vida.

Es entonces la epigenética un factor parcialmente modificable a través de la educación para mejorar las habilidades parentales, siendo base la promoción al apego y lactancia exclusivamente materna. “Los cambios epigenéticos, se distinguen por su importancia, aquellos que fueron adquiridos durante las etapas tempranas del desarrollo. Los experimentos realizados en modelos animales sometidos a alto y bajo cuidado materno, demostraron que los efectos del cuidado neonatal temprano, medido en conductas de aseo y cuidado de las crías, se traducen en efectos epigenéticos sobre el gen que codifica para el receptor de glucocorticoides, generando crías que poseen una menor respuesta a la hipercortisolemia y al estrés cuando son adultas. Esto manifiesta la importancia de los factores ambientales tempranos, y cómo éstos condicionan la forma individual de responder al estrés”.⁽²⁹⁾

Ahora, en qué momento se forma el vínculo y cómo se establece la comunicación madre-hijo. “Desde su primer día el embrión y la madre se comunican. En este proceso el embrión envía señales moleculares que reciben los receptores específicos de las trompas de Falopio. Como respuesta, las trompas producen varias sustancias. Posterior a este primer contacto molecular, la comunicación materno-filial es directa, es decir, que ya no sólo es un vínculo entre células, sino de tejidos (implantación)”.⁽³⁰⁾ Es decir hormonal, implantación, unidad feto-placentaria y finalmente extrauterinamente.

Si las condiciones son favorables posterior a la implantación y desarrollo del producto ocurre el nacimiento. Es aquí donde el tipo de familia, rol familiar, tipo de comunicación, crisis normativas y para normativas toma fuerza, en relación con el ambiente de la crianza, ya que “nacemos dentro de un grupo de gente, nuestra familia y parientes, y crecemos dentro de este grupo. Normalmente, la gestación dura 9 meses, y al nacer requerimos de cuidado y protección materna; sin éstos, quedaríamos a merced de nuestro entorno. Cuanto mejores sean las condiciones de la madre, mejores serán las condiciones del hijo. A su vez, si la madre recibió amor y apoyo de su familia en la infancia o viceversa carencias y estrés, en la misma proporción afectará al hijo positiva o negativamente. Si durante la gestación no recibe apoyo familiar o de la pareja, estará más sometida a presiones y estrés. Si además vive violencia el efecto se transmitirá a su hijo. De este modo surgen los problemas psicológicos de las primeras relaciones madre e hijo. Los recién nacidos dependen de la madre y de la familia donde nacen.

El (la) recién nacido(a), tiene que orientarse hacia su madre usando toda su fuerza y todos sus sentidos. Su madre es la fuente de su desarrollo físico, emocional y psicológico. Es la persona más importante para el/la niño(a). Madre e hijo(a), desde el momento de la procreación, constituyen una unidad entrelazada emocional y psicológicamente. Una parte innata de nuestra naturaleza es la habilidad simple para adaptarnos a las relaciones madre-hijo. En los casos de vínculos afectivos exitosos, hay altas probabilidades de que el desarrollo emocional y psicológico sea positivo. En los casos de vínculos afectivos desafortunados, estos vínculos se vuelven, precarios y pueden desembocar en problemas psicológicos y emocionales severos”.⁽³¹⁾

De todo lo anterior se desprende que, “el vínculo materno es la forma primaria de vinculación de los humanos. El/La hijo(a) registra más claramente el hecho de que la madre está presente a través del contacto físico, percibiendo el olor particular de la madre y el gusto específico de su leche”.⁽³²⁾ y esta motivación aprendida será posteriormente replicada en los sucesores del individuo.

En referencia a lo anterior, “la vinculación a la madre es la base de los patrones psicológicos para todos los seres humanos. Por el contrario, esto significa que si la vinculación está ausente o seriamente fracturada, las bases psicológicas y emocionales de un individuo son excepcionalmente inestables y están sujetas a alteraciones”.⁽³³⁾ La importancia de esto deriva de que el sujeto tiende a repetir conductas aprendidas. Entonces hijos de madres con buena capacidad de apego poseen características como mayor seguridad en sí mismos y en su entorno, menores temores, y mayor capacidad para amar y demostrar los afectos, esto derivado de sus sistemas conductuales, (exploratorio, miedo y afiliativo). Si un niño no tiene una adecuada respuesta de la madre a sus necesidades afectivas, de alimento o protección, durante el transcurso de su vida, puede ser alterada su conducta.

“Para todos, el vínculo materno es el prototipo de todos los vínculos. Lo que sucede en este primer y más importante vínculo tiene influencia en todas las relaciones futuras de la vida de una persona. El vínculo materno determina la estructura subyacente de la constitución psicológica de una persona, así como los patrones posteriores de vinculación y de relación de la persona.”⁽³⁴⁾

Como personal de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social, es importante revisar cómo se afrontan las “circunstancias desfavorables para el desarrollo de un vínculo seguro y de apoyo entre madre e hijo, donde se incluyen el nacimiento prematuro, el uso de incubadoras, la presencia de maquinaria y equipo, las medicinas, la narcosis, la separación prematura de la madre del recién nacido, el contacto físico mínimo entre la madre y el bebé y la abstención de la lactancia del pecho materno. Si la experiencia del nacimiento está marcada por temor y dolor para la madre y el hijo, existe el riesgo de que el recién nacido angustiado y ansioso posteriormente se sienta inseguro y solo, a pesar de los cuidados intensos de la madre. La impresión formativa de su relación desde el principio mismo puede ser de una necesidad de proximidad y seguridad no satisfecha, lo que más adelante puede transferirse a todas sus relaciones subsecuentes”.⁽³⁵⁾ Promover en medida de lo posible el apego desde el nacimiento y

particularmente en infantes con necesidad, podría ser un punto para disminuir riesgos de salud.

EL APEGO

El apego es el vínculo emocional que se genera entre un niño y un individuo en particular (principalmente la madre) y es la forma más importante de desarrollo social que se produce en la infancia. ⁽³⁶⁾

“La teoría de la conducta de apego está basada en la premisa de la existencia de una motivación aprendida, que se codifica genéticamente y permite al infante formar un vínculo con una figura específica, para obtener de ella una “base segura”. ⁽³⁷⁾ La principal función biológica que se le atribuye es la protección.

DESARROLLO DEL APEGO

Es entonces el contacto físico, la mirada tierna, la voz suave, el seno materno, el placer de la alimentación, y la percepción olfativa de la cercanía materna, el contacto piel a piel, los que permiten este desarrollo saludable; en el futuro esto se replica con el primer objeto de amor, y con las relaciones vinculares con otros individuos. Significa entonces que se reactiva la percepción de placer, protección y cuidado o bien indiferencia, dolor o pérdida, al vincularnos con otros seres humanos. “En el curso del desarrollo sano, la conducta de apego lleva al establecimiento de vínculos afectivos o cariños, al principio entre el niño y el progenitor y, más tarde entre adultos. Las formas de comportamiento y los vínculos derivados de ellas están presentes y activos durante toda la vida. Bowlby refiere que los apegos padre-recién nacido (RN) son relaciones recíprocas: los recién nacidos (RN) se apegan a los padres y los padres se apegan a los RN. La ausencia de esa relación materno-filial se denomina “privación maternal”. Los efectos contraproducentes de esta privación varían en intensidad. La privación parcial trae consigo ansiedad aguda, excesivo anhelo de amor, de poderosos sentimientos de venganza y, como consecuencia de éstos, los de culpabilidad y depresión”. ⁽³⁸⁾ Nuestra respuesta conductual al vincularnos a través del tiempo con nuestros congéneres, ya sea para crear lazos de afecto o relaciones amorosas profundas, está marcada por la relación primaria vínculo madre-hijo de forma no innata sino más bien aprendida.

“El apego puede verse afectado por actitudes parentales dañinas, o bien actitudes parentales benéficas”. ⁽³⁹⁾

LA TEORÍA DEL APEGO

“John Bowlby ⁽⁴⁰⁾ y colaboradores plantearon que la separación producida entre un niño pequeño y una figura de apego suministra las condiciones necesarias para que se experimente con facilidad un miedo muy intenso. Como resultado, cuando el niño visualiza ulteriores perspectivas de separación, surge en él cierto grado de ansiedad. La tesis fundamental de la Teoría del Apego es que el estado de seguridad, ansiedad o zozobra de un niño o un adulto es determinado en gran medida por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto. La figura de apego no sólo debe estar accesible sino responder de manera apropiada dando protección y consuelo”. ⁽⁴¹⁾ El niño al percibir riesgo reduce su exploración,

incrementa su miedo como un sistema de autoprotección, y altera su comportamiento afectivo, exploratorio y conductual. Si esta percepción se repite de forma constante o prolongada se refuerza la conducta, se fija el aprendizaje y la respuesta ante el estrés se define en características habituales de comportamiento o tipos de apego.

Hechas las consideraciones anteriores, si el individuo aprende a confiar o si aprende a no confiar, está dado por la disponibilidad de su figura de apego durante sus primeros meses de vida, la fijación del aprendizaje permite que esta conducta persista a través del modelo operativo interno, y el comportamiento a futuro será un fiel reflejo de su primer aprendizaje. A este efecto “La teoría de Bowlby forma tres postulados:

1. Cuando un individuo confía en contar con la presencia o apoyo de la figura de apego siempre que la necesite, será mucho menos propenso a experimentar miedos intensos o crónicos que otra persona que por una razón u otra no alberga idéntico grado de confianza.
2. Es el periodo sensible durante el cual se desarrolla esa confianza. Sostiene que la confianza en la disponibilidad de las figuras de afecto, o la falta de ella se va adquiriendo gradualmente durante los años de inmadurez (infancia y adolescencia), y que, sean cuales fueren las expectativas desarrolladas durante esos años, tiende a subsistir sin mayores cambios durante el resto de la existencia.
3. Refiere el papel que desempeña la experiencia real. Señala que las diversas expectativas referentes a la accesibilidad y capacidad de respuesta de las figuras de apego forjadas por distintos individuos durante sus años inmaduros constituyen un reflejo relativamente fiel a sus experiencias reales”.⁽⁴²⁾

FASES Y TIPOS DE APÉGO

El apego se construye desde la concepción, es primordial en los primeros tres años de vida, y es indispensable mantener el vínculo en la infancia lo más cercano posible, para que en un futuro, cuando por el ciclo vital nuestros vínculos se separen, pierdan o mueran, se siga teniendo la percepción de permanecer protegido, y la percepción hacia el estrés, el miedo y la soledad disminuya.

“En la construcción del sistema de apego en el vínculo madre-hijo, se pueden identificar una serie de fases:

1. Fase de pre apego: (primeros dos meses).
2. Fase de formación del apego (2 a 6 meses).
3. Fase clara de apego (seis meses a tres años).
4. Formación de una relación recíproca (tres años en adelante). Este tipo de interacción madre-hijo dura toda la vida en los seres humanos).”⁽⁴³⁾

Cuando por cualquier circunstancia el niño es abandonado, pasa por las siguientes fases “de anhelo y protesta, fase de desesperanza y fase de desapego,”⁽⁴⁴⁾ las cuales dependiendo del tiempo de exposición al cortisol ejercerán su efecto.

Existen “cuatro tipos de apego, que se dan de manera positiva o negativa (trastorno), los patrones de la conducta de apego pueden existir a cualquier edad debido a que el desarrollo ha seguido un curso desviado.”⁽⁴⁵⁾

- A. **Apego seguro.** Se da cuando la persona que cuida al recién nacido, demuestra cariño, protección y disponibilidad, permite desarrollar un concepto positivo de sí mismo y un sentimiento de confianza.
- B. **Apego inseguro.** Refleja conductas cuyas metas son destructivas y las emociones son negativas; el vínculo no se ha desarrollado de manera correcta.
- C. **Apego ansioso ambivalente.** Se da cuando el cuidador está presente y disponible, física y emocionalmente sólo en ciertas ocasiones, lo que hace que el niño se sienta más ansioso. Dará como resultado que el niño no tenga confianza y que presente inseguridad; y
- D. **Apego evitativo.** Es cuando el cuidador deja de atender de manera constante las señales de necesidad de protección del niño. Aquí da como resultado que el individuo se sienta inseguro y desconfiado por las experiencias de abandono en la infancia.

En relación con el apego ansioso o desapego, estos pueden producir cuatro tipos de conductas en el individuo:

1. El individuo tiende a crear una confianza compulsiva en sí mismo pues debe construirse como modelo autosuficiente. Es muy difícil que realice lazos afectivos y de intimidad debido a la constante repulsa de los padres, por lo que no lograra sentirse admitido.
2. El individuo tiende a un cuidado compulsivo, poniendo prioridad al cuidado de los otros, los que deben cumplir una función de protección en relación con otros.
3. Búsqueda de cuidado compulsivo. Está caracterizado por un apego deseoso. Los individuos son altamente dependientes de la figura de apego, necesitan de un cuidado intensivo, pues en la infancia no recibieron un apego consistente.
4. De retirada con enfado. Reacciona violentamente ante la falta de disponibilidad de la figura de apego, eligen abandonar con rencor. ⁽⁹⁾⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾

Un apego seguro favorece mejor calidad de vida vínculos sociales estables, prolongados, relaciones afectivas profundas, mejor y menor respuesta al estrés, capacidad para solicitar ayuda. El individuo es capaz de mantener un equilibrio en su interior y en su entorno, disminuye su necesidad de aceptación, su percepción del ambiente que lo rodea es armoniosa. Entonces la paz emana del interior, se propaga al ambiente y comparte con quienes le rodeen. Como resultado su eje del estrés no se activa innecesariamente, el uso de sus funciones psiconeuroinmunoendocrinológicas son reguladas equilibradamente y su desgaste físico se reduce, entonces tiene más probabilidades evolutivamente de subsistir; cuando esto no se da apropiadamente, lo comentado se invierte. “El vínculo consiste en una unión psicológica entre el niño y la persona que lo cuida, por lo general su madre. Este vínculo proporciona una base emocional segura, a partir de la cual se desarrollan las relaciones maduras. Las investigaciones demuestran que un vínculo inadecuado impide el desarrollo social y emocional a lo largo de la vida. El vínculo es la relación que se inicia en la infancia y es esencial para el desarrollo normal del individuo y se produce cuando hay una relación afectiva y continuada entre la madre y el hijo. El hijo percibe a la madre como la persona más fiel y fuerte que le proporciona seguridad”.

(48)

La **medicina familiar es fundamentalmente preventiva**, la simple acción de promover apego y lactancia materna, la educación a través de programas de salud, puede reducir o retrasar, la morbimortalidad de múltiples patologías. Es pues tarea de los servicios de salud, la promoción de relaciones afectivas entre el vínculo madre-hijo, y en consecuencia y como resultado con los congéneres. Al hacerlo si se realiza un buen trabajo es sembrar la semilla generacional y en el entorno a largo plazo. En este propósito, “las relaciones afectivas que establecen los niños con sus cuidadores principales al igual que con los otros adultos con quienes establecen otros vínculos afectivos es fundamental ya que a partir de dichas relaciones los niños aprenden a interactuar con otras personas y a otorgar un valor a las relaciones interpersonales. La calidad de las relaciones que se establezcan con las figuras de apego (tanto principales como subsidiarias) será el punto de partida desde el cual el niño construirá sus creencias acerca de los otros, del mundo y de sí mismo”.⁽⁴⁹⁾

FISIOPATOLOGÍA Y CUADRO CLÍNICO

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, “los hallazgos sugieren que el eje HPA (hipotálamo-pituitario-adrenal) es calibrado en los primeros años de vida, durante el embarazo y en la infancia, en relación con las experiencias de estrés y en relación a cómo los niños se les ayuda a lidiar con el estrés”.⁽⁵⁰⁾

Entonces es “durante el desarrollo temprano en los seres humanos, la actividad del cortisol es sensible a la regulación social. Bajo condiciones de cuidado sensible, la respuesta del cortisol alta del recién nacido disminuye y se hace difícil para provocar aumentos en cortisol a muchos factores de estrés para el final del primer año de vida. Es de suponer que esta respuesta funcional menor de los glucocorticoides, se desarrolla cuando los niños aprenden a esperar que sus conductas de apego (por ejemplo, la búsqueda de proximidad) y las reacciones de angustia (por ejemplo, llanto) provocarán la ayuda de los cuidadores. Cuando los cuidados son responsables y sensibles, anticipan a los niños que los adultos los protegerán por lo que puedan hacer frente a la amenaza”.⁽⁵¹⁾

El potencial humano y funciones corporales del hijo, están directamente influenciados por el apego madre-hijo, y en menor proporción por otros vínculos. Y el apego de la madre hacia el hijo está directamente influenciado por los factores medio ambientales en relación a la madre. “El crecimiento y desarrollo normal de los seres vivos, requiere en primera instancia de genes normales, así como de una adecuada interrelación neuroendocrina y ambiental. En la estructura genética está contenida la información que determina el potencial en que cada ser humano puede crecer y desarrollarse. Este potencial alcanzaría grados variables en su expresión somática y funcional, en razón de la influencia que ejerzan los factores ambientales. El máximo potencial de crecimiento y desarrollo sólo se logra con una adecuada actividad neuroendócrina y favorables condiciones del medio ambiente”.⁽⁵²⁾

Cambios neuroendocrinos maternos en la formación del apego

“A partir de estudios en modelos animales se ha observado que hormonas como la oxitocina y la vasopresina desempeñan un papel en la iniciación del vínculo entre la madre y su cría, y el cortisol y otras catecolaminas como neuromoduladores y “memorizadores” de las diferentes

conductas de la madre, la cría y el medio externo. El proceso de apego madre-hijo comprende diferentes procesos fisiológicos independientes en la madre, que sirve como “caparazón regulador para el desarrollo del infante. En este sentido, el periodo postnatal temprano puede ser considerado como una gestación extrauterina”, que regula funciones como la frecuencia cardíaca, la frecuencia respiratoria, la frecuencia de liberación de proteínas y el estado endocrino del recién nacido, fenómenos que suceden bajo la supervisión y el control maternos. Estas funciones son estimuladas por la secreción de diferentes sustancias en la leche materna, como la oxitocina, hormona que actúa como ansiolítico en el sistema nervioso central del recién nacido, que la absorbe a partir de la leche materna, lo cual facilita un rápido condicionamiento asociado al olor materno y al mantenimiento de la memoria de este ambiente inicial”.⁽⁵³⁾

“Las conductas maternas se han mostrado asociadas, a la presencia de un pico de oxitocina inmediatamente después del parto, que hace suponer que la hormona es necesaria para la transición inicial a la conducta de apego materna, al permitir las condiciones apropiadas para la secreción de esteroides gonadales y la reorganización del bulbo olfatorio, que facilitan el inicio del cuidado por parte de la madre. Los niveles de esteroides gonadales en el posparto son imprescindibles para proveer un soporte fisiológico a la madre, que es necesario para realizar los cambios motivacionales indispensables para ejercer su función de vínculo. Su pico inicial es regulado por la oxitocina, pero posteriormente con la liberación de los estrógenos, existe una regulación mutua que lleva a un aumento en la liberación y en el número de receptores de oxitocina no solamente en el útero y el tejido mamario sino en el cerebro, donde se duplica el número de receptores, especialmente en el sistema límbico, cambios que coinciden con la iniciación de la conducta maternal y del vínculo con el recién nacido. Al parecer, la estimulación cérvicovaginal induce a la aceptación del infante. Estos hechos permiten suponer, que mujeres que no presenten un incremento en los niveles de oxitocina después del parto pueden mostrarse indiferentes frente al cuidado de sus hijos”.⁽⁵⁴⁾

“Algunas áreas cerebrales como la corteza del cíngulo prefrontal, el área medial pre óptica y la parte ventral del núcleo rojo de la estría terminalis, parecen estar implicadas en la conducta inicial de apego de la madre, por tratarse de áreas que son activadas por los picos iniciales de oxitocina y prolactina y cuya lesión se ha relacionado con la pérdida de motivación materna”.⁽⁵⁵⁾

Cambios neuroendócrinos en el niño en la formación del apego

“Tres áreas cerebrales en el recién nacido son fundamentales en el desarrollo del apego: el bulbo olfatorio, el locus cerúleo y la amígdala. Durante los primeros días posteriores al nacimiento, la percepción de olores origina cambios en el bulbo olfatorio, que se mantienen hasta la vida adulta. La activación continua de las células mitrales del bulbo olfatorio origina una cascada de cambios metabólicos que caracteriza el proceso inicial de identificación, seguido por el del aprendizaje. De esta manera, el contacto inicial del infante con la madre, activa estas vías sensitivas, permitiéndole el reconocimiento de su cuidador a través del olfato. Estas percepciones requieren de la liberación de sustancias como la norepinefrina en el locus cerúleo, que estimulará el aprendizaje del olor materno, condicionado directamente con su cercanía, es decir, su estimulación será aprendida como una recompensa “Se aprende que la percepción del olor materno está asociado con su proximidad y cuidado, y con la repetición de

esta conducta las vías que comunican con la amígdala imprimirán este condicionamiento. Al igual que el proceso de percepción olfativa, la impresión y aprendizaje de otros fenómenos y comportamientos maternos estimulan en el infante la producción de diversas conductas ante diferentes estímulos, que le permitirán la formación del apego y su adaptación al medio externo. El proceso de impresión y aprendizaje se da tempranamente a nivel visual y auditivo, requiere la liberación pre sináptica temprana y persistente de aminoácidos y cambios en la ultra estructura pos sináptica en áreas corticales específicas, que son necesarias para la atención, la cognición y la memoria. Los estudios han mostrado que la parte medial intermedia del núcleo estriado es crítica para la adquisición y temprana consolidación de la memoria y para la impresión de un estímulo visual, en tanto que la región medio-rostral del neostriatum responde selectivamente a la impresión de estímulos auditivos. El proceso comprende al menos tres eventos independientes que son fundamentales para establecer las formas de apego: primero, hay una respuesta a la aproximación materna, la cual se asocia con un aumento del estado de alerta y una inhibición de la evitación; segundo, existe una etapa de adquisición o de aprendizaje en la cual se forma en la memoria a largo plazo, una impresión de los estímulos; y tercero, hacia el final del periodo sensitivo de aprendizaje, donde hay un cambio o inversión de la conducta aproximación-evitación, se inicia la evitación de nuevos objetos mientras continúa el seguimiento del objeto de apego impreso en la memoria”.⁽⁵⁶⁾

Consecuencias neurobiológicas de las conductas de apego

“La existencia de estos procesos fisiológicos, tanto en la madre como en su hijo son los que permiten la manifestación de diferentes tipos de conducta, según la situación a la que estén sometidos. Una vez que se crea la conducta de apego, la separación como evento estresante por excelencia en esta época de la vida, traería consigo diferentes conductas, que han sido definidas en general por tres fases: fase de anhelo y protesta, fase de desesperanza y una fase final de desapego. De acuerdo a cómo se perciba y se produzca esta acción de proximidad versus separación, se van a generar diferentes procesos internos con el fin de adaptarse a estas situaciones y posteriormente memorizarlas por medio del aprendizaje por repetición, con el fin de formar una estructura en el niño que le permitirá diferenciar entre una situación posiblemente amenazante o no, y de esta forma afrontarla o defenderse de la misma. Ante estímulos percibidos como no amenazantes (la proximidad de la madre), se presenta un proceso fisiológico que permite la inducción de un metabolismo anabólico, que genera un almacenamiento de energía y crecimiento; en tanto que frente a un estímulo amenazante (un extraño) se difunde un metabolismo catabólico, con aumento de la actividad locomotora y otras demandas de energía, con el fin de realizar la respuesta de huida. Estos procesos van acompañados de cambios fisiológicos como el aumento o disminución en la activación del sistema simpático y la actividad vagal, aumento y disminución de la tensión arterial y la frecuencia cardíaca y estimulación de la liberación de hormonas gastrointestinales como la insulina, la colecistocinina, la somatostatina y la gastrina. La succión genera la liberación de oxitocina que a su vez se excreta por la leche materna e induce en el infante cambios fisiológicos de calma, tranquilidad, placer, mejoría del sueño, menor respuesta al estrés, y aumento del deseo de interacción social y de interacción. Los niveles de cortisol inducidos por el estrés son disminuidos por el amamantamiento del niño, que induce el metabolismo anabólico. Así la madre tiene un aumento del tono vagal y una disminución de la actividad del

eje simpático adrenal, además de vasodilatación cutánea que le permite brindarle abrigo a su hijo. En el caso contrario, ante la percepción de un estímulo amenazante como la separación de la madre, se produce una hipersecreción de cortisol, inicialmente manejado por un aumento en los niveles de ACTH (hormona liberadora de corticotropina), y de la CRF (factor liberador de corticotropina) producida en el núcleo paraventricular del hipotálamo, que serían abolidos con la nueva aproximación. Sin embargo, después de la ausencia persistente de la madre (aproximadamente 21 días), el recién nacido pasa a la fase de desapego, con reducción de la conducta de exploración e inducción de conductas defensivas por el aumento persistente y mantenido del cortisol, mientras que la ACTH (hormona liberadora de corticotropina) disminuye, llevando a una alteración en la retroalimentación normal de su hipófisis”.⁽⁵⁷⁾

Disfunción en el apego

“La madre con disfunción en apego, es una mujer tensa y angustiada, que se siente incompetente para criar y amamantar a su hijo porque básicamente no se puede comunicar con él y no entiende sus claves comunicacionales. No discrimina entre un llanto de hambre, de sueño, de enfermedad, de estar sucio e incómodo, o de otra naturaleza. Ello la impulsa a conductas, a veces, muy neuróticas, de sobrealimentación forzada, de excesivo número de mudas e inclusive consultar médico sin ser necesario. Esta situación de angustia e incompetencia, la va deprimiendo progresivamente hasta el grado de perder la motivación por su hijo, terminar la lactancia natural y llegar al extremo de perder el amor por él. Ello, en casos extremos, puede explicar diversas conductas de maltrato hacia su hijo, transformando a su pareja en cómplice. El recién nacido o lactante menor con disfunción en apego, también está muy tenso. Comprende a su manera, que algo no funciona bien, que no es entendido en sus demandas y que es, de cierto modo, agredido con la alimentación y demás procedimientos. Altera su ritmo de sueño y alimentación, padece de aerofagia y cólicos consecuentes, y desarrolla conductas reactivas a dicha agresión, con rechazo al exceso de alimentación y llantos excesivos e incontrolables. Ello, confunde más a su madre y se crea un círculo vicioso en el cual cada uno agrede y enferma al otro”.⁽⁵⁸⁾ Y cabe mencionar que cuando dicha privación se da en los primeros 45 minutos posteriores al nacimiento incrementa la morbilidad en el primer año de vida para el recién nacido. Este periodo es conocido como “*periodo sensible*”.

APEGO EN ADULTOS

De la literatura revisada se observó la alta frecuencia de problemas relacionados con salud mental, estos derivados de los tipos de apego y vínculo en la infancia. “Un estudio llevado a cabo con jóvenes adultos de sexo masculino con síntomas de humor deprimido clínicamente significativo exploró las relaciones entre *alexitimia*, (α (a); falta, $\lambda\epsilon\chi\iota\zeta$ (lexis); palabra y $\eta\eta\mu\omicron\zeta$ (thymos); afecto, es decir, la “ausencia de verbalización de los afectos”).⁽⁵⁹⁾ “Estilos de apego y memoria de síntomas de ansiedad por separación durante la infancia. Los resultados indicaron que los rasgos de alexitimia eran más elevados en los sujetos con apego inseguro y reseñaban mayor número de síntomas de ansiedad por separación en la infancia, independientemente de la severidad de los síntomas ansioso-depresivos actuales”.⁽⁶⁰⁾

“Estudios recurrieron a instrumentos de auto informe para la evaluación del apego, y evidencian

una asociación entre la inseguridad del apego y la sintomatología de trastornos alimentarios. Así, variables individuales, evaluación negativa del self o estrés, estilos de afrontamiento, depresión, creencias desajustadas, culpabilidad y variables sociales, ideal de belleza o patrones sociales de apariencia, presión hacia la dieta, aparecen asociadas al apego y a la patología alimentaria en algunos de estos estudios”.⁽⁶¹⁾

ESTRÉS, CARGA ALOSTÁTICA, OBESIDAD Y SÍNDROME METABÓLICO

De acuerdo con los razonamientos que se han venido realizando, “nuestra forma de pensar, creencias, y sentimientos son la actividad bioquímica en las células nerviosas de nuestro cerebro, la cual se expresa dentro del sistema psiconeuroinmunoendocrínico determinando el estado de salud actual del individuo. Normalmente, estos cuatro sistemas interactúan resultando en un estado homeostático. Este estado fomenta una salud óptima y prepara al organismo para las diferentes enfermedades existentes. Un buen número de factores median su influencia en dichas interacciones, tales como los factores hereditarios, ambientales, rasgos de personalidad, emociones y estilos de vida. La pérdida del equilibrio homeostático representa una interrupción en los procesos de interacción de estos cuatro sistemas, resultando en el inicio de síntomas que tipifican un cuadro patogénico o enfermedad”.⁽⁶²⁾

El comportamiento traduce emociones en el individuo, las cuales pueden modificar la conducta,⁽⁶³⁾ y “las emociones de un individuo podrían”⁽⁶⁴⁾ ⁽⁶⁵⁾ ⁽⁶⁶⁾ “desencadenar el estrés”⁽⁶⁷⁾ “pero la respuesta al estrés depende de la seguridad del sujeto en sí mismo”⁽⁶⁸⁾ ⁽⁶⁹⁾

“La respuesta fisiológica del estrés es activada por un estresor, la cual cumple una misión protectora y es activada de manera instantánea, a través de liberación de hormonas que permiten el inicio de un proceso de comunicación inmediata con el sistema nervioso autónomo, a través de los sistemas simpático y parasimpático,”⁽⁷⁰⁾ pero “Independientemente de la naturaleza del estímulo nocivo, en el organismo se producen las mismas reacciones fisiológicas ante el estrés. *Teoría de Hans Selye*”.⁽⁷¹⁾⁽⁷²⁾⁽⁷³⁾



“El estrés puede ser agudo”, ⁽⁷⁴⁾ “o bien crónico, donde el exceso de demandas ambientales genera perturbaciones en la habilidad y capacidad del organismo para responder a estas demandas y retornar de manera natural a un estado de homeostasis. Este desbalance generado por el exceso crónico de demandas produce un desgaste en las funciones bioquímicas del sistema psiconeuroinmunoendocrinológico ocasionando un estado de estrés crónico conceptualizado como carga alostática (CA)”. ⁽⁷⁵⁾

“La respuesta del organismo al estrés agudo es de naturaleza protectora y adaptativa, mientras que la respuesta al estrés crónico produce un desbalance bioquímico que resulta en alteraciones inmunosupresoras que conducen al desarrollo de enfermedades inflamatorias, fatiga causada por el agotamiento de las glándulas suprarrenales, enfermedades metabólicas que incluyen obesidad, diabetes tipo 2, y enfermedades cardiovasculares”. ⁽⁷⁶⁾

“La carga alostática (CA) representa a los diferentes sistemas involucrados en la respuesta alostática y que deben ser activados en tiempo y forma para permitir una adaptación efectiva, pero también deben ser inactivados en adecuado tiempo y forma para evitar daños en el organismo y en los sistemas involucrados en la alostasis. Las consecuencias nocivas de la sobrecarga alostatica se manifiestan principalmente en los órganos o sistemas blanco, que a la vez son los responsables de responder a las demandas del organismo para mantener la homeóstasis. Estos órganos son el cerebro, el sistema endócrino y metabólico, el sistema cardiovascular y el sistema inmunológico”. ⁽⁷⁷⁾⁽⁷⁸⁾

“La asociación entre el estrés crónico y la carga alostática CA con el aumento de la incidencia de la obesidad visceral y el síndrome metabólico, está fuertemente respaldada por datos epidemiológicos recientes, que indican que el estrés psicosocial crónico, es un factor de riesgo importante para la instalación de la obesidad y el síndrome metabólico en la sociedad actual”. ⁽⁷⁹⁾

“La Federación Internacional de Diabetes (IDF) y la Asociación Americana del Corazón (AHA), han intentado resolver las diferencias entre el síndrome metabólico y acordaron que la obesidad abdominal no debe ser un prerrequisito para el diagnóstico, pero es uno de los 5 criterios y la presencia de cualquiera de 3 a 5 factores de riesgo constituyen el diagnóstico del síndrome metabólico. Esto puede ser una respuesta en la definición común del criterio para el diagnóstico clínico del síndrome metabólico.

Criterios para el diagnóstico clínico del síndrome metabólico:

- Circunferencia elevada en la cintura (Población –país- definiciones específicas)
- Triglicéridos elevados ≥ 150 mg/dl
- HDL-C reducido < 40 mg/dl en varones y < 50 mg/dl mujeres
- Presión elevada (en pacientes tratados con drogas antihipertensivas con un historial de hipertensión es un indicador alternativo) sistólica ≥ 130 y/o diastólica ≥ 85 mmHg
- Glucosa elevada (paciente con tratamiento con medicamento es un indicador alternativo) ≥ 100 mg/dl ⁽⁸⁰⁾

“La obesidad es un problema de salud que afecta a la población, caracterizada por ser una enfermedad crónica, multifactorial, donde intervienen factores genéticos, metabólicos, psicológicos y ambientales que contribuye al desarrollo del padecimiento”.⁽⁸¹⁾

“La obesidad primaria es la enfermedad que actualmente se está convirtiendo en un problema de salud pública en nuestro país. La obesidad primaria resulta de una compleja interacción entre factores ambientales (dieta inadecuada, sedentarismo, factores psicológicos y socioculturales), asociados a una predisposición genética que genera alteraciones en el gasto energético. Constituye más del 95 % de la obesidad clínica, donde grandes aumentos de grasa corporal pueden resultar de mínimas, pero crónicas diferencias entre la ingesta y la energía gastada. La obesidad se asocia con desequilibrios entre la ingestión energética calórica y las necesidades titulares de energía. Dicho de otra manera, es un desequilibrio entre ingestión, síntesis de grasas y su oxidación en personas con desordenes del apetito y deterioro del control de la saciedad o del hambre”.⁽⁸²⁾ La obesidad tiene muchas repercusiones en todos los niveles, cardiovasculares, cerebrales, dermatológicas, genito-urinarias, metabólicas, pulmonares, osteoarticulares, psicológicas, quirúrgicas, reproductivas, sanguíneas, salud mental y sociales.

Clasificación del índice de masa corporal según OMS

Tipo	Explicación	Valores
A	Bajo peso	<18.5
B	Normal	18.5-24.9
C	Sobrepeso	25-29.9
D	Obesidad G I	30-34.9
E	Obesidad G II	35-39.9
F	Obesidad G III	>40

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El conocer el tipo de apego que un individuo presenta, sirve para determinar la vulnerabilidad al estrés, condición que puede aumentar la prevalencia o el riesgo de obesidad.

Teóricamente se muestra que los trastornos de apego son más susceptibles al estrés, con mayor uso de reguladores externos de afecto, alteración en la búsqueda de ayuda, y consecuentemente tienen menos factores protectores individuales, menos recursos de afrontamiento, dado a sus *modelos operativos internos*, recurso que no significa normativamente, que no lo puedan adquirir a través de un vínculo de valor y transformarse en un factor de protección, o teniendo un estado de conciencia pleno de la consecuencia de las acciones.

El conocer un factor específico que nos hace vulnerables al estrés, permite el diagnóstico temprano y las acciones preventivas en relación a la obesidad y las consecuencias médicas de ésta. El que 7 de cada 10 adultos presente sobrepeso y obesidad; y que de estos la mitad presente obesidad constituye un serio problema de salud pública. La obesidad tiene repercusión en todos los niveles. (Físico, fisiológico, metabólico, psicológico, social, salud, ambiental)

En el orden de ideas anteriores, individuos con mal afrontamiento y vulnerables al estrés, son personas que usan sus mecanismos de adaptación y resistencia con mayor frecuencia, y que tiene probabilidades más altas de presentar prematuramente patologías, si a esto aunamos que su fuente de placer es la comida, completamos un ciclo para favorecer la patología.

A pesar de existir un volumen importante de trabajos en los que se explora la prevalencia y los factores asociados a la obesidad, es difícil comparar los hallazgos dado que los instrumentos utilizados para establecer la presencia de obesidad no implican la relación de trastorno de apego, la interrelación con medidas clinimétricas, y otras variables, por lo que la investigación podría ser predictiva a la vulnerabilidad del sujeto a patologías.

Con base en lo expuesto, se realizará un estudio para identificar si existe asociación de obesidad y trastorno de apego como factor de riesgo en pacientes adultos en el HGZ y MF No.1, IMSS en Pachuca, Hidalgo, puesto que hasta el momento no se tiene reportes de estudios previos con estas características realizadas local, estatal o a nivel nacional.

Por lo anterior surge la siguiente pregunta:

¿EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD Y TRASTORNO DE APEGO EN PACIENTES ADULTOS EN EL HGZ Y MF No. 1 DEL IMSS, EN PACHUCA HIDALGO?

5. JUSTIFICACIÓN

El trastorno de apego está asociado con respuestas fisiológicas poco saludables, de mayor vulnerabilidad al estrés. Este desbalance generado por el exceso crónico de demandas (mayor uso de reguladores de afecto y aceptación) lo cual produce un desgaste en las funciones bioquímicas de los sistemas ocasionando un estado de estrés crónico conceptualizado como carga alostática CA y por alteraciones en la conducta de búsqueda de ayuda. Para regular el estrés el individuo usa *mecanismos compensatorios*, como el placer, a través de los sistemas de recompensa cerebrales en el SNC (*Sistema Nervioso Central*). La evidencia demuestra que el comer, en exceso y por placer, y el consumo de ciertas sustancias controladas involucran los mismos circuitos cerebrales actuando de manera idéntica. En el caso de la obesidad, algunas personas pueden estar en mayor peligro para el desarrollo del comer compulsivo porque son hipersensibles a las propiedades compensadoras de la comida. Un estado de estrés crónico favorece la hipercortisolemia la cual parece contribuir a la acumulación de adipocitos y viceversa. Este estado está favorecido por el trastorno de apego.

Garrido Santelices (Chile)	Norma original n (%)		Chile	
Apego seguro	367	63.5 %	297	51.4%
Apego rechazante (evitante)	72	12.5%	118	20.4%
Apego preocupado	128	22.1%	143	24.7%
Apego desorganizado	11	1.9%	20	3.5%
	578	100%	578	100%

En un estudio realizado en Ohio State University, en E.U., observaron que en un total de 241 niños el (24.7%) presentaba una relación madre-hijo de baja calidad durante sus primeros años de vida, con la posterior prevalencia de obesidad en la adolescencia de un 26.1%.

En las categorías de IMC (*Índice de Masa Corporal*) de acuerdo a los puntos de corte de la OMS, puede observarse que la prevalencia combinada de sobrepeso u obesidad es mayor en las mujeres (73.0%) que en los hombres (69.4%), y que la prevalencia de obesidad es más alta en el sexo femenino que en el masculino. La prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres de 20 años y más, de acuerdo a la institución proveedora de los servicios de salud, en este caso el IMSS, es de 85.3%; 36.5% para sobrepeso y 48.8% para obesidad. ENSANUT 2012

El HGZ y MF No.1, Pachuca Hgo., cuenta con usuarios con apego ya que éste es normativo, pero individual dependiendo de las características propias de cada persona. Este estudio dará a conocer si existe asociación de obesidad con el trastorno de apego como factor de riesgo.

Calibrar el eje del estrés en el momento correcto y con la acción correcta, disminuirá la prevalencia de enfermedades por ser el tipo de apego un factor de riesgo. Por lo tanto se reducirán los gastos en salud, por obesidad y otras patologías.

Viabilidad. La investigación es viable ya que se cuenta con el recurso humano, lugar, tiempo e instrumentos de medición adecuados para la realización de la investigación.

Factibilidad. Esta investigación será posible, ya que se tiene la disponibilidad de recursos, financieros, humanos y materiales que determinarán, en última instancia, los alcances de la misma.

Pertinente. Se desconoce si existe asociación entre obesidad y trastorno de apego a nivel nacional, estatal o local.

Magnitud. El aumento en la prevalencia de obesidad en México se encuentra entre los más rápidos documentados en el plano mundial. El que 7 de cada 10 adultos presente sobrepeso y obesidad; y que de estos la mitad presente obesidad, constituye un serio problema de salud pública. ^(ENSANUT 2012)

Trascendencia. Identificar si existe asociación entre obesidad y trastorno de apego en pacientes adultos, permitirá realizar una detección de pacientes susceptibles al estrés y aplicar medidas, derivado de que toda intervención educativa puede tener efectos en quien la da y la recibe, y ser transmitida, a través de dichas intervenciones. Idealmente sería sensibilizar el trato del personal de salud-paciente y el parental de madre-hijo en maternidades, guarderías, hospitales, y en toda instancia que salvaguarde la salud infantil, derivado de los efectos transgeneracionales. Al hacer conciencia del apego, como parte de la salud mental y física (psicofísica) y que no derive a largo plazo en patologías de larga evolución y sus respectivas complicaciones, reduciendo el impacto en los gastos de salud-enfermedad.

Política. En la actualidad la obesidad a nivel local, estatal, nacional y mundial ha incrementado con ritmos acelerados y de manera alarmante, por lo que es necesaria su detección oportuna y determinar los grupos en etapa vulnerable, para que reciban de manera pronta el tratamiento e intervención necesaria, mediante acciones preventivas y lo trasmitan a su descendencia, a través de políticas públicas de prevención a la salud y de la promoción de programas de apego en diada o bien cuidadores primarios, ya que el trastorno de apego, no solo es factor de riesgo para obesidad, sino factor de riesgo para patologías previamente comentadas. Además, con estas acciones al tiempo se cumple con las obligaciones en virtud de la convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Niños. En cuanto a política exterior en Chile, con el cambio de La ley N° 20.545, la cual, "Modifica las normas sobre la Protección de la Maternidad e incorpora el permiso Postnatal Parental", más conocida como la "Ley de postnatal de 6 meses" es una ley aprobada por el Parlamento de Chile y promulgada por el Gobierno de Chile, el cual permite a las madres chilenas (y eventualmente los padres) ampliar el tiempo para acompañar a sus hijos recién nacidos. Esta ley está vigente desde la publicación en el Diario Oficial de Chile, el 17 de octubre de 2011. El cual menciona *"primera vez se reconoce en un subsidio estatal el rol fundamental del padre en la crianza y la importancia que tiene para que pueda construir lazos de cariño y apego con sus hijos desde la primera infancia"*. En Gran Bretaña se ha cambiado la modalidad de atención en guarderías derivada de las investigaciones en el tema del apego.

Administrativa. De acuerdo a los lineamientos administrativos institucionales, se justifica la investigación, ya que cuenta con los criterios organizacionales de las instituciones y se apega a la normatividad administrativa institucional con la coordinación directa con las jefaturas.

Interesante. El estudio será interesante por hacer un abordaje diferente, al origen de la etiología de la obesidad, comentando que existen técnicas de sensibilización de la diada madre-hijo desde el embarazo para promover el apego y reducir alteraciones conductuales tempranas –que afectan el sistema de miedo, afiliativo y exploratorio-, dado a que la alteración de éstos favorecen el trastorno afectivo con repercusiones a todos los niveles (psiconeuroinmunoendocrinológicos). Por lo tanto, se pueden no sólo prevenir la obesidad, sino también retrasar, impedir o limitar en algunos casos la aparición temprana de patologías crónicas y degenerativas.

Relevante. La investigación tiene un impacto potencial, porque todo ser humano puede verse beneficiado con su aplicación por la disminución de la morbimortalidad por enfermedades o conductas de riesgo con tan sólo fomentar el apego y vínculo de los padres en el nacimiento y la crianza, derivado de la importancia que tiene para que puedan construir lazos de cariño y afecto con sus hijos desde la primera infancia, y con esto prevenir, reducir, limitar y evitar patologías no transmisibles. Al identificar la existencia de asociación entre obesidad, otras variables y el trastorno de apego se podrán impulsar programas preventivos, además de que el presente estudio puede ser la base para nuevos estudios, dándole la relevancia que implica un trastorno afectivo a largo plazo. El apego tiene en sus componentes todos los elementos para ser elevado a programa social como lo es la lactancia materna, ya que ambos son insustituibles, de alto impacto psiconeuroinmunoendocrinológico y relevantes para la salud infantil, para el bienestar físico y emocional del individuo a largo plazo, así como del entorno familiar y social.

Ético. Para su aplicación se solicitará autorización a cada uno de los participantes a través del consentimiento informado sin afectar su integridad y respetando el anonimato. Obedeciendo a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial; al reglamento de La Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en México; apegándose así mismo a la reglamentación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y señalando que no se realizará en grupos vulnerables.

Novedoso. Hasta el momento no se tiene reportes de estudios previos con estas características realizadas de manera local, estatal o a nivel nacional. Además no existe algún programa de sensibilización en la diada (madre-hijo) en nuestro entorno específico, salvo la lactancia materna.

6. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

IDENTIFICAR SI EXISTE ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD Y TRASTORNO DE APEGO EN PACIENTES ADULTOS EN EL HGZ Y MF No.1, DEL IMSS, PACHUCA HGO.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar el índice de masa corporal (IMC).
2. Clasificar el IMC de los adultos de 18 a 60 años
3. Conocer cuál es el tipo de apego en los pacientes encuestados.

OBJETIVO SECUDARIOS

1. Identificar si existe asociación entre obesidad, tipo de apego, figura de apego, edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, tabaquismo, alcoholismo, adicciones y enfermedades no transmisibles. (Infarto al miocardio, evento vascular cerebral, hipertensión arterial, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica EPOC – enfisema, bronquitis crónica y síndrome bronco-obstructivo-, asma y diabetes)

7. HIPÓTESIS

Hipótesis de trabajo

Existe asociación entre obesidad y trastorno de apego en la población en estudio.

Hipótesis Nula (H_0)

No existe asociación entre obesidad y trastorno de apego en la población en estudio.

8. METODOLOGÍA

DISEÑO METODOLÓGICO

- **TIPO DE ESTUDIO**

Diseño de la investigación: Epidemiológica.

Observacional, transversal, comparativo.

Probabilístico:

Aleatorio simple.

Este diseño tiene las siguientes características:

Observacional: Porque sólo nos concretaremos a mirar cómo ocurre el evento en la naturaleza sin intervención del investigador para modificar las variables.

Transversal: Porque se realizará una sola medición de cada variable al aplicar el ambispectivo porque tenemos información que se recabará en el momento de la entrevista y la toma del IMC. Además para generar la hipótesis, estimar prevalencia e identificar posibles factores de riesgo para algunas enfermedades.

Comparativo: El diseño transversal comparativo incluye a un tamaño de muestra de la población en estudio para el análisis, se toman en cuenta pacientes obesos y no obesos, y de ellos se buscará quiénes tienen el trastorno de apego y quiénes no.

- **POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO**

Usuarios obesos y no obesos, de ambos sexos de 18 a 60 años derecho-habientes al HGZ y MF No.1, del IMSS, Pachuca Hidalgo.

Lugar donde se desarrollará el estudio.

La recolección de variables se realizará al llenado del cuestionario de datos generales, previa o posteriormente se tomarán medidas antropométricas. La antropometría, CaMIR y cuestionario se realizarán en un consultorio de medicina familiar o zona adaptada exprofeso en el HGZ y MF No.1; el CaMIR y el cuestionario, así como, la toma de medidas antropométricas serán facilitados y realizados respectivamente por la investigadora. El llenado del cuestionario puede ser apoyado por el encuestador.

Unidad de Observación.

Paciente usuario de sexo masculino y de sexo femenino, ambos de 18 a 60 años de edad.

Unidad de Análisis.

Obesidad, apego y factores de riesgo.

Periodo de estudio.

Se realizará una vez autorizado el protocolo (2 meses).

- **TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO DE LA MUESTRA**

Muestreo probabilístico, aleatorio simple.

TAMAÑO DE MUESTRA

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2}$$

Tamaño de muestra para una proporción. Población infinita.

En donde:

N= Tamaño de la muestra que se quiere

p= Proporción de sujetos portadores del fenómeno en estudio

q= 1 – p (complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio)

δ= Precisión o magnitud del error que estamos dispuestos a aceptar

Zα= distancia de la media del valor de significación propuesto. Se obtiene de tablas de distribución normal de probabilidades y habitualmente se utiliza un valor de α de 0.05, al que le corresponde un valor de Z de 1.96

Precisión de la estimación = ±12% (δ= 0.12).

Nivel de confianza= 95% (α=0.05, Zα = 1.96).

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p)(q)}{\delta^2} = \frac{(1.96)^2 (.50)(.50)}{0.12^2} = \frac{0.9604}{.0144} = 66.69$$

El tamaño de muestra es de 67 individuos, más el 10% para estimar perdidas. El tamaño total del número de muestra para el presente estudio es: 74.

Proporción esperada 50%, nivel de confianza 95%, variación aceptada de la proporción esperada del fenómeno 67 (±12%). Calculada a 2 colas con poder de 80%.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSION Y DE ELIMINACION**

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos.
- De 18 a 60 años.
- Obesos y no obesos.
- Usuarios con vigencia de derechos.
- De ambos turnos de atención en el HGZ y MF No. 01 IMSS.
- Quienes acepten participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

Criterio de exclusión

- La presencia de un diagnóstico psiquiátrico grave.
- Grupos vulnerables, comunidades, embarazadas, puérperas o grupos subordinados.
- Pacientes sin vigencia de derechos.
- Menores de edad, adolescentes menores de 18 años y mayores de 60 años.

Criterios de eliminación

- Quienes no contesten la encuesta completa.

- **INFORMACION A RECOLECTAR
(VARIABLES A RECOLECTAR)**

DEPENDIENTE

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
OBESIDAD (IMC)	El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. El IMC es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos.	<p>Peso: La medición se realizará con báscula (Torino Plus), previa calibración de la misma.</p> <p>Talla: Se midió con un estadímetro.</p>	Cuantitativa	Continua	<p>Kg/m²</p> <p>Infrapeso IMC <18.49</p> <p>Normal IMC ≥18.5 - 24.99</p> <p>Sobrepeso IMC ≥ 25 – 29.99</p> <p>Obesidad IMC ≥30 (I, II y III)</p>

INDEPENDIENTE

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Apego	El apego es un vínculo afectivo, un lazo emocional que una persona establece con otras y que le impulsa a aproximarse a ellas.	De acuerdo al cuestionario de evaluación de apego en el adulto CaMIR. Mide <i>modelos operativos internos</i> de relación y las estrategias relacionales o prototipos de apego clasificados en seguro, preocupado y rechazante. Mediante 13 escalas, 72 ítems, 3 estados: pasado, presente y estado de la mente.	Cualitativa	Nominal	<p>1=Seguro</p> <p>2=Preocupado</p> <p>3=Rechazante o evitante</p>

VARIABLES SECUNDARIAS O SOCIODEMOGRÁFICAS

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Figura de apego	<p>Figura de apego central: Habitualmente e idealmente es la madre, pero va a depender de la identidad de quien brinda los cuidados o quien se percibe más capaz de hacer frente a la situación, en el sentido de brindar protección apoyo y consuelo.</p> <p>Figura de apego subsidiaria: Son aquellas figuras a las que el niño va a recurrir cuando no sabe dónde se encuentra la figura central de apego. Estas sólo podrían convertirse en centrales en el caso de ausencia prolongada o permanente de la madre.</p>	Se preguntará en el cuestionario de datos generales, pidiendo identifique su figura de apego.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> Figura de apego central. Figura de apego subsidiaria.

NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
Edad.	Años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de su nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Se preguntará en el cuestionario de datos generales, pidiendo que escriba con números arábigos los años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa	Continua	18 a 60 años
Sexo	Son las características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como macho y hembra. Se reconoce a partir de datos corporales genitales; el sexo es una construcción natural, con la que se nace.	Se preguntará en el cuestionario de datos generales, pidiendo que selecciones una de las dos opciones señaladas.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> Masculino Femenino
Antecedente escolar	Estudios que la persona tuvo que realizar para ingresar a una carrera técnica o comercial, a la normal básica o superior o a la profesional. El antecedente puede ser de primaria, secundaria o preparatoria.	Se preguntará en el cuestionario de datos generales, pidiendo que selecciones una de las dos opciones señaladas.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> Escolaridad incompleta Primaria Secundaria Preparatoria Licenciatura Posgrado Analfabeta Otro mencionar
Estado civil	El estado civil es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Se preguntará en el cuestionario de datos generales, pidiendo que selecciones una de las dos opciones señaladas.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> Soltero(a) Casado(a) Unión libre Viudo(a) Divorciado(a) Madre/padre soltero Separado Otro
Ocupación	Término que proviene del latín <i>occupatio</i> y que está vinculado al verbo ocupar (apropiarse de algo, residir en una vivienda, despertar el interés de alguien). El concepto se utiliza como sinónimo de trabajo, labor o quehacer.	Se preguntará en el cuestionario de datos generales, pidiendo que selecciones una de las dos opciones señaladas.	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> Empleado Desempleado Hogar Autoempleo
Tabaquismo	Un fumador es una persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. (OMS)	Se preguntará en el cuestionario de datos generales, pidiendo que selecciones una de las dos opciones señaladas.	Cualitativa	Dicotómica	<ol style="list-style-type: none"> No fuma Tabaquismo

Alcoholismo	Término de significado variable y usado durante mucho tiempo que se emplea generalmente para referirse al consumo crónico y continuado o al consumo periódico de alcohol que se caracteriza por un deterioro del control sobre la bebida, episodios frecuentes de intoxicación y obsesión por el alcohol y su consumo a pesar de sus consecuencias adversas. (OMS)	Se preguntara en el cuestionario de datos generales, pidiendo selecciones una de las opciones señaladas	Cualitativa	Dicotómica	1. No toma 2. Alcoholismo
Adicción	Estado de intoxicación crónica y periódica originada por el consumo repetido de una droga, natural o sintética. (OMS)	Se preguntara en el cuestionario de datos generales, pidiendo selecciones una de las opciones señaladas	Cualitativa	Dicotómica	1. No consume 2. Si consume
Enfermedad crónica no transmisible	No se transmiten de persona a persona. Son de larga duración y por lo general evolucionan lentamente. Los cuatro tipos principales de enfermedades no transmisibles son las enfermedades cardiovasculares (como ataques cardíacos y accidente cerebral vascular), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (EPOC y asma) y la diabetes. (OMS)	Se preguntara en el cuestionario de datos generales, pidiendo selecciones en caso de padecer una o varias de las opciones señaladas.	Cualitativa	Nominal	1. Enfermedad cardiovascular (IM/EVC/HTA) 2. Cáncer 3. Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC/Asma) 4. Diabetes

• METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

Descripción del estudio.

Se invitó al personal de todos los turnos, para que participaran y directamente a los pacientes en salas de espera del HGZ y MF No.1, para que otorgaran el consentimiento informado y fueran incluidos al estudio aquellos que cumplieron con los criterios de selección.

1) Se solicitó a los pacientes encuestados que contestaran el cuestionario CaMIR (72 reactivos), cuya aplicación dura aproximadamente 45 minutos, implica la utilización del cuestionario de dos maneras diferentes: en formato Likert y en formato Q-Sort. En una *primera etapa* se solicita al sujeto repartir las 72 cartas en tres montones, desde verdadero, ni verdadero-ni falso y falso, teniendo puntajes de 1 a 5. Posteriormente, en la *segunda etapa*, se aplica el procedimiento Q-Sort o de distribución forzada, solicitando al sujeto retomar su elección de manera que cada montón tenga un número determinado de cartas (12-15-18-15-12), las cuales fueron distribuidas en cinco montones. Este procedimiento es muy interesante, ya que disminuye la deseabilidad social y permite explorar aspectos significativos de la experiencia personal del sujeto. Se dispone de tres prototipos de Q-Sort: el prototipo rechazante, preocupado y seguro.

Para determinar tipo de apego; reagrupados en las siguientes escalas (13)

Escala A: Interferencia Parental (IP);
 Escala B: Preocupación Familiar (PF);
 Escala C: Resentimiento de Infantilización (RI);
 Escala D: Apoyo Parental (AP);
 Escala E: Apoyo Familiar (AF);
 Escala F: Reconocimiento de Apoyo (RA);

Escala H: Distancia Familiar (DF);
 Escala I: Resentimiento de Rechazo (RR);
 Escala J: Traumatismo Parental (TP);
 Escala K: Bloqueo de Recuerdos (BR);
 Escala L: Demisión Parental (DP);
 Escala M: Valorización de la Jerarquía (VJ).

Escala G: Indisponibilidad Parental (IP2);

De este modo, el CaMIR entregó puntajes en 13 escalas relacionadas a los patrones de apego y además entrega puntajes en cada uno de los prototipos de apego (seguro, rechazante y preocupado), describiendo al caso predominante, en tres ejes: pasado, presente y estado de la mente. Dicho instrumento de medición fue validado en países de habla hispana como Chile, España y Perú. ⁽⁸³⁾⁽⁸⁴⁾⁽⁸⁵⁾

- 2) Medición de peso: La medición se realizará con báscula (Torino Plus). Previa calibración de la misma, el sujeto se pesará con bata y calzoncillos, sin zapatos. Se verificará que la báscula indique 0 al inicio de cada medición.
- 3) Medición de talla: Se medirá con un estadímetro. Sin zapatos, el sujeto se colocará en la base de la báscula, en posición vertical, con las puntas de los pies levemente separadas y los talones juntos. La cabeza, los hombros, las nalgas y los talones se mantendrán en contacto con el plano vertical.

Descripción del estudio

Se presentó el protocolo de estudio ante el Comité Local de Investigación (CLIEIS) del hospital, para su revisión, corrección y aprobación. Se realizó el estudio una vez aprobado el protocolo.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva, con base al tipo de variable y escalas seleccionadas para el estudio, y se determinaron las pruebas estadísticas y los intervalos de confianza para un 95% (IC95%) y tomando en cuenta como significativos aquellos valores $p < 0.05$.

Análisis univariado:

Obteniendo para *variables continuas* medidas de tendencia central y/o de dispersión.

Para *variables nominales* se utilizarán proporciones o razón de prevalencia y/o porcentajes.

Análisis bivariado:

Se hará a través del cálculo de medidas de asociación correspondientes a las variables de obesidad vs tipo de apego; utilizando pruebas de significación estadística (cuantitativa/cualitativa), con el objeto de determinar la probabilidad de asociación entre las variables dependiente e independiente, así como los factores de riesgo. Se calculará la razón de prevalencias y/o razón de momios de prevalencia (RM/OR) con sus respectivos intervalos de confianza. Se identificara también la variable que muestre ser un factor de riesgo o protección.

Utilización de Software SPSS 20. ⁽⁸⁶⁾

- **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

En base a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, respetando el marco legal regulatorio en México, Ley General de Salud, Ley General de Salud y Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Código Penal Federal, Norma Oficial Mexicana del Expediente Clínico NOM-168-SSA1-1998, normativa del Instituto Mexicano del Seguro Social.

La investigación será de “Riesgo mínimo”, por lo que una vez sometida a consideración y autorización del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud del HGZ y MF No.1 del IMSS, Pachuca, Hgo., se solicitara consentimiento bajo información a los sujetos de estudio.

Señalando que no se realizará en grupos subordinados. Se incluyó carta de consentimiento informado para el protocolo de investigación. En ésta se describen justificación y objetivos del estudio, procedimientos, posibles riesgos y molestias, posibles beneficios e información sobre resultados del estudio para los participantes. Se describe la disponibilidad de tratamiento médico a los derecho-habientes. (Anexo Carta de consentimiento informado)

Dentro de los aspectos de bioseguridad, el diseño de la investigación clínica es bio-seguro, ya que no existen riesgos biológicos, químicos, físicos o mecánicos.

9. RESULTADOS

Los pacientes fueron convocados a participar por medio de invitación directa mediante trípticos ofrecidos en salas de espera del Hospital General de Zona y Medicina Familiar No.1 “Dr. Alfonso Mejía Schroeder” en Pachuca Hgo. En caso de aceptar y que cumplieran con los criterios de inclusión se proporcionaba el consentimiento informado, realizando esto de fecha 16 de noviembre del 2013, a la fecha 02 enero 2014, en un lapso de 48 días. Fueron seleccionados 79 sujetos, en quienes se determinó mediante peso y talla el IMC (índice de masa corporal) clasificándolo en bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad. Y los resultados fueron captados en base de datos de excel.

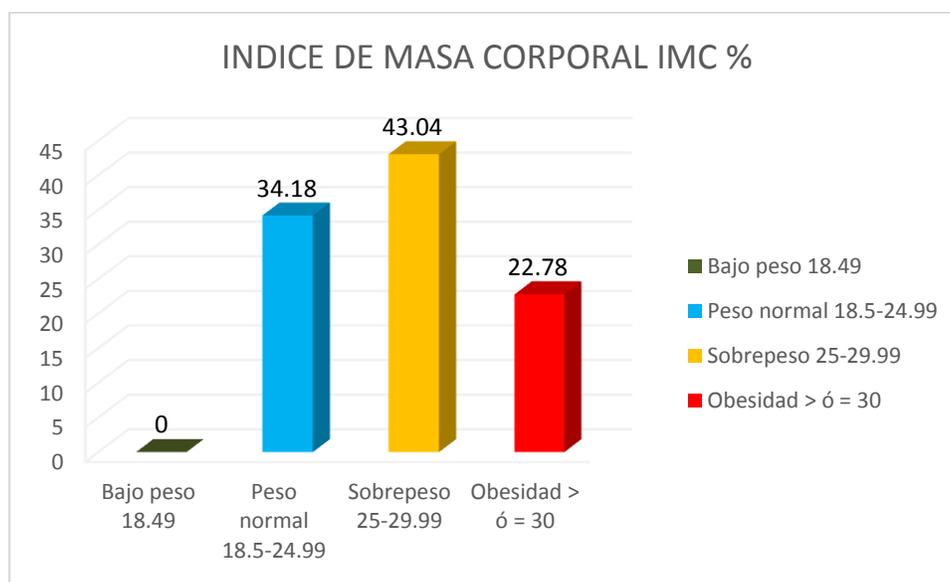
Encontrando los siguientes resultados según los objetivos planteados:

DETERMINACION DEL INDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

Cuadro no. 1
Distribución de pacientes según índice de masa corporal

Índice de masa corporal (IMC)	n	%
Bajo peso 18.49	0	0
Peso normal 18.5-24.99	26	34.18
Sobrepeso 25-29.99	35	43.04
Obesidad > ó = 30	18	22.78
TOTAL	79	100

Se observó que el mayor porcentaje de la población estudiada tiene sobrepeso con un 43.04%, en segundo lugar se encuentra el peso normal 34.18 %, y en tercer sitio se tiene a la obesidad 22.78%, (**Cuadro no. 1 y figura no. 1**).



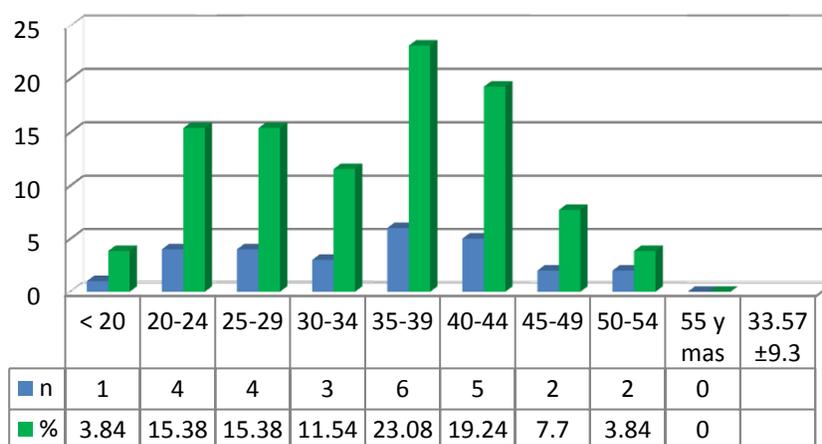
Fuente. Figura no. 1

Fuente: Cuestionario de recopilación

CLASIFICACION DEL IMC EN LOS ADULTOS DE 18 A 60 AÑOS

Posteriormente se clasifico el índice de masa corporal (IMC), de acuerdo a la edad de los pacientes adultos de 18 a 60 años, encontrando en el grupo de edad de 35 a 39 años la mayor proporción de peso normal, con un 23.08 % (Figura A)

PESO NORMAL

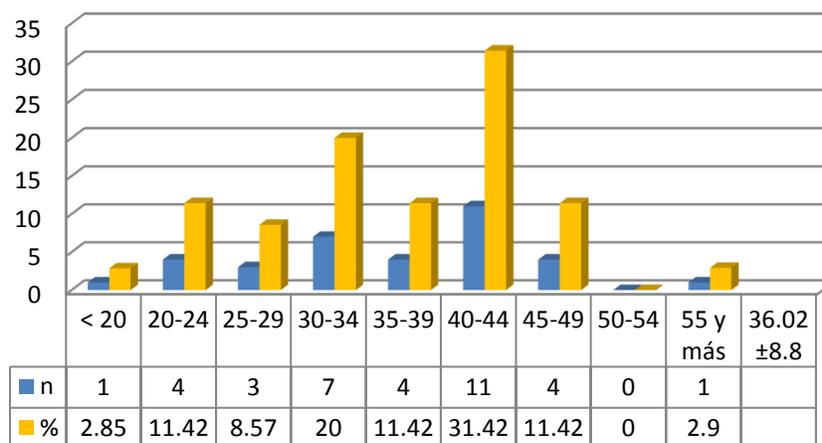


Fuente. Figura A

Fuente: Cuestionario de recopilación

En cuanto al sobrepeso, el índice de masa corporal (IMC), en los pacientes adultos de 18 a 60 años, se encontró en el grupo de edad de 40 a 44 años la mayor proporción de sobrepeso, con un 31.42 % (Figura B)

SOBREPESO

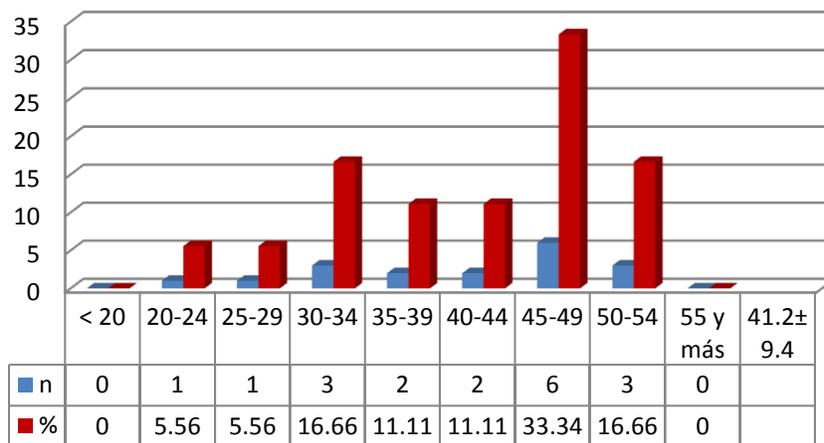


Fuente. Figura B

Fuente: Cuestionario de recopilación

El índice de masa corporal (IMC), en los pacientes adultos de 18 a 60 años, se encontró en el grupo de edad de 45 a 49 años la mayor proporción de obesidad, con un 33.34 % (Figura C)

OBESIDAD



Fuente. Figura C

Fuente: Cuestionario de recopilación

Por lo tanto se observa una tendencia al sobrepeso de los 40 a 44 y obesidad de los 45 a los 49 años.

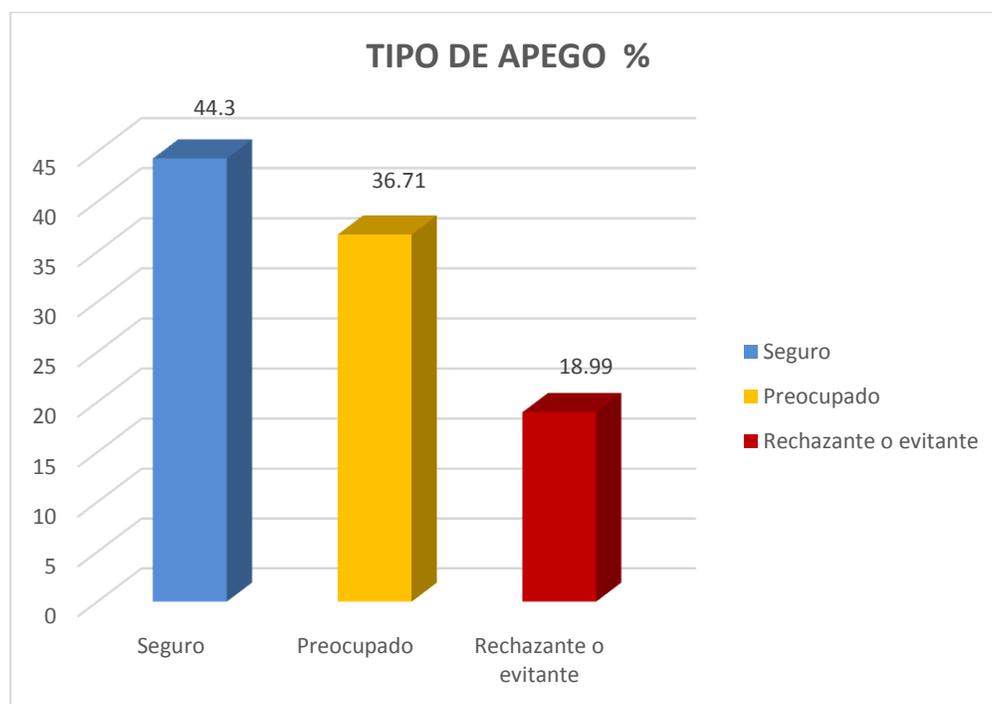
TIPO DE APEGO

Una vez que se contestó el **instrumento de medición** llamado CaMIR “*Cartes: Modèles Individuels de Relation*”, (ANEXO instrumento de medición) para clasificar el tipo de apego, donde cada paciente tardó aproximadamente de 50 a 70 minutos en responder.

Cuadro no. 2
Distribución de pacientes según tipo de apego

Tipo de apego	Número	%
Seguro	35	44.30
Preocupado	29	36.71
Rechazante o evitante	15	18.99
TOTAL	79	100.0

Los pacientes se clasificaron de acuerdo a los datos que arrojaba el cuestionario CaMIR, en tipo de apego seguro, preocupado y rechazante/evitante, en la distribución de la muestra total de 79 pacientes estudiados, el apego seguro representó el 44.30 %, el apego preocupado el 36.71 %, y el apego rechazante/evitante el 18.99%, (**cuadro no. 2 y figura no. 2**).



Fuente. Figura no. 2
Fuente: Cuestionario de recopilación

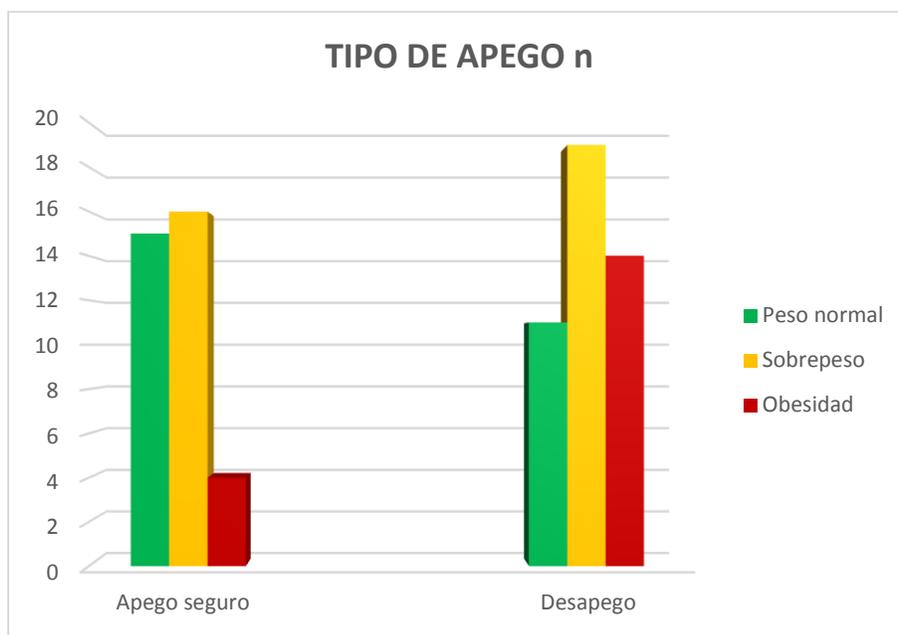
Como se puede evidenciar en este gráfico, la población que predominó en nuestra muestra, fue el apego seguro, seguido del preocupado y finalmente el rechazante o evitante.

Una vez que fueron determinados los datos de los objetivos específicos, se determinó el objetivo general, **identificar si existía asociación** entre obesidad y trastorno de apego en la población en estudio.

Cuadro no. 3
Distribución de pacientes según tipo de apego e
índice de masa corporal (peso normal, sobrepeso y obesidad)

Tipo de apego n	Peso normal	Sobrepeso	Obesidad	p
Apego seguro	15	16	4	0.065
Desapego	11	19	14	

Cuando se realizó el análisis estadístico entre tipos de trastornos de apego y peso normal, sobrepeso y obesidad se obtuvo una $p = 0.065$, siendo esta significativa, en pacientes adultos, con predominio en el grupo de 40 a 45 años. **(Cuadro no. 3 y figura no. 3)**



Fuente. Figura no. 3
Fuente: Cuestionario de recopilación

Como se puede observar en el gráfico, los pacientes tomados de la muestra con trastorno de apego fue mayor el sobrepeso y la obesidad, comparativamente a los pacientes con apego seguro. **(Figura no. 3)**

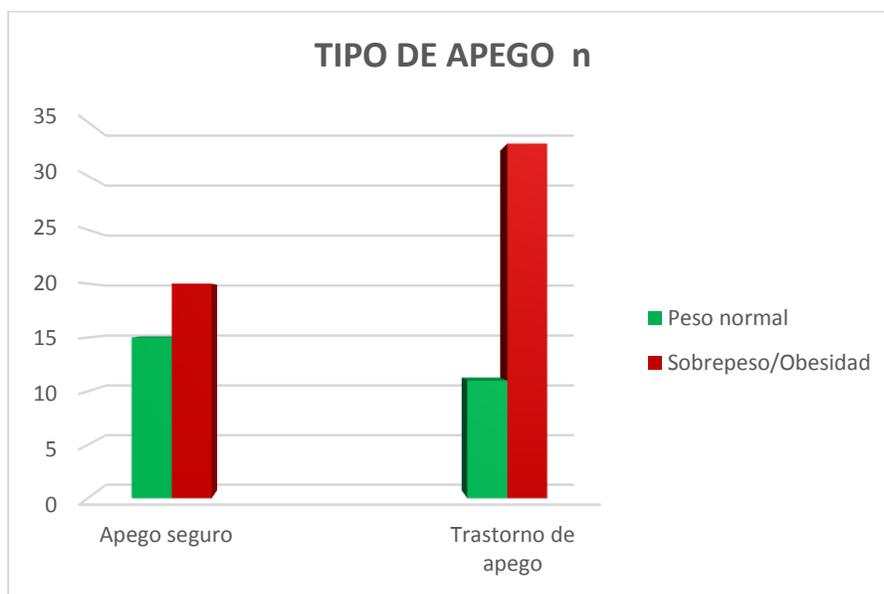
ASOCIACION ENTRE OBESIDAD Y TRASTORNO DE APEGO

La hipótesis de trabajo, del diseño de esta investigación, con un total de muestra de 79 pacientes, concluye que **si existe asociación entre la obesidad y el trastorno de apego entre pacientes adultos** y en efecto, los porcentajes determinados superan al 50% que en un principio se supuso que hipotéticamente se encontraría como resultado de la investigación.

Cuadro no. 4
Distribución de pacientes según tipo de apego e índice de masa corporal (peso normal y sobrepeso/obesidad)

Tipo de apego n	Peso normal	Sobrepeso Obesidad	p
Apego seguro	15	20	0.076
Trastorno de apego	11	33	

Cuando realizamos la asociación de peso normal vs sobrepeso/obesidad y apego seguro vs trastorno de apego, se observó una $p= 0.076$, (cuadro no. 4 y figura no. 4).



Fuente. Figura no. 4
Fuente: Cuestionario de recopilación

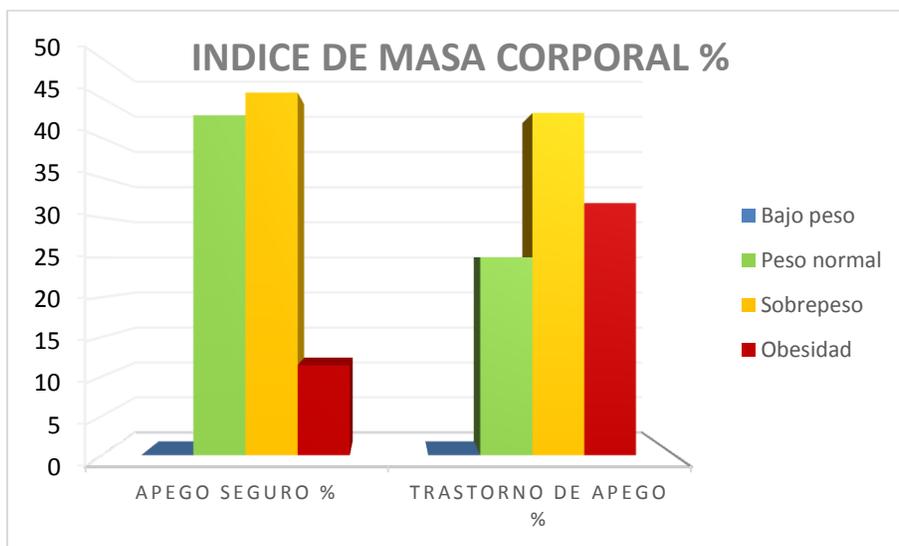
De acuerdo a los resultados que se aprecian en el gráfico, en el trastorno de apego en pacientes con $IMC \geq 25$, el sobrepeso y obesidad se duplica en relación al peso normal.

Se clasifico el índice de masa corporal (IMC), y se comparó el tipo de apego, observándose en los pacientes con **apego seguro**, que el mayor porcentaje se tiene en el sobrepeso 45.72 %, en segundo lugar se encuentra el peso normal con el 42.86 %, y en tercer sitio tiene a la obesidad representando el 11.42 %, (**cuadro no. 5 y figura no. 5**).

Cuadro no. 5
Distribución de pacientes según índice de masa corporal

IMC	APEGO SEGURO		TRASTORNO DE APEGO	
	n	%	n	%
Bajo peso	0	0	0	0
Peso normal	15	42.86	11	25
Sobrepeso	16	45.72	19	43.18
Obesidad	4	11.42	14	31.82
TOTAL	35	100	44	100

En cuanto a paciente con **trastorno de apego** el mayor porcentaje fue para sobrepeso 43.18 %, en segundo lugar obesidad 31.82 % y en tercer sitio se tiene al peso normal con 25 %. Lo cual muestra que el número de pacientes con trastorno de apego aumento en un 20% con respecto a el apego seguro la obesidad. (**cuadro no. 5 y figura no. 5**).



Fuente. Figura no. 5
Fuente: Cuestionario de recopilación

IMC (Índice de masa corporal) la presencia de obesidad tuvo diferencia significativa con una $p=0.028$ considerándose el trastorno de apego como factor de riesgo para obesidad teniendo dos veces más la probabilidad de ser obeso en comparación con los que tienen apego (**cuadro no. 5 y figura no. 5**). (**TABLA 1.3.**)

CARACTERISTICAS BASALES DE LOS PACIENTES

Además se aplicó a los 79 sujetos el cuestionario de datos generales^(ANEXO cuestionario de datos generales) sobre su figura de apego, edad, sexo, escolaridad, estado civil, ocupación, adicciones (tabaquismo, alcoholismo, otras – encontrando entre otras la adicción a video juegos, trabajo y drogas-), y si tenían o no enfermedad crónica no transmisible. Se procedió a vaciar la información en excel, y posteriormente se realizó análisis estadístico de los objetivos secundarios.

De estos 79 pacientes, se obtuvieron datos, donde la muestra mayor fue para el **turno** matutino, lo cual atribuimos a que la mayor parte de ocasiones las encuestas fueron realizadas en ese horario.

El rango de **edad** donde se concentró la población fue de 40 a 44 años, con un 22.78%, seguido del 30 a 34 años con un 16.46%. En cuanto a **sexo** fue más participativo el sexo femenino con un 60.76%. En cuanto a **escolaridad** predominó la licenciatura con un 40.5%, seguido de escolaridad media preparatoria con un 17.72% y la básica secundaria con un 15.18%.

En cuanto a **estado civil** predominó el casado con un 40.5%, seguido del soltero con un 22.78% y en tercer lugar unión libre con un 15.2%; viudo, divorciado, madre/padre soltero y separado suman un total de 21.52%. En cuanto a **ocupación** es relevante comentar que la población derechohabiente en su mayoría es asegurada por su empleo por lo que el mayor porcentaje es obtenido de empleados de base con un 67.1% y la minoría para el resto de las variables. (Asegurados beneficiarios). La mayor **adicción** fue para el tabaquismo con un porcentaje del 27.84%, seguida por alcoholismo 12.65%, drogadicción 1.26% y otras un 6.32%. Lo cual se puede atribuir a la accesibilidad de cada uno.

En cuanto a **ECNT (Enfermedad crónica no transmisible)** en primer sitio se encontraron ECV (*Enfermedad cardiovascular*) con un 15.1%, en segundo lugar ERC (*Enfermedad respiratoria crónica*) 10.12% y en último lugar diabetes 6.32%. Sin embargo es importante hacer notar que no se tomaron criterios de prediabetes en la encuesta y tampoco se realizaron detecciones para determinarla, o bien los pacientes se pueden haber considerado portadores pero con desconocimiento de serlo

La **figura de apego central** fue la madre con un 69.7%, seguida de padre y abuelos con un 12.7% para ambos, el resto de los elementos familiares sumo un total del 30.3%.

En cuanto a la figura de **apego subsidiaria** fue el padre el que presentó mayor porcentaje con 39.24%, seguida de la madre 15.18% y finalmente abuelos 8.86%, el resto de los elementos familiares sumó un total del 67.1%.

El **tipo de apego** predominante en nuestra localidad fue el seguro con un 44.30%, seguido del preocupado 36.71% y apego rechazante/evitante 18.99%; sin embargo el apego seguro es bajo comparativamente al resultado obtenido en otros países, como la muestra original Francia y Chile. Quizá sea debido a la incorporación laboral materna y lo que esta circunstancia implica, así como al número elevado de madres solteras en nuestro país.

En cuanto al **IMC (Índice de masa corporal)** no hubo en la población encuestada bajo peso, el porcentaje mayor fue para sobrepeso con un 43.04%, seguido de peso normal 34.18% y obesidad con un 22.78%.

En quienes observamos sus características basales en la **TABLA 1.1**
1.1. TABLA

Características basales de los pacientes

VARIABLES	Con apego y desapego	
	TOTAL	
Turno de consultorio n (%)	n*	%*
Matutino	47	59.5
Vespertino	32	40.5
Edad n (%)**	Grupos	n
		%
	< 20	2
	20-24	10
	25-29	7
	30-34	13
	35-39	12
	40-44	18
	45-49	12
	50-54	4
	55-59	1
Sexo n (%)	n	%
Masculino	31	39.24
Femenino	48	60.76
Escolaridad n (%)	n	%
Primaria	4	5.1
Secundaria	12	15.18
Preparatoria	14	17.72
Licenciatura	32	40.5
Posgrado	7	8.9
Otro	10	12.6
Estado civil n (%)	n	%
Soltero (a)	18	22.78
Casado (a)	32	40.5
Unión libre	12	15.2
Viudo (a)	2	2.53
Divorciado (a)	8	10.13
Madre/padre soltero	3	3.8
Separado (a)	4	5.06
Ocupación n (%)	n	%
Empleado de base	53	67.1
Empleado eventual	6	7.6
Desempleado	1	1.26
Hogar	9	11.4
Autoempleo	5	6.32
Estudiante	4	5.06
Pensionado	1	1.26
Antecedente de adicciones n (%)	n	%
Tabaquismo	22	27.84
Alcoholismo	10	12.65
Drogadicción	1	1.26
Otra	5	6.32

Enfermedad crónica no transmisible (ECNT) n (%)***	n*	%*
Enfermedad cardiovascular (ECV)	12	15.1
Cáncer	1	1.26
Enfermedad respiratoria crónica (ERC)	8	10.12
Diabetes	5	6.32
Ninguna de las anteriores	56	70.88
Figura de apego central n (%)	n	%
Mamá	55	69.7
Papá	10	12.7
Hermano	2	2.5
Hermana	1	1.2
Abuelos	10	12.7
Otros	1	1.2
Sin declarar	0	0
Figura de apego subsidiaria n (%)	n	%
Mamá	12	15.18
Papá	31	39.24
Hermano	4	5.06
Hermana	5	6.34
Abuelos	7	8.86
Otros	6	7.6
Sin declarar	14	17.72
Tipo de apego n (%)	n	%
Apego seguro	35	44.30
Apego preocupado	29	36.71
Apego rechazante o evitante	15	18.99
CUADRO 2		
FIGURA 2		
IMC n (%)	n	%
Bajo peso	0	0.0
Peso normal	26	34.18
Sobrepeso	35	43.04
Obesidad	18	22.78
CUADRO 1		
FIGURA 1		

* Valores: n: tamaño de muestra; % porcentaje de la población total

** Valores Promedio \pm DE (desviación estándar)

*** En esta variable algunos pacientes presentaron una o más de una de las enfermedades crónicas no transmisibles, por esta razón el porcentaje es mayor al 100%

Fuente: Cuestionario de recopilación

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A LA PRESENCIA DE TIPO DE APEGO (seguro/preocupado/rechazante o evitante)

Por otra parte a todos los 79 pacientes se les realizó un análisis entre un grupo denominado apego seguro y otro denominado trastorno de apego, donde el trastorno de apego involucraba el grupo de preocupado y rechazante/evitante. De acuerdo a los resultados que arroja el cuestionario CaMIR, de esta comparación se observó una diferencia entre el turno de consultorio matutino y vespertino observando que el 57.14% de pacientes con apego seguro pertenecían al turno vespertino a diferencia del trastorno de apego donde el predominio fue mayor para los turnos matutinos siendo para el tipo de apego preocupado el 75,86 % y para el rechazante/evitante el 66.66%.

En cuanto a **edad** promedio para el tipo de apego seguro fue de 32.2 ± 7.9 , para el trastorno de apego preocupado 39.8 ± 9.5 y para el apego rechazante/evitante 39.4 ± 9.1 .

En cuanto a **sexo** el porcentaje más alto fue el obtenido por el sexo femenino con trastorno de apego rechazante/evitante con un 86.67%, seguido del preocupado con un 58.62 %, lo cual resulta preocupante porque el tipo de apego es transgeneracional, por lo tanto la posibilidad de patologías se incrementa, en la prole, por el tipo de vínculo materno, (**cuadro 6 y figura 6**).

En cuanto a **escolaridad** el porcentaje más alto para el tipo de apego seguro fue el obtenido por licenciatura con un 57.14%, para trastorno de apego preocupado el porcentaje más alto fue para secundaria 31.03% y para apego rechazante/evitante el porcentaje más alto fue para preparatoria y licenciatura con un 26.67%.

Con respecto a **estado civil** el porcentaje más alto para el tipo de apego seguro fue para casados con un 37.14%, para trastorno de apego preocupado el porcentaje más alto fue para casados con un 55.18% y para apego rechazante/evitante el porcentaje más alto fue para solteros 26.67%. Llama el atención que el mayor porcentaje para pacientes divorciados, padres solteros y separados fue más alto para el tipo de apego rechazante/evitante. Lo que muestra la dificultad de sostener vínculos a largo plazo.

En cuanto a **ocupación** no se observan diferencias significativas.

En antecedentes de **adicciones** el porcentaje más alto fue de tabaquismo para el tipo de apego rechazante 40%, el alcoholismo para el tipo de apego preocupado con un 20.68%, la drogadicción para el tipo de apego preocupado con un 3.45% a diferencia del apego seguro y rechazante con un 0.0%. Dentro de *otras adicciones* el porcentaje más alto también fue para el tipo de apego preocupado con un 10.34%, siendo el apego preocupado el más alto en cuanto a predominio de adicciones, seguido de apego rechazante/evitante y finalmente el apego seguro. El conocer el tipo de apego que un individuo presenta, sirve para determinar la vulnerabilidad al estrés, condición que puede aumentar el riesgo de buscar mecanismos de recompensa entre ellos las adicciones, pero también el exceso al comer como fuente de placer.

En **enfermedad crónica no transmisible** en la comparación de estos dos grupos con enfermedad cardiovascular se observa diferencia significativa de una **p= 0.02** entre el grupo de apego y el trastorno de apego, observando mayor número de pacientes en el grupo de ECV (**cuadro 7 y figura 7**), siendo en el grupo de apego preocupado los porcentajes más altos para ECV 25%, cáncer 3.13%, ERC 12.50%, para el tipo de apego rechazante/evitante el porcentaje más alto fue para ECV con un 20%, en el tipo de apego seguro los porcentajes de ECNT fueron significativamente menores ECV 2.86%, cáncer 0.0%, ERC 8.57%, diabetes 5.71%.

La **figura de apego central** para el tipo de apego seguro con un 91.43% fue la madre a diferencia de los tipos de apego con trastorno donde el cuidado fue llevado a cabo por otros elementos de la familia; en la **figura de apego subsidiaria** el padre obtiene el porcentaje mayor siendo en el apego seguro el porcentaje más alto 57.14%, en el trastorno de apego el cuidado fue llevado por el padre en su mayoría, la madre y por otros elementos de la familia.

En el **IMC** no se observa diferencia significativa el porcentaje más alto para el tipo de apego seguro fue el obtenido por sobrepeso 45.71%, en segundo lugar el peso normal 42.85% y en tercer lugar obesidad 11.43%, en el tipo de apego preocupado el mayor porcentaje fue para sobrepeso 44.83%, segundo lugar para obesidad 34.48% y peso normal 20.69%, en cuanto al apego preocupado/rechazante el porcentaje más alto también fue predominantemente el sobrepeso, en segundo lugar peso normal y 3er lugar obesidad 26.67%. el realizar la comparativa en los grupos de obesidad se obtuvo $p= 0.084$, con el porcentaje más alto para apego preocupado.

Siendo el tipo de apego preocupado donde encontramos el mayor número en cuanto a porcentaje de adicciones, enfermedades crónicas no transmisibles, y obesidad, así como cuidado por otros elementos de la familia, menor escolaridad. **(TABLA 1.2.)**

1.2. TABLA

Características de los pacientes de acuerdo a la presencia de tipo de apego (seguro/preocupado/rechazante o evitante)

VARIABLES	Apego			Trastorno de Apego			p****			
	Seguro		Preocupado		R/E					
	n*	%*	n*	%*	n*	%*				
Turno de consultorio										
Matutino	15	42.85	22	75.86	10	66.66				
Vespertino	20	57.14	7	24.14	5	33.34	0.023			
Edad n (%)**	Grupos	n	%	Grupos	n	%	Grupos	n	%	
	< 20	1	2.86	< 20	0	0.0	< 20	1	6.67	
	20-24	7	20.00	20-24	2	6.90	20-24	1	6.67	
	25-29	5	14.29	25-29	2	6.90	25-29	0	0.0	
	30-34	9	25.71	30-34	4	13.79	30-34	0	0.0	
	35-39	6	17.14	35-39	4	13.79	35-39	2	13.33	
	40-44	3	8.57	40-44	8	27.59	40-44	7	46.66	
	45-49	4	11.43	45-49	5	17.24	45-49	3	20.00	
				50-54	3	10.34	50-54	1	6.67	
				55 y más	1	3.45				
	32.2±7.9			39.8±9.5			39.4±9.1			
Sexo n (%)	n	%	n	%	n	%				
Masculino	17	48.57	12	41.38	2	13.33				
Femenino	18	51.43	17	58.62	13	86.67			0.062	
CUADRO 6										
Escolaridad n (%)	n	%	n	%	n	%				
Primaria	1	2.86	3	10.34	0	0.0			0.242	
Secundaria	0	0.0	9	31.03	3	20.00			0.002	
Preparatoria	6	17.14	4	3.79	4	26.67			0.566	
Licenciatura	20	57.14	8	27.59	4	26.67			0.027	
Posgrado	6	17.14	0	0.0	1	6.66			0.053	
Otros	2	5.71	5	17.24	3	20.00			0.957	
Estado civil n (%)	n	%	n	%	n	%				
Soltero (a)	10	28.57	4	13.79	4	26.67			0.345	
Casado (a)	13	37.14	16	55.18	3	20.00			0.068	
Unión libre	7	20.00	3	10.34	2	13.33			0.550	
Viudo (a)	1	2.86	1	3.45	0	0.0			0.777	
Divorciado (a)	2	5.71	3	10.34	3	20.00			0.308	
Madre/padre soltero	2	5.71	0	0.0	1	6.67			0.400	
Separado (a)	0	0.0	2	6.90	2	13.33			0.122	
Ocupación n (%)	n	%	n	%	n	%				
Emp. de base	24	68.57	19	65.51	10	66.66			0.966	
Emp. eventual	3	8.58	2	6.9	1	6.67			0.958	
Desempleado	0	0.0	1	3.45	0	0.0			0.418	
Hogar	2	5.71	5	17.24	2	13.33			0.340	
Autoempleo	2	5.71	2	6.9	1	6.67			0.980	
Estudiante	3	8.58	0	0.0	1	6.67			0.283	
Pensionado	1	2.85	0	0.0	0	0.0			0.529	

Antecedente de adicciones	n (%)	n*	%*	n*	%*	n*	%*	p****
Tabaquismo		10	28.57	6	20.6	6	40.00	0.396
Alcoholismo		3	8.58	6	20.68	1	6.66	0.258
Drogadicción		0	0.0	1	3.45	0	0.0	0.481
Otra		2	5.71	3	10.34	0	0	
<hr/>								
Enfermedad crónica no transmisible n (%)***		n	%	n	%	n	%	
Enfermedad cardiovascular		1	2.86	8	25.00	3	20.00	0.020
Cáncer		0	0.0	1	3.13	0	0.0	0.418
Enf. respiratoria crónica		3	8.57	4	12.50	1	6.67	0.698
Diabetes		2	5.71	2	6.25	1	6.67	0.980
Ninguna de las anteriores		29	82.86	17	53.12	10	66.66	
<hr/>								
CUADRO 7								
Figura de apego central n (%)		n	%	n	%	n	%	
Mamá		30	91.43	17	58.62	8	53.33	
Papá		4	5.71	4	13.79	2	13.33	
Hermano		0	0.0	1	3.45	1	6.67	
Hermana		0	0.0	1	3.45	0	0.0	
Abuelos		1	2.86	5	17.24	4	26.67	
Otros		0	0.0	1	3.45	0	0.0	
Sin declarar		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.204
<hr/>								
Figura de apego subsidiaria n(%)		n	%	n	%	n	%	
Mamá		4	11.42	4	13.8	4	26.67	
Papá		20	57.14	6	20.68	5	33.33	
Hermano		2	5.71	1	3.44	1	6.67	
Hermana		1	2.86	3	10.34	1	6.67	
Abuelos		3	8.57	4	13.8	0	0.0	
Otro		1	2.85	3	10.36	2	13.33	
Sin declarar		4	11.42	8	27.58	2	13.33	0.215
<hr/>								
IMC n (%)		n	%	n	%	n	%	
Bajo peso		0	0.0	0	0.0	0	0.0	0.0
Peso normal		15	42.85	6	20.69	5	33.33	0.171
Sobrepeso		16	45.71	13	44.83	6	40.00	0.931
Obesidad		4	11.43	10	34.48	4	26.67	0.084

* Valores: n: tamaño de muestra; % porcentaje de la población total

** Valores Promedio \pm DE (desviación estándar)

*** ECNT En esta variable algunos pacientes presentaron una o más de una de las enfermedades crónicas no transmisibles, por esta razón el porcentaje es mayor al 100%

**** La comparación entre los tres grupos se realizó por el análisis estadístico prueba ANOVA de una vía.

Fuente: Cuestionario de recopilación

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR SEXO

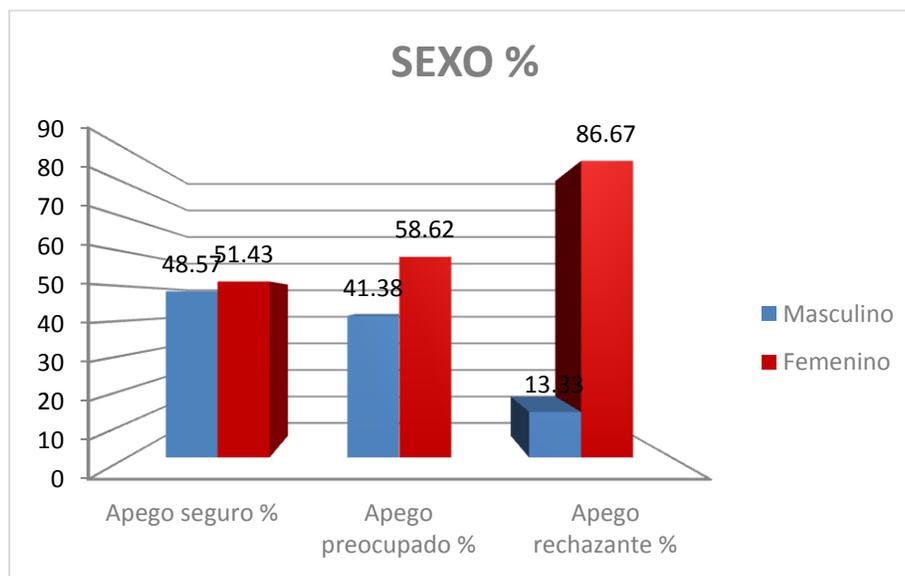
Se observó que cuando hay trastorno de apego es un factor de riesgo en el sexo femenino RM 2.02.

En lo referente a la distribución de la muestra de acuerdo al género, el 60.76 % correspondió al femenino, mientras que el 39.24 % al sexo masculino en una relación de 1.54 a 1, (**Tabla 1.1**).

Cuadro no. 6
Distribución de pacientes por sexo

SEXO N (%)	SEGURO		PREOCUPADO		RECHAZANTE	
	n	%	n	%	n	%
Masculino	17	48.57	12	41.38	2	13.33
Femenino	18	51.43	17	58.62	13	86.67
TOTAL	35	100	29	100	15	100

En lo referente a la distribución de la muestra de acuerdo al género el porcentaje más alto fue para el femenino predominando el tipo de apego rechazante correspondiendo el 86.67 %, seguido del tipo de apego preocupado 58.62% y finalmente apego seguro con un 51.43%; encontrando en el sexo masculino mayor porcentaje de apego seguro 48.57%, seguido de preocupado 41.38% y por último rechazante/evitante 13.13%, (**cuadro no. 6 y figura no. 6**)



Fuente. Figura no. 6

Fuente: Cuestionario de recopilación

Llama el atención en la gráfica el mayor porcentaje en cuanto a número de muestra es para el sexo femenino, en apego rechazante

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE

En el tipo de apego seguro sólo el 17.14 % de los pacientes presenta algún tipo de ECNT, destacando la ERC con el 8.57 %, la diabetes con el 5.71 %, y ECV (principalmente hipertensión arterial) con el 2.86 %.

Cuadro no. 7

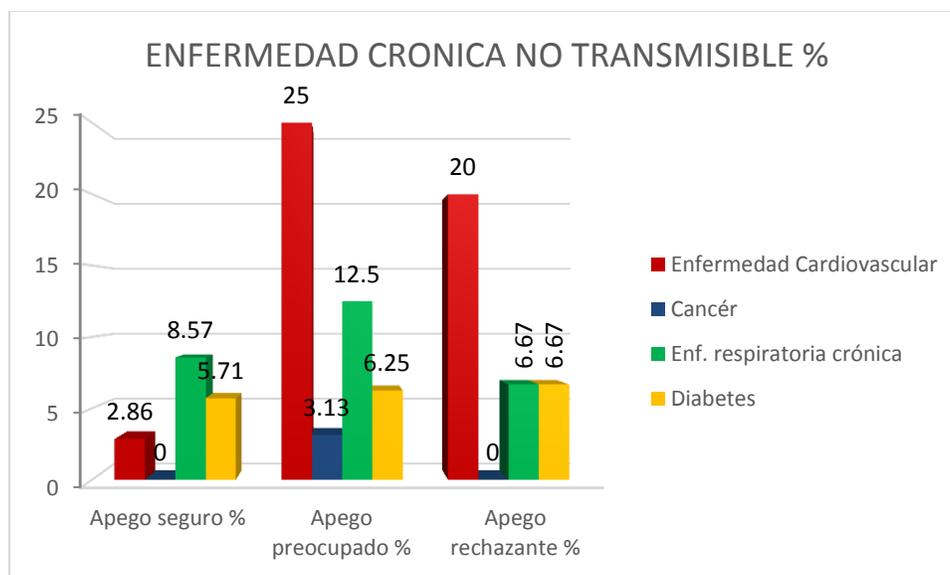
Distribución de pacientes según tipo de enfermedad crónica no transmisible

ENFERMEDAD ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE (ECNT)	SEGURO		PREOCUPADO		RECHAZANTE	
	n	%	n	%	n	%
Enfermedad cardiovascular (ECV)	1	2.86	8	25	3	20
Cáncer	0	0	1	3.13	0	0
Enfermedad respiratoria crónica (ERC)	3	8.57	4	12.5	1	6.67
Diabetes	2	5.71	2	6.25	1	6.67
Ninguna de las anteriores	29	82.86	17	53.12	10	66.66
TOTAL	35	100	32*	100	15	100

* Un solo paciente llegó a tener una o más enfermedades crónicas no transmisibles
Fuente: Cuestionario de recopilación

Comparado con los pacientes con apego preocupado únicamente, el porcentaje para ECNT es de 46.88 %; predominando la enfermedad cardiovascular con un 25 %, en segundo lugar la ERC 12.5 y en tercer lugar diabetes con un 6.25 %.

Esta tendencia se observa también en el tipo de apego rechazante, siendo para la ECNT 33.34% en total, en primer lugar para ECV 20%, en segundo lugar para ERC y diabetes con un 6.67 %, (**cuadro no. 7 y figura no. 7**).



Fuente. Figura no. 7

Fuente: Cuestionario de recopilación

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE ACUERDO AL TIPO DE APEGO (Apego seguro/trastorno de apego)

Por otra parte, al realizar la comparación de los dos grupos, el *tipo de apego* seguro y el trastorno de apego, se observó que el mayor porcentaje se concentra en edades de 30 a 49 años (**cuadro no. 8 y figura no. 8**).

Se observó que cuando hay trastorno de apego es un factor de riesgo en el **sexo** femenino RM 2.02.

En cuanto a la **escolaridad** se observó licenciatura $p = 0.007$ RM 0.28 IC (0.11– 0.72), a pesar de ser un número de muestra menor en el tipo de apego seguro, el nivel de escolaridad más alto fue obtenido para licenciatura y posgrado sumando un 74.28%, considerándose un factor protector, (**cuadro no. 9 y figura no. 9**).

Estado civil divorciado RM 2.60.

En antecedente de **adicciones** el alcoholismo RM 2.02.

La **enfermedad cardiovascular** tuvo diferencia significativa con $p=0.006$ con un OR de 11.33 (1.38 – 92) considerándose un factor de riesgo, ya que refiriéndose a los pacientes con desapego presentan 10.3 veces más enfermedad cardiovascular en comparación con pacientes con apego seguro, (**cuadro no. 7 y figura no.7**).

IMC (Índice de masa corporal) la presencia de obesidad tuvo diferencia significativa con una $p=0.028$ considerándose el trastorno de apego como factor de riesgo para obesidad teniendo dos veces más la probabilidad de ser obeso en comparación con los que tienen apego, RM 3.61 e IC (1.06-12.24). Siendo el sexo femenino el mayor porcentaje para trastorno de apego como se comentó en cuadro previo, (**cuadro no. 8 y figura no. 8**).

(TABLA 1.3.)

**1.3. TABLA
CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE ACUERDO AL DE TIPO DE APEGO
(Apego seguro/trastorno de apego)**

VARIABLES	Apego		Trastorno de apego		p***	RM (OR)	(I.C.) (95%)
	Seguro		Preocupado / R o E				
Turno de consultorio	n*	%*	n*	%*			
Matutino	15	42.85	32	72.72			
Vespertino	20	57.14	12	27.28			
	35	100	44	100	0.01	0.28	(0.11 - 0.72)
Edad n (%)**	Grupos	n	%	Grupos	n	%	
	< 20	1	2.86	< 20	1	2.28	
	20-24	7	20.00	20-24	3	6.82	
	25-29	5	14.29	25-29	2	4.54	
	30-34	9	25.71	30-34	4	9.09	
	35-39	6	17.14	35-39	6	13.63	
	40-44	3	8.57	40-44	15	34.09	
	45-49	4	11.43	45-49	8	18.18	
				50-54	4	9.09	
				55 y más	1	2.28	
CUADRO 8	TOTAL	35	100.0	TOTAL	44	100.0	0.0001
		32.22±7.9			39.75±9.3		
Sexo n (%)	n	%	n	%			
Masculino	17	48.57	14	31.82		0.49	(0.19 - 1.23)
Femenino	18	51.43	30	68.18		2.02	(0.80 - 5.06)
	35	100.0	44	100.0	0.10		
Escolaridad n (%)	n	%	n	%			
Primaria	1	2.86	3	6.82	0.399	2.48	(0.24 - 25)
Secundaria	0	0.0	12	27.27	0.001		
Preparatoria	6	17.14	8	18.18	0.573	1.07	(0.33-3.45)
Licenciatura	20	57.14	12	27.27	0.007	0.28	(0.11 - 0.72)
Posgrado	6	17.14	1	2.28	0.027	0.11	(0.01 - 0.98)
Otro	2	5.71	8	18.18	0.63	0.99	(0.24 - 4)
CUADRO 9	35	100.0	44	100.0			
Estado civil n (%)	n	%	n	%			
Soltero (a)	10	28.57	8	18.18	0.205	0.55	(0.19- 1.60)
Casado (a)	13	37.14	19	43.18	0.378	1.28	(0.51- 3.19)
Unión libre	7	20.00	5	11.36	0.227	0.51	(0.14- 1.78)
Viudo (a)	1	2.86	1	2.28	0.693	0.79	(0.04 - 13)
Divorciado (a)	2	5.71	6	13.63	0.219	2.60	(0.49-13.79)
Madre/padre soltero	2	5.71	1	2.28	0.414	0.38	(0.03- 4.41)
Separado (a)	0	0.0	4	9.09	0.09		
	35	100.0	44	100.0			
Ocupación n (%)	n	%	n	%			
Empleado de base	24	68.5	29	65.9	0.498	0.88	(0.34-2.28)
Empleado eventual	3	8.58	3	6.82	0.547	0.78	(0.148-4.12)
Desempleado	0	0.0	1	2.28	0.557		
Hogar	2	5.71	7	15.9	0.144	3.12	(0.6 -16.09)
Autoempleo	2	5.71	3	6.82	0.609	1.207	(0.190-7.65)
Estudiante	3	8.6	1	2.28	0.227	0.248	(0.025-2.49)
Pensionado	1	2.9	0	0	0.443		
	35	100.0	44	100.0			
Antecedente de adicciones n (%)	n	%	n	%			
Tabaquismo	10	28.57	12	27.27	0.548	0.938	(0.349-2.52)
Alcoholismo	3	8.58	7	15.90	0.266	2.01	(0.48- 8.45)
Drogadicción	0	0.0	1	2.28	0.557		
Otra	2	5.71	3	6.81			
Enfermedad crónica no transmisible n (%)*****	n	%	n	%			
Enf. cardiovascular	1	2.86	11	23.46	0.006	11.33	(1.38-92.7)
Cáncer	0	0.0	1	2.12	0.557		
Enf. respiratoria crónica	3	8.57	5	10.63	0.492	1.36	(0.303-6.16)

Diabetes	2	5.71	3	6.38	0.609	1.20	(0.19-7.65)
Ninguna de las anteriores	29	82.86	27	57.44			
CUADRO 10	35	100.0	47****	100.03			
Figura de apego central n (%)	n*	%*	n*	%*			
Mamá	30	85.72	25	56.82			
Papá	4	11.42	6	13.64			
Hermano	0	0.0	2	4.55			
Hermana	0	0.0	1	2.27			
Abuelos	1	2.86	9	20.45			
Otro	0	0.0	1	2.27			
Sin declarar	0	0.0	0	0.0			
	35	100.0	44	100.0	0.06		
Figura de apego subsidiaria n (%)	n	%	n	%			
Mamá	4	11.42	8	18.18			
Papá	20	57.14	11	25			
Hermano	2	5.7	2	4.54			
Hermana	1	2.86	4	9.1			
Abuelos	3	8.6	4	9.1			
Otro	1	2.86	5	11.36			
Sin declarar	4	11.42	10	22.72			
	35	100.0	44	100.0	0.115		
IMC	n	%	n	%			
Bajo peso	0	0.0	0	0.0			
Peso normal	15	42.86	11	25	0.076	0.44	(0.171 -1.15)
Sobrepeso	16	45.72	19	43.18	0.501	0.903	(0.369-2.20)
Obesidad	4	11.42	14	31.82	0.028	3.61	(1.06-12.24)
CUADRO 11	35	100.0	44	100.0			

* Valores: n: tamaño de muestra; % porcentaje de la población total.

** Valores promedio \pm DE;

*** Análisis estadístico realizado por una prueba de ANOVA de una vía.

**** Estos pacientes presentaron más de una ECNT

Fuente: Cuestionario de recopilación

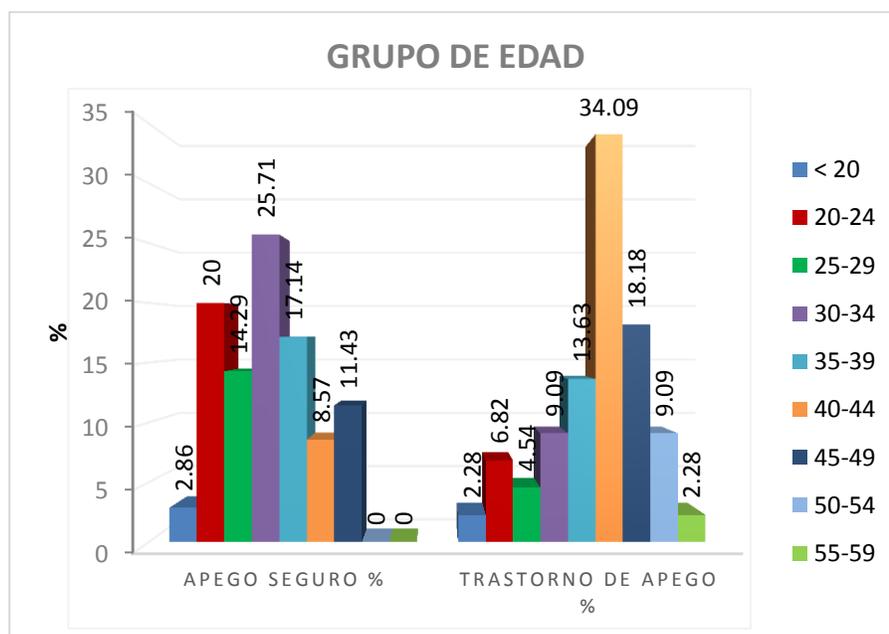
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR GRUPOS DE EDAD

Por otra parte, al realizar la comparación de los dos grupos, el tipo de apego seguro y el trastorno de apego, se observó que el mayor porcentaje del trastorno se concentra en edades de 40 a 44 años (cuadro no. 5 y figura no. 5).

Cuadro no. 8
Distribución de pacientes por grupos de edad
SEGURO TRASTORNO DE APEGO

GRUPOS	n	%	n	%
< 20	1	2.86	1	2.28
20-24	7	20	3	6.82
25-29	5	14.29	2	4.54
30-34	9	25.71	4	9.09
35-39	6	17.14	6	13.63
40-44	3	8.57	15	34.09
45-49	4	11.43	8	18.18
50-54	0	0	4	9.09
55-59	0	0	1	2.28
TOTAL	79	100	44	100

Tomando en consideración el total de la muestra estudiada, consistente en 79 pacientes adscritos a los consultorios de medicina familiar en su distribución por grupos de edad, el mayor porcentaje se concentra en el rango de edades que van de 30 a 49 años de edad, significando en suma el 74.99 %, edad promedio para apego seguro 32.22 ± 7.9 y la edad promedio para el trastorno de apego 39.75 ± 9.3 , (**cuadro no. 8 y figura no. 8**).



Fuente. Figura no. 8
Fuente: Cuestionario de recopilación

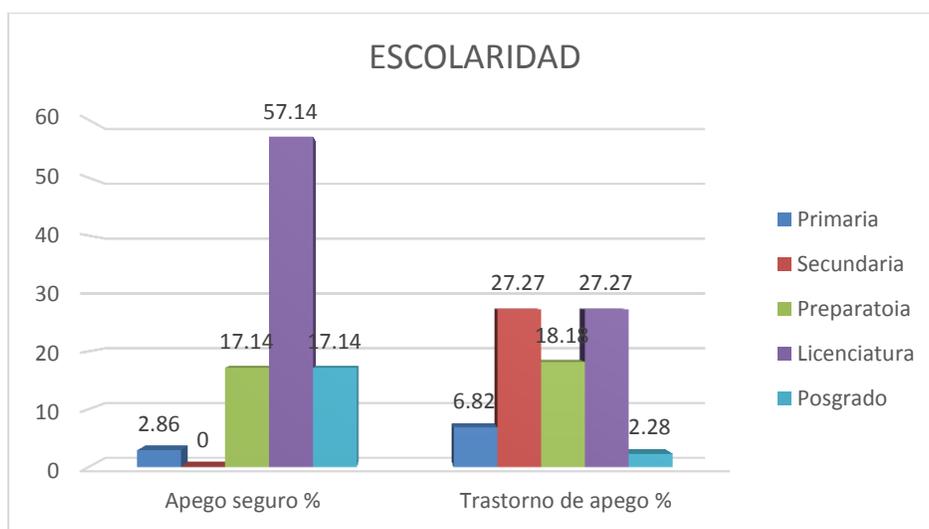
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES POR NIVEL DE ESCOLARIDAD

En cuanto a la *escolaridad* se observó licenciatura $p = 0.007$ RM 0.28 IC (0.11– 0.72), a pesar de ser un número de muestra menor en el tipo de apego seguro, el nivel de escolaridad más alto fue obtenido para licenciatura y posgrado sumando un 74.28%, considerándose este tipo de apego un factor protector, (**cuadro no. 9 y figura no.9**).

Cuadro no. 9
Distribución de pacientes por nivel de escolaridad

ESCOLARIDAD N (%)	SEGURO		TRASTORNO DE APEGO	
	n	%	n	%
Primaria	1	2.86	3	6.82
Secundaria	0	0	12	27.27
Preparatoria	6	17.14	8	18.18
Licenciatura	20	57.14	12	27.27
Posgrado	6	17.14	1	2.28
OTRO	2	5.71	8	18.18
TOTAL	35	100	44	100

A pesar de ser un número de muestra menor en el tipo de apego seguro, el nivel de escolaridad más alto fue obtenido para licenciatura y posgrado sumando un 74.28 %. Los niveles de escolaridad básico y medio fueron más altos para el trastorno de apego, sumando un total de 52.27 %, siendo el apego seguro un factor de protección, (**cuadro no. 9 y figura no. 9**).



Fuente. Figura no. 9

Fuente: Cuestionario de recopilación

Por otra parte, al analizar la distribución de la muestra de acuerdo al nivel de escolaridad, se observa que el 40.5 % de pacientes encuestados declararon tener estudios de licenciatura, en segundo lugar se tiene a los pacientes con preparatoria, representando el 17.72 %, y en tercer sitio, se tiene a los pacientes con estudios de secundaria 15.18 %. Cabe señalar, que sólo el 5.1 % declaró tener estudios de educación primaria, (**Tabla 1.1**).

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN TIPO DE ENFERMEDAD CRÓNICA NO TRANSMISIBLE

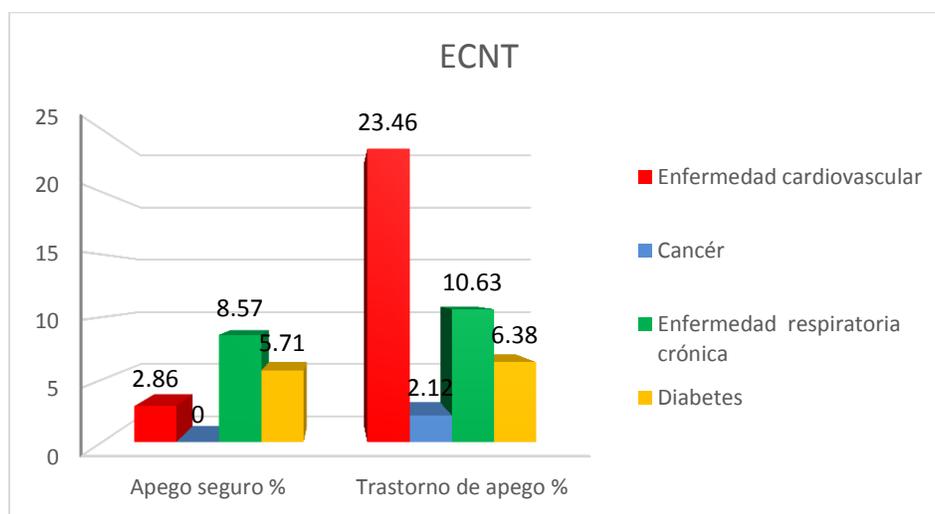
La *enfermedad cardiovascular* tuvo diferencia significativa con $p=0.006$ con un OR de 11.33 (1.38 – 92) considerándose un factor de riesgo, ya que refiriéndose a los pacientes con desapego presentan 10.3 veces más enfermedad cardiovascular en comparación con pacientes con apego seguro, (**cuadro no. 10 y figura no. 10**).

Cuadro no. 10
Distribución de pacientes según tipo de enfermedad crónica no transmisible (ECNT)

	SEGURO		TRASTORNO DE APEGO	
	n	%	n	%
Enfermedad cardiovascular (ECV)	1	2.86	11	23.46
Cáncer	0	0	1	2.12
Enfermedad respiratoria crónica (ERC)	3	8.57	5	10.63
Diabetes	2	5.71	3	6.38
Ninguna de las anteriores	29	82.86	27	57.44
TOTAL	35	100	47*	100.03

* El número de pacientes presentaba más de una ECNT
Fuente: Cuestionario de recopilación

Es de destacarse el hecho de que 17.14 % de los pacientes con apego seguro presentan algún tipo de ECNT, destacando la ERC con el 8.57 %, la diabetes con el 5.71 % y ECV (principalmente hipertensión arterial) con el 2.86 %, (**cuadro no. 10 y figura no. 10**).



Fuente. Figura no. 10

Fuente: Cuestionario de recopilación

Comparativamente el porcentaje de ECNT en pacientes con trastorno de apego fue del 42.59%, destacando la ECV en un 23.46 %, seguida de ERC 10.63 % y en tercer lugar diabetes con 6.38 %.

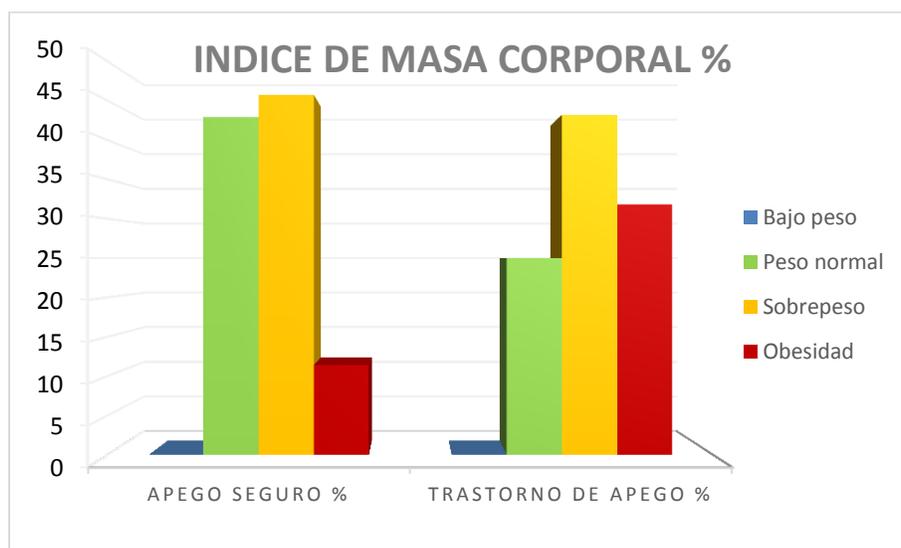
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Se clasifico el índice de masa corporal (IMC), observándose en los pacientes con apego seguro, que el mayor porcentaje se tiene en el sobrepeso 45.72 %, en segundo lugar se encuentra el peso normal con el 42.86 %, y en tercer sitio tiene a la obesidad representando el 11.42 %, (**cuadro no. 11 y figura no. 11**).

Cuadro no. 11
Distribución de pacientes según índice de masa corporal

IMC	APEGO SEGURO		TRASTORNO DE APEGO	
	n	%	n	%
Bajo peso	0	0	0	0
Peso normal	15	42.86	11	25
Sobrepeso	16	45.72	19	43.18
Obesidad	4	11.42	14	31.82
TOTAL	35	100	44	100

En cuanto a paciente con trastorno de apego el mayor porcentaje fue para sobrepeso 43.18 %, en segundo lugar obesidad 31.82 % y en tercer sitio se tiene al peso normal con 25 %, (**cuadro no. 11 y figura no. 11**).



Fuente. Figura no. 11
Fuente: Cuestionario de recopilación

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE ACUERDO AL IMC

(Índice de masa corporal)

(Peso normal/sobrepeso/obesidad)

Por otra parte a todos los 79 paciente se realizó un análisis entre un grupo denominado peso normal, sobrepeso y obesidad, donde se clasifica por el índice de masa corporal, y de acuerdo a los resultados que arroja el cuestionario CAMir. De esta comparación se observó una diferencia entre el turno de consultorio observando que el porcentaje más alto fue el observado para el turno matutino, siendo los más altos obesidad con 66.66% y sobrepeso con 65.72%, a pesar de ser el tamaño de muestra más bajo.

En cuanto a **sexo** los porcentaje más altos para IMC mayores a 25, fueron para el femenino en primer lugar peso normal 61.54%, en segundo lugar obesidad con un 61.11% y en tercer lugar sobrepeso con 60%; no encontramos asociaciones significativas en las variables como **escolaridad** pero observamos que a mayor escolaridad menor sobrepeso y obesidad.

En cuanto a **estado civil** el mayor exceso de peso se concentra en los casados siendo la obesidad el 50%, el sobrepeso el 45.72% y peso normal el 26.93%, los soltero tienen menor peso encontrando peso normal en un 30.77%, sobrepeso en un 20% y obesidad en un 16.66%, en cuanto a **ocupación** hogar presenta un 20% de sobrepeso con una diferencia significativa $p=0.098$.

En cuanto a **antecedentes de adicción** los porcentajes más altos fueron para sobrepeso con tabaquismo 31.42%, alcoholismo 14.28% y otras 11.42%, concentrándose en sobrepeso el mayor porcentaje en cuanto a las adicciones.

Para **enfermedad crónica no transmisible**, la enfermedad cardiovascular obtuvo los porcentajes más altos para sobrepeso 16.66% y para obesidad 25% con una $p=0.086$.

La **figura de apego central** fue la madre en un 74.29% para pacientes con sobrepeso, 69.23% para peso normal y 61.11% para obesidad; para la **figura de apego subsidiaria** la figura de apego central fue el padre en un 51.42% para pacientes con sobrepeso, 30.77% para peso normal y 27.77% para obesidad; y el tipo de apego seguro, está asociado a peso normal, ya que es el que obtuvo el mejor porcentaje 57.69%, el apego preocupado en primer lugar obesidad con un 55.56%, segundo lugar sobrepeso 37.14% y el apego rechazante/evitante en obesidad un 22.22%, segundo lugar peso normal 19.24% y sobrepeso 17.14%.

(TABLA 1.4.)

**1.4. TABLA
CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DE ACUERDO AL IMC
(Peso normal/sobrepeso/obesidad)**

VARIABLES	Peso normal		Sobrepeso		Obesidad		p****
	n*	%*	n*	%*	n*	%*	
Turno de consultorio							
Matutino	12	46.16	23	65.72	12	66.66	
Vespertino	14	53.84	12	34.28	6	33.34	0.239
Edad n (%)**	Grupos	n	%	Grupos	n	%	
	< 20	1	3.84	< 20	1	2.85	
	20-24	4	15.38	20-24	4	11.42	
	25-29	4	15.38	25-29	3	8.57	
	30-34	3	11.54	30-34	7	20	
	35-39	6	23.08	35-39	4	11.42	
	40-44	5	19.24	40-44	11	31.42	
	45-49	2	7.7	45-49	4	11.42	
	50-54	2	3.84	50-54	0	0	
	55 y mas	0	0	55 y más	1	2.9	
Población total 36.4±9.4	33.57±9.3			36.02±8.8			41.2±9.4
							0.026
Sexo n (%)	n	%	n	%	n	%	
Masculino	10	38.46	14	40	7	38.89	
Femenino	16	61.54	21	60	11	61.11	0.992
Escolaridad n (%)	n	%	n	%	n	%	
Primaria	1	3.84	1	2.86	2	11.11	0.406
Secundaria	2	7.7	8	22.86	2	11.11	0.227
Preparatoria	4	15.38	7	20	3	16.66	0.889
Licenciatura	13	50	11	31.42	8	44.45	0.319
Posgrado	3	11.54	3	8.58	1	5.56	0.787
Otros	3	11.54	5	14.28	2	11.11	0.725
Estado civil n (%)	n	%	n	%	n	%	
Soltero (a)	8	30.77	7	20	3	16.66	0.477
Casado (a)	7	26.93	16	45.72	9	50	0.217
Unión libre	4	15.38	6	17.14	2	11.11	0.845
Viudo (a)	1	3.84	1	2.86	0	0	0.717
Divorciado (a)	1	3.84	5	14.28	2	11.11	0.404
M/P soltero	2	7.7	0	0	1	5.56	0.271
Separado (a)	3	11.54	0	0	1	5.56	0.126
Ocupación n (%)	n	%	n	%	n	%	
Empl. base	20	76.92	21	60	12	66.66	0.380
Empl. eventual	0	0	4	11.42	2	11.11	0.203
Desempleado	1	3.85	0	0	0	0	0.356
Hogar	1	3.85	7	20	1	5.56	0.098
Autoempleo	3	11.53	0	0	2	11.11	0.119
Estudiante	1	3.85	2	5.71	1	5.56	0.942
Pensionado	0	0	1	2.87	0	0	0.529
Antecedente de adicciones n (%)	n	%	n	%	n	%	
Tabaquismo	7	26.92	11	31.42	4	22.22	0.772
Alcoholismo	3	11.54	5	14.28	2	11.11	0.927
Drogadicción	1	3.84	0	0	0	0	0.356
Otras	0	0.0	4	11.42	1	5.55	

	Peso normal		Sobrepeso		Obesidad		p****
	n	%	n	%	n	%	
Enfermedad crónica no transmisible n (%) ***							
Enfermedad C.V.	1	3.85	6	16.66	5	25	0.086
Cáncer	1	3.85	0	0	0	0	0.356
Enf. resp. crónica	2	7.69	3	8.34	3	15	0.575
Diabetes	1	3.85	3	8.34	1	5	0.746
Ninguna de las anteriores	21	80.76	24	66.66	11	55	
Figura de apego central n (%)	n	%	n	%	n	%	
Mamá	18	69.23	26	74.29	11	61.11	
Papá	3	11.53	4	11.42	3	16.67	
Hermano	2	7.7	0	0	0	0	
Hermana	1	3.84	0	0	0	0	
Abuelos	2	7.7	5	14.29	3	16.67	
Otros	0	0	0	0	1	5.55	
Sin declarar	0	0	0	0	0	0	0.365
Figura de apego subsidiaria n (%)	n	%	n	%	n	%	
Mamá	4	15.38	5	14.28	3	16.66	
Papá	8	30.77	18	51.42	5	27.77	
Hermano	2	7.7	0	0	2	11.12	
Hermana	1	3.84	2	5.72	2	11.12	
Abuelos	4	15.38	0	0	3	16.66	
Otros	2	7.7	2	5.72	2	11.12	
Sin declarar	5	19.23	8	22.86	1	5.55	0.247
Tipo de apego n (%)	n	%	n	%	n	%	
A. seguro	15	57.69	16	45.72	4	22.22	
A. preocupado	6	23.07	13	37.14	10	55.56	
A. R / E	5	19.24	6	17.14	4	22.22	0.180

* Valores: n: tamaño de muestra; % porcentaje de la población total.

** Valores promedio \pm DE;

*** Estos pacientes presentaron más de una ECNT

**** Análisis estadístico realizado por una prueba de ANOVA de una vía.

Fuente: Cuestionario de recopilación

10. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados, **el apego seguro es un factor de protección**, lo cual corrobora que los vínculos y el ambiente de la crianza, es vital para el sano desarrollo biopsicosocial del individuo a corto y largo plazo, teniendo sus raíces en la primera infancia (1). Lo cual respalda los estudios realizados por Anderson (20), Felix-Sebastian Koch (22), Sahara E. Anderson (27), estos investigadores observaron que la baja sensibilidad materna en la infancia temprana y adolescencia fue asociada con incremento de la obesidad; en nuestra investigación, la obesidad se observa así mismo incrementada en la adultez en relación al apego, predominantemente el preocupado.

Garrido Santelices (Chile)	Norma original n (%)		Chile		HGZ Y MF No. 1 Pachuca Hidalgo	
Apego seguro	367	63.5 %	297	51.4%	35	44.30%
Apego rechazante (evitante)	72	12.5%	118	20.4%	15	18.99%
Apego preocupado	128	22.1%	143	24.7%	29	36.71%
Apego desorganizado	11	1.9%	20	3.5%		
	578	100%	578	100%		

Al comparar los resultados con estadísticas de la norma original y la chilena, se observa que existe un mayor porcentaje en nuestra localidad de trastorno de apego, lo cual implicaría un mayor porcentaje de obesidad en nuestra población, así mismo mayor número de enfermedades de predominio cardiaco, así como otras patologías. Realizando una comparativa del **tipo de apego** con la norma original de Francia, nos muestra que existe un mayor *apego seguro* en su población (Francia: tamaño de muestra 367 – Pachuca: tamaño de muestra de 79 pacientes) al resultado obtenido en Pachuca 44.30 % vs Francia 63.5 % de tipo de apego seguro; en cuanto al tipo de *apego rechazante/evitante* (Francia: tamaño de muestra 72 – Pachuca: tamaño de muestra 15) el resultado obtenido en Pachuca fue de 18.99 % vs. Francia 12.5%; y en cuanto al tipo de *apego preocupado* (Francia: tamaño de muestra 128 – Pachuca: tamaño de muestra de 29 pacientes) el resultado obtenido en Pachuca 36.71 % vs. Francia 22.1 %. En cuanto a **trastorno de apego** (preocupado/R.E.) según la norma original es 34.6%; en Chile 45% ⁽¹⁷⁾ y en Pachuca 55.7%; una diferencia porcentual del 21.2% en relación a la norma original, lo cual está relacionado a un 20 % más de probabilidades de obesidad, ECNT, así como un nivel educativo menor, así como adicciones en nuestro país comparativamente con Francia en específico.

En la investigación realizada se detectó que el 60.76 % de la muestra estuvo integrada por **mujeres** y el 39.24 % por **hombres**, lo cual se puede atribuir a una mayor demanda de consulta por las mujeres, así como a la participación más entusiasta. En lo referente a la distribución de la muestra en cuanto a **sexo** el porcentaje más alto fue para el femenino, siendo para el trastorno de apego preocupado el 58.62 % y para el trastorno de apego rechazante o evitante el 86.67 % (Tabla 1.2.). Este porcentaje es alarmante derivado a que el apego seguro es un factor de protección y la ausencia del mismo un factor de riesgo. A mayor trastorno de apego es directamente proporcional un mayor número de patologías en el individuo, menor escolaridad, mayor obesidad, y mayor porcentaje de patología cardiaca. Esto implica que parte de nuestra población transgeneracionalmente no cuenta con el factor protector. Dicho de otro modo no se cuenta con un vínculo importante madre-hijo y posiblemente tenga relación al número de madres solteras, jóvenes, trabajadoras, con escaso apoyo familiar, social y gubernamental en esta condición, así como el desconocimiento de la relevancia a posteriori para el individuo. A pesar de ser la maternidad un acto innato, siempre predominará la

supervivencia, lo cual implica el relativo abandono del hijo, para proveerlo de satisfactores de canasta básica.

En cuanto a **escolaridad** a pesar de ser una muestra menor en el tipo de apego seguro, se observó que los niveles de escolaridad más altos fueron obtenidos en este tipo de apego, siendo licenciaturas 57.14% y posgrados 17.14%, a diferencia del trastorno de apego donde predominan estudios de nivel básico y medio. Aquí el apego seguro representa un factor de protección, dado a que un vínculo bien establecido en la infancia, tiene impacto en el desarrollo del individuo a largo plazo. A mayor educación mejor calidad de vida.

En cuanto a **estado civil** se observó en los sujetos divorciados un 20% (OR de 2.60) el porcentaje más alto para el tipo de apego rechazante o evitante, a diferencia del apego preocupado 10.34% y apego seguro 5.71%, encontrando al apego como factor de protección, éste derivado de que los vínculos aprendidos en la infancia son más estables y permanentes.

En **adiciones** se encontró una OR 2.01 para alcoholismo, siendo el trastorno de apego un factor de riesgo.

En **enfermedades crónicas no transmisibles** (ECNT) es de destacar el hecho de que en el tipo de apego seguro sólo el 17.4% de los pacientes presentó algún tipo de ECNT; en el apego preocupado se incrementa hasta el 46.88% y en apego rechazante o evitante corresponde al 33.34% de las cuatro patologías mencionadas. **Siendo el trastorno de apego un factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular**, tomando en cuenta la tasa de morbi-mortalidad por patología cardiovascular en México; y la participación económica de las mujeres con al menos un hijo nacido vivo. Valdría la pena realizar otro estudio sobre lo mencionado, tomando en cuenta que en esta investigación el porcentaje de mujeres con trastorno de apego rechazante fue el mayor obtenido (86.67%), y el apego es transgeneracional. Siendo la de mayor impacto o factor de riesgo la enfermedad cardio-vascular, ya que los pacientes con trastorno de apego la presentaron 10.3 veces más en comparación con el apego seguro. En la distribución de pacientes según tipo de enfermedad crónica no transmisible, es de destacarse el hecho de que **17.14 %** de los *pacientes con apego seguro* presentan algún tipo de ECNT y **ECV** (principalmente hipertensión arterial) con el **2.86 %**. Comparativamente el porcentaje de ECNT en *pacientes con trastorno de apego* fue del **42.59%**, destacando la **ECV** en un **23.46 %**. (Tabla 1.3.) Siendo lo pacientes con **apego preocupado** únicamente, el porcentaje para ECNT es de 46.88%; **predominando la enfermedad cardiovascular con un 25 %**, en segundo lugar la ERC 12.5 y en tercer lugar diabetes con un 6.25 %. Esta tendencia se observa también en *el tipo de apego rechazante*, siendo para la ECNT 33.34% en total, **en primer lugar para ECV 20%**, en segundo lugar para ERC y diabetes con un 6.67 %.

Enfermedades crónicas no transmisibles	ECV	Cáncer	ERC	Diabetes	Total de ECNT por tipo de apego
Apego seguro	2.86 %	0	8.57 %	5.71 %	17.14 %
Apego preocupado	25 %	3.13 %	12.5 %	6.25 %	46.88 %
Apego rechazante/evitante	20 %	0	6.67 %	6.67 %	33.34 %

Si tomamos en cuenta que la **figura de apego central** es la madre, y las estadísticas refieren que es en la mujer donde existe mayor predominio de trastorno de apego (Preocupado/R.E. 68.18%) y que el apego es transgeneracional; el porcentaje de apego seguro podría ser un indicador temprano, de estadísticas de escolaridad, índice de divorcio, adicciones, enfermedad crónica no transmisible y obesidad, las cuales podríamos encontrar en un futuro próximo para generaciones venideras. Con el impacto económico a largo plazo que esto implica al sector salud, así como social, familiar y personal. Al comparar los resultados de tipo de apego con la madre y la presencia de sobrepeso y obesidad, se observa como factor de protección el apego seguro.

En el **índice de masa corporal** (IMC), se observó que el mayor porcentaje se tiene en el sobrepeso 43.04 %, en segundo lugar se encuentra el peso normal con el 32.91, y en tercer sitio la obesidad representando el 22.78 %. En suma el 65.82 % de los pacientes analizados tienen sobrepeso y obesidad. Cabe mencionar aquí que 7 de cada 10 mexicanos adultos presenta sobrepeso y obesidad. ^(ENSANUT 2012) La prevalencia de sobrepeso y obesidad en hombres y mujeres de 20 y más años de edad de acuerdo a datos del IMSS es de 85.3 % en general, para sobrepeso 36.5 % y para obesidad 48.8 %. ^(ENSANUT) En nuestro estudio la mayor prevalencia fue para el sobrepeso.

Además de la tremenda medicalización del proceso de embarazo y parto, que impide observar la conducta espontánea y natural de una madre con su recién nacido, así como a la mecanización en la atención hospitalaria de partos, el incremento en el número de cesáreas, y la pérdida de esos primeros 45 minutos **periodo sensitivo** donde se incrementa el vínculo afectivo en el momento del nacimiento (49) (54) (56) (58)

Si en la medida del apego se encuentra la protección a la infancia, es esta la razón por la cual México, refleja cifras bajas de apego en los resultados, altas tasas de obesidad, maltrato infantil, por prevalencia de apego rechazante en género femenino por lo tanto mayor violencia, disolución y/o disfunción de vínculos familiares en sus estadísticas. Si bien es cierto que existen otras perspectivas para analizar la asociación entre el apego y la obesidad, también es cierto que no es posible agotar en una sola investigación todos los factores que entran en juego, por ello nuestra propuesta como ya se mencionó tiene un encuadre entre lo psicológico y conductual, con lo biológico y fisiológico, teniendo implícitamente al estrés como factor contribuyente a la presencia de sobrepeso y obesidad asociado con apego. Así como factor de riesgo para la aparición temprana de enfermedades crónicas degenerativas no transmisibles, ⁽⁷⁶⁾⁽⁷⁷⁾⁽⁷⁸⁾ ya que al actuar como un factor acelerante en el organismo mediante el estrés, ⁽⁶⁴⁾⁽⁶⁵⁾⁽⁶⁶⁾⁽⁶⁷⁾⁽⁶⁸⁾⁽⁸⁹⁾ derivado de la descalibración temprana del eje HPA ⁽⁷⁰⁾⁽⁷¹⁾⁽⁷²⁾⁽⁷³⁾ causa una alostasis y posteriormente sobrecarga alostática derivado de las respuestas conductuales, ⁽⁶³⁾ con la consecuente aparición de la enfermedad ⁽⁷⁵⁾ de forma más temprana independientemente de la carga genética, dado a que la obesidad juega un doble papel, donde por un lado es una enfermedad crónica y por el otro, factor de riesgo para múltiples enfermedades.

El niño construye *modelos operativos internos*, ⁽⁸³⁾⁽⁸⁴⁾⁽⁸⁵⁾ a partir de sus figuras de *apego*, ⁽⁴²⁾ así como a través de mecanismos transgeneracionales, no son solo los genes, sino también el entorno de los primeros años de vida y el estrés que hayan vivido nuestros antecesores (*epigenética*) <http://www.youtube.com/watch?v=UxDgerzMQ1U>. Al hablar de *estrés*, hablamos por ende de *homeostasis*, *alostasis* y *carga alostática*, ⁽⁷⁷⁾⁽⁷⁸⁾⁽⁷⁹⁾ por lo tanto de *cortisol* ⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽¹²⁾⁽¹⁴⁾⁽²⁴⁾⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾⁽²⁹⁾⁽⁵¹⁾⁽⁵³⁾⁽⁵⁷⁾⁽⁸⁷⁾, el cortisol es regulado por el entorno, el medio donde nos desarrollamos y las *emociones*, ⁽⁶³⁾⁽⁶⁴⁾⁽⁶⁵⁾⁽⁶⁸⁾⁽⁶⁹⁾ que son la respuesta al estrés; una respuesta adecuada al estrés permite una mayor y mejor sobrevivida. Todo cambio cotidiano puede ser un factor estresor, cuanto mayor es el cambio, es inversamente proporcional el ajuste

biopsicosocial es decir a toda acción corresponde una reacción igual y contraria; las primeras investigaciones de estrés fueron realizadas por el Dr. Hans Selye,⁽⁷¹⁾⁽⁷²⁾⁽⁷³⁾ mediante la teoría del *síndrome de adaptación general*; es entonces el apego un mecanismo que induce estabilidad y mejor respuesta del Sistema Nervioso Autónomo (SNA)⁽⁷⁰⁾, -simpático/parasimpático-, es decir homeostasis, cuando este equilibrio se rompe, condiciona patologías; es esta investigación arrojó el doble en obesidad y diez veces mayor la patología cardíaca en pacientes con trastorno de apego, así como otras variables.

La obesidad⁽⁸¹⁾⁽⁸²⁾ actualmente se considera una pandemia mundial. Es el reflejo de apegos débiles, vínculos pobres, una sociedad acelerada, familias desintegradas, pobreza social, educativa, moral, hambruna y de valores en algunos casos, cuya raíz es la **base de la familia**, el hijo y la madre, estructurada en el apego.

La falta de apego es fuente de baja escolaridad, separaciones afectivas tempranas, adicciones, predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, sobrepeso y obesidad. Y comer... comer es un placer, un placer que desactiva el sistema simpático activando el parasimpático, causando bienestar, cada que vez que se activa; es entonces el placer y bienestar que se activa, la forma de sostener nuestro actual estilo de vida, ¿Qué sucedería si no se comiera, como mecanismo exclusivo de nutrición sino también de placer y bienestar, como mecanismo compensatorio de estrés? Quizás la muerte sobrevendría antes de lo esperado, es entonces el comer el factor de protección del organismo para amortiguar temporalmente el estrés, pero a largo plazo su este mecanismo condiciona sobrepeso y obesidad.

Es entonces el sobrepeso un factor de protección temporal, un mecanismo de resistencia del organismo, hasta la llegada de la obesidad. ¿Qué sucedería si este soporte no se diera? Quizás las patologías cardíacas serían más tempranas de lo esperado.

Ante el problema ya manifiesto en nuestro país, donde ocupamos el primer lugar a nivel mundial en obesidad y sobrepeso, así como en morbi-mortalidad por patologías cardíacas, México ocupa el primer lugar en violencia física, abuso sexual y homicidios de menores de 14 años entre los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). Se debe actuar de manera rápida, determinante y objetiva, con acciones económicamente posibles, incidiendo el problema desde la raíz con acciones tempranas.

Calibrar el eje del estrés en el momento correcto y con la acción correcta, disminuirá la prevalencia de enfermedades (ECNT) por ser el tipo de apego un factor de riesgo. Por lo tanto se reducirán los gastos en salud, se obtendrá un menor número para desintegración familiar por divorcios, menor patología cardíaca, mayor escolaridad (mejor nivel educativo), menor obesidad y otras patologías.

11. CONCLUSIONES

La pregunta planteada en la investigación fue: ¿Existe asociación entre obesidad y trastorno de apego en pacientes adultos en el HGZ y MF No. 01 del IMSS, en Pachuca Hgo.? El resultado del estudio clínico, arroja que el trastorno de apego es un factor de riesgo para obesidad y sobrepeso.

Hemos podido demostrar que si existe asociación entre la obesidad y trastorno de apego en pacientes adultos, y en efecto, los porcentajes determinados superan al 50.00 % que en principio hipotéticamente se encontraría como resultado de la investigación, se cumplieron los objetivos propuestos e incluso fueron superados al integrarse en el curso mismo de la investigación la variable de sobrepeso.

En los objetivos secundarios se encontró que si existe asociación entre obesidad, tipo de apego, figura de apego, sexo, escolaridad, estado civil, adicciones y enfermedades no transmisibles en particular con **enfermedad cardiovascular** (Infarto al miocardio, evento vascular cerebral, hipertensión arterial), **siendo la de mayor impacto o factor de riesgo la enfermedad cardio-vascular, ya que los pacientes con trastorno de apego la presentaron 10.3 veces más en comparación con el apego seguro.**

RECOMENDACIONES

Todo personal de salud debe conocer e informar a los derecho-habientes, así como a población abierta, durante las actividades con acciones de educación y promoción para el desarrollo del apego seguro y subrayar primordialmente la importancia del ambiente de la crianza desde el embarazo, así como en el nacimiento del niño, lo relevante de los primeros 45 minutos **“periodo sensible”**, contacto íntimo del binomio y en los primeros tres años de vida (madre-hijo) que es la etapa definitoria en la cual se calibra el eje del estrés, y es en esta etapa donde los factores de riesgo o protección (para la presencia de obesidad, sobrepeso, patologías cardiovasculares e impacto trascendental para el individuo es definido) pueden dispararse o limitarse.

Es el apego a la madre el que va a activar los cinco sentidos, manteniendo el equilibrio del sistema nervioso autónomo (simpático/parasimpático), disminuyendo el cortisol inducido por el estrés y por ello toda paciente embarazada durante el control prenatal debe recibir información acerca de las bondades del apego, ambiente de la crianza y de la lactancia materna, mediante trípticos, folletos, pláticas educativas, acciones educativas y/o referencia a páginas de internet.

El apego temprano favorece el acondicionamiento de la estabilidad adrenal, por lo tanto, es la mejor respuesta al estrés, a largo plazo y por consiguiente constituye el equilibrio en la respuesta del sistema simpático.

Los médicos familiares, no familiares y todo el personal que interviene en la salud, principalmente los encargados de la difusión educativa, deberán conocer, promover y difundir el fomento de la conducta de apego a cualquier edad, y principalmente en el embarazo, los primeros 45 minutos inmediato al nacimiento **“periodo sensible”** y los primeros tres años de vida, ideal e inicialmente dentro del programa de alojamiento conjunto, así como en guarderías, hospitales, clínicas, así como en toda institución que salvaguarde la salud del binomio (madre-hijo), pertenezca o no a un sistema de salud. Con esto me refiero a sistemas escolares, legales u otras, ya que **promover las relaciones afectivas entre el vínculo madre-hijo, es definitivamente una acción de promoción a la salud, a corto, mediano y largo plazo.**

Es recomendable que se instituya el apego como un renglón primordial y fundamental dentro del programa de lactancia materna, como un programa educativo a nivel federal, esto derivado del impacto psiconeuroinmunoendocrinológico y relevante para la salud infantil a corto plazo y a largo plazo para los adultos, al reducir el riesgo de obesidad, y las consecuencias de ésta. Promover acciones como en otros países como Chile o España, en beneficio de su población.

Continuar realizando investigaciones sobre obesidad y trastorno de apego en pacientes adultos sugiriéndose utilizar una muestra de pacientes mayor, utilizando el instrumento CaMir (corto), o bien estudios exploratorios pequeños pero significativos en donde se midan cifras de cortisol salival y glucosa, comparado en los tipos de apego. Agregar a la encuesta variables como el insomnio, cefalea y lumbalgia.

Detectar a temprana edad, preferentemente en la adolescencia particular y específicamente a los pacientes con trastorno de apego, ya que son estos los más vulnerables al estrés y por lo tanto a patologías, (con el uso de encuestas correspondientes a la edad), para promover acciones encaminadas a disminuir riesgo de patología, con apoyo de programas como juven-IMSS, en centros de seguridad social.

En guarderías tomar acciones encaminadas a la educación del personal y a los cuidadores primarios para tomar conciencia de la relevancia del apego, esto a partir de la acción educativa. Prevenir de forma primaria y a bajo costo la salud. Legislar como garantía individual la promoción del apego seguro como acción en salud. Siguiendo como ejemplo al parlamento de Chile. “Ley posnatal 6 meses aprobada por dicho parlamento”.

En nuestra investigación sólo tomamos como variable a la diabetes, pero no se tomaron criterios de prediabetes, lo cual considero hubiera sido de gran utilidad, dado a que el promedio de edades de la muestra oscilaba en un rango de 32 a 39 años en los tipos de apego estudiados, o bien criterios de síndrome metabólico.

Enfocarnos en los pacientes con trastorno de apego preocupado, dado a que éste fue el porcentaje más alto para los pacientes, con mayor afectación; los pacientes con apego rechazante y apego seguro, tiene factores de protección per se, mayores que los primeros. Al detectar a los pacientes en específico al tipo de apego preocupado se pueden reducir costos significativamente, particularmente si se dirigen acciones encaminadas a esta población en específico de mayor riesgo, acciones encaminadas a la prevención de enfermedad.

En las maternidades de nuestro país la asistencia del nacimiento acontece en un contexto de sobre intervención y medicalización, inclusive violencia obstétrica no documentada, con un porcentaje de cesáreas, que a nivel nacional es muy alto, prestar asistencia y programación en aquellas familias que libremente optan por un nacimiento en domicilio, siempre y cuando cumplan con atención prenatal y sin factores de riesgo obstétrico, así mismo y simultáneamente promover la asistencia del embarazo hospitalariamente y el nacimiento por personal calificado además en un entorno de respeto al proceso y fomentando el apego. Retomar la partería como la profesión más antigua de la humanidad. Desde sus orígenes ha sido llevada adelante por mujeres comprometidas con el proceso fisiológico del nacimiento, respetando los tiempos biológicos de cada mamá y su bebé. Promoviendo el nacimiento en el seno familiar, en medida de lo posible.

Un cerebro modulado tempranamente mediante mecanismos conductuales, dará respuestas emocionales, afectivas y cognoscitivas correspondientes a dicha modulación.

12. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. G. Irwin L., Siddiqi S., Hertzman C. Desarrollo de la Primera Infancia: Un *Potente* Ecuilibrador. Global Knowledge for Early Child Development. Human Early Learning Partnership (HELP). Informe Final para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. (OMS). 2007:5-6 Disponible en: http://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf
2. Hikal Carreon W. Criminología Psicoanalítica, Conductual y Del Desarrollo. Capítulo X John Bowlby. X.3. 1era ed. Impreso en México: 2005.
3. Hikal Carreon W. Criminología Psicoanalítica, Conductual y Del Desarrollo. Capítulo X John Bowlby. X.4.1era Ed. Impreso en México. 2005.
4. Koch F.S. Stress and Obesity in Childhood. [Dissertation No. 1100]. Printed in Sweden: LiU-tryck, Linköping; 2009. Disponible en: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:174785/FULLTEXT01.pdf>
5. Gunnar M.R., Donzella B. Social regulation of the cortisol levels in early human development. *Psychoneuroendocrinology*. 2002;27:215 Disponible en: [http://www.psyneuenjournal.com/article/S0306-4530\(01\)00045-2/abstract](http://www.psyneuenjournal.com/article/S0306-4530(01)00045-2/abstract)
6. Vargas-Rueda A., Chaskel R. Neurobiología del apego. *Avances en psiquiatría biológica*. 2007;(8):50-51 Disponible en: http://issuu.com/psiquiatriabiologica/docs/7_neurobiologia_del_apego/1?e=5742529/3281657
7. Harlow H. F. The Monkey as a Psychological Subject. *Integr Psych Behav* (2008) 42:336–347 *Experimentos de harlow - el amor materno condicionado*. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=HcTdx0OJjI4> (accessed 2014).
8. Harlow H. F. The Monkey as a Psychological Subject. *Integr Psych Behav* (2008) 42:336–347 Harlow H. *The Pit Of Despair*. Disponible en: https://www.youtube.com/watch?v=e5l6d_vq-Cc (accessed 2014).
9. Bretherton I. The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*. 1992; 28: 759-775 Apego: situación extraña Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=qaXcjExnhbM>
10. Vargas-Rueda A., Chaskel R. Neurobiología del apego. *Avances en psiquiatría biológica*. 2007;(8):51 Disponible en: http://issuu.com/psiquiatriabiologica/docs/7_neurobiologia_del_apego/1?e=5742529/3281657
11. Vargas-Rueda A., Chaskel R. Neurobiología del apego. *Avances en psiquiatría biológica*. 2007;(8):53 Disponible en: http://issuu.com/psiquiatriabiologica/docs/7_neurobiologia_del_apego/1?e=5742529/3281657
12. Cortés Romero C. E. Estrés y cortisol implicaciones en la memoria y el sueño. *Elementos* 82. 2011: 33-38 Disponible en: <http://www.elementos.buap.mx/num82/pdf/33.pdf>
13. Bonet, J. Suárez-Bagnasco, M. Mecanismos neurobiológicos. Carga alostática, primera parte. Vías biológicas del impacto de los factores psicosociales sobre la salud. Efecto de la carga alostática sobre la red psiconeuroinmunoendócrina. Capítulo 2. Información científica Gador. 2007:25 Disponible en: http://www.gador.com.ar/iyd/psiquiatria/pdf/alostatica_1.pdf
14. Amancio-Chassin O., Ortigoza-Ramírez J.L., Durante-Montiel I. Seminario. El Ejercicio Actual de la Medicina. UNAM. *Obesidad*. 2007:2 Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/may_01_ponencia.html
15. Bonet, J. Suárez-Bagnasco, M. Mecanismos neurobiológicos. Carga alostática, primera parte. Vías biológicas del impacto de los factores psicosociales sobre la salud. Capítulo 2. Estrés, carga alostática, obesidad y síndrome metabólico. Información científica Gador. 2007:38-40 Disponible en: http://www.gador.com.ar/iyd/psiquiatria/pdf/alostatica_1.pdf

16. Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, Romero-Martínez M, Hernández-Ávila M. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2012. Disponible en: <http://ensanut.insp.mx/informes/ENSANUT2012ResultadosNacionales.pdf>
17. Garrido L, Santelices MP, Pierrehumbert Bi, Armijo I. Validación chilena del cuestionario de evaluación de apego en el adulto CAMIR. Revista Latinoamericana de Psicología 2009;41: 81-98. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rtps/v41n1/v41n1a07>
18. Lacasa F. Versión Española del CaMir. Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona. 2004
19. OMS. *Promoción de la Salud Mental*. OMS. Report number: ISBN 92 4 1591595, 2004. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf
20. Anderson S.E., Gooze R.A., Lemeshow S., and Whitaker R.C. Quality of Early Maternal–Child Relationship and Risk of Adolescent Obesity. Pediatrics. 2011;(2):132-140. doi: 10.1542/peds.2011-0972 Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/129/1/132.full.pdf>
21. Maunder R.G., Hunter J.J. Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. Psychosom Medicine. 2001;63:556-567. Disponible en: <file:///C:/Users/Ruby/Downloads/00463528cc2146af0d000000.pdf>
22. Koch F.S. Stress and Obesity in Childhood. [Dissertation No. 1100]. Printed in Sweden: LiU-tryck, Linköping; 2009. Disponible en: <http://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:174785/FULLTEXT01.pdf>
23. Sloan E.P., Maunder R.G., Hunter J.J. and Moldofsky H. Insecure attachment is associated with the α -EEG anomaly during sleep. BioPsychoSocial Medicine 2007;1:20. doi:10.1186/1751-0759-1-20. Disponible en: <http://www.bpsmedicine.com/content/1/1/20>
24. Smeekens S., Riksen-Walraven J.M., Van Bakel H.J., de Weerth C. Five-year-olds' cortisol reactions to an attachment story completion task. Psychoneuroendocrinology. 2010;35(6):858-65. Disponible en: [http://www.psyneuen-journal.com/article/S0306-4530\(09\)00338-2/pdf](http://www.psyneuen-journal.com/article/S0306-4530(09)00338-2/pdf)
25. Luijk M., Velders F.P., Tharner A., van IJzendoorn M.H., Bakermans-Kranenburg M.J., Jaddoe V.W.V., et al. FKBP5 and resistant attachment predict cortisol reactivity in infants: Gene–environment interaction. Psychoneuroendocrinology. 2010;35(10):1454–1461 Disponible en: [http://www.psyneuen-journal.com/article/S0306-4530\(10\)00114-9/abstract?cc=y](http://www.psyneuen-journal.com/article/S0306-4530(10)00114-9/abstract?cc=y)
26. Kidd T., Hamer M., Steptoe A. Examining the association between adult attachment style and cortisol responses to acute stress. Psychoneuroendocrinology. 2011;(36):771–779 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21106296>
27. Anderson S., Whitaker R.C. Attachment Security and Obesity in US Preschool-Aged Children. Arch Pediatr Adolesc Med. 2011;165(3):235-242 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3086349/pdf/nihms-286329.pdf>
28. Forcada, P. Mecanismos neurobiológicos. Carga alostática, primera parte. Información científica Gador. Carga alostática y enfermedad cardiovascular. 2007:57 Disponible en: http://www.gador.com.ar/iyd/psiquiatria/pdf/alostatica_1.pdf Epigenética: La nueva revolución biológica. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=UxDgerzMQ1U>
29. D'Alessio, L. Mecanismos neurobiológicos. Carga alostática, segunda parte. 4.2 Estrés psicosocial, carga alostática y factores psicosociales individuales. Información científica Gador. 2007:13-14 Disponible en: http://www.gador.com.ar/iyd/psiquiatria/pdf/alostatica_2.pdf
30. López-Moratalla N, Sueiro-Villafranca E. Células Madre y Vínculo de Apego en el cerebro de la Mujer. Informe científico sobre la comunicación Materno-Filial en el embarazo.

Universidad de Navarra. Madrid. 2008:5 Disponible en:

http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D34.pdf

31. Ruppert F. Trauma, vínculo y constelaciones familiares. 3 Vinculación psicológica y emocional. 3. 1. Relaciones vinculantes como base de la existencia humana. 1era ed. Impreso en México. Editorial Paidós Mexicana, S.A. 2012:44-45
32. Ruppert F. Trauma, vínculo y constelaciones familiares. 3 Vinculación psicológica y emocional. 3. 1. Relaciones vinculantes como base de la existencia humana. 1era ed. Impreso en México. Editorial Paidós Mexicana, S.A. 2012:47
33. Ruppert F. Trauma, vínculo y constelaciones familiares. 3 Vinculación psicológica y emocional. 3. 1. Relaciones vinculantes como base de la existencia humana. 1era ed. Impreso en México. Editorial Paidós Mexicana, S.A. 2012:47-48
34. Ruppert F. Trauma, vínculo y constelaciones familiares. 3 Vinculación psicológica y emocional. 3. 1. Relaciones vinculantes como base de la existencia humana. 1era ed. Impreso en México. Editorial Paidós Mexicana, S.A. 2012:62
35. Ruppert F. Trauma, vínculo y constelaciones familiares. 3 Vinculación psicológica y emocional. 3. 1. Relaciones vinculantes como base de la existencia humana. 1era ed. Impreso en México. Editorial Paidós Mexicana, S.A. 2012:49-50
36. Hikal Carreón W. Criminología Psicoanalítica, Conductual y Del Desarrollo. Capitulo X John Bowlby. X.3. 1era Ed. Impreso en México. 2005.
37. Bowlby J. Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego. 5ta impresión. Editorial Paidós. 2010.
38. Hikal Carreón W. Criminología Psicoanalítica, Conductual y Del Desarrollo. Capitulo X John Bowlby. X.4. 1era Ed. Impreso en México. 2005.
39. El apego. Actitudes parentales benéficas, actitudes parentales dañinas. Last Updated on Thursday, 22 March 2012 00:18 Disponible en: <http://www.todoesmente.com/el-apego.html>
40. John Bowlby. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/John_Bowlby
41. Teoría del apego. 2004. Disponible en: www.angelfire.com/psy/ansiedaddeseparacion/new_page_6.htm
42. Bowlby J. El apego y la pérdida 2. La separación. España. Ediciones Paidós Ibérica, S.A. 1985:226
43. Barg Beltrame G. Bases neurobiológicas de apego. Revisión Temática. Ciencias Psicológicas. 2011;(1):78 Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-42212011000100007&script=sci_arttext
44. Bowlby J. La separación. El apego y la pérdida 2. 1era Edición. Impreso en España: Ediciones Paidós Ibérica S.A. 1985:45-46.
45. Hikal Carreón W. Criminología Psicoanalítica, Conductual y Del Desarrollo. Capitulo X John Bowlby. X.5.1 1era Ed. Impreso en México.
46. Wael H. Capitulo X John Bowlby. Criminología Psicoanalítica, Conductual y Del Desarrollo. X.5.1. 1era Ed. Impreso en México.
47. Díaz Atienza, J; Blánquez Rodríguez, MP. El Vínculo y Psicopatología en la Infancia: Evaluación y Tratamiento. Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 2004;4(1):84-87 Disponible en: <http://psiquiatriainfantil.org/numero4/apego1.pdf>
48. Hikal Carreón W. Criminología Psicoanalítica, Conductual y Del Desarrollo. Capitulo X John Bowlby. X.5. 1era Ed. Impreso en México
49. Carrillo-Ávila S., Maldonado C., Saldarriaga L.M., Vega L., Díaz S. Patrones de apego en familias de tres generaciones: Abuela, Madre Adolescente, Hijo. Revista Latinoamericana de Psicología. 2004;36(003):418-419 Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80536304.pdf>
50. Koch F.S. Stress and Obesity in Childhood. [Dissertation No. 1100]. Printed in Sweden by LiU-tryck, Linköping 2009:5
51. Gunnar M.R., Donzella B. Social regulation of the cortisol levels in early human

- development. Psychoneuroendocrinology. 2002;27:215
52. Palacios-Treviño J.L. Introducción a la pediatría. Crecimiento y Desarrollo I. Sexta edición. Mexico. 2003.
 53. Vargas-Rueda A., Chaskel R. Neurobiología del apego. Avances en psiquiatría biológica. 2007;(8):46 Disponible en: http://es.scribd.com/doc/86693191/Neurobiologia-DEL-APEGO#force_seo
 54. Vargas-Rueda A., Chaskel R. Neurobiología del apego. Avances en psiquiatría biológica. 2007;(8):47 Disponible en: http://issuu.com/psiquiatriabiologica/docs/7_neurobiologia_del_apego/1?e=5742529/3281657
 55. Vargas-Rueda A., Chaskel R. Neurobiología del apego. Avances en psiquiatría biológica. 2007;(8):47-48 Disponible en: http://issuu.com/psiquiatriabiologica/docs/7_neurobiologia_del_apego/1?e=5742529/3281657
 56. Vargas-Rueda A., Chaskel R. Neurobiología del apego. Avances en psiquiatría biológica. 2007;(8):48-49 Disponible en: http://issuu.com/psiquiatriabiologica/docs/7_neurobiologia_del_apego/1?e=5742529/3281657
 57. Vargas-Rueda A., Chaskel R. Neurobiología del apego. Avances en psiquiatría biológica. 2007;(8):50-51 Disponible en: http://issuu.com/psiquiatriabiologica/docs/7_neurobiologia_del_apego/1?e=5742529/3281657
 58. Pinto-L F. Apego y lactancia natural. Rev Chil Pediatr. 2007;78(1):100 Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v78s1/art08.pdf>
 59. Lara C., Sanchis M., Rodríguez M. Concepto de alexitimia. Discurso en pacientes con SII. Tesis para optar al grado académico de Magister en Psicología Clínica, UDD, Santiago. 2008.
 60. Soares I., Dias P. Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigación. IJCHP. (International Journal of Clinical and Health Psychology). 2007;7(1):190 Disponible en: <file:///C:/Users/Ruby/Downloads/dcart.pdf>
 61. Soares I., Dias P. Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigación. IJCHP. (International Journal of Clinical and Health Psychology). 2007;7(1):191 Disponible en: <file:///C:/Users/Ruby/Downloads/dcart.pdf>
 62. Moscoso M.S. De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. Liberabit. Revista de Psicología 2009;15:144-145 Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n2/a08v15n2.pdf>
 63. Yorio, A. A. El sistema de neuronas espejo: evidencias fisiológicas e hipótesis funcionales. Rev. argent. neurocir. 2010;24(1):33-37. ISSN 1850-1532. Experimento con niños: Cambio de cara. Disponible en: <http://www.youtube.com/watch?v=9xLlitjhdJ4>
 64. Bisquerra Alzina, R. Educación emocional y competencias básicas para la vida. Revista de investigación educativa, RIE. 2003;21(1):12-14 Disponible en: <http://revistas.um.es/rie/article/view/99071/94661>
 65. García García, E. Neuropsicología y educación. De las neuronas espejo a la teoría de la mente. Revista psicológica y educación. 2008;1(3):69-90. Disponible en: http://eprints.ucm.es/9972/1/Revista_Psicologia_y_Educacion.pdf
 66. Bisquerra-Alzina, R. Educación emocional y competencias básicas para la vida. Revista de investigación educativa, RIE. 2003;21(1):13-14 Disponible en: <http://revistas.um.es/rie/article/view/99071/94661>

67. Ocaña-Méndez, M.C. Síndrome de Adaptación General. La naturaleza de los estímulos estresantes. Escuela Abierta. 1998;(2):46-47 Disponible en: <file:///C:/Users/Ruby/Downloads/Dialnet-SindromeDeAdaptacionGeneral-195857.pdf>
68. Moscoso M.S. De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. Liberabit. Revista de Psicología 2009;15:145 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68611924008>
69. Ocaña-Méndez, M.C. Síndrome de Adaptación General. La naturaleza de los estímulos estresantes. Escuela Abierta. 1998;(2):48 Disponible en: <file:///C:/Users/Ruby/Downloads/Dialnet-SindromeDeAdaptacionGeneral-195857.pdf>
70. Navarro X. Fisiología del sistema nervioso autónomo. REV NEUROL. 2002;35(6):553-562
71. Bertola, D. Hans Selye y sus ratas estresadas. Medicina Universitaria. 2010;12(47):143 Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-universitaria-304-articulo-hans-selye-sus-ratas-estresadas-13153746>
72. Ocaña-Méndez, M.C. Síndrome de Adaptación General. La naturaleza de los estímulos estresantes. Escuela Abierta. 1998;(2):41-50 Disponible en: [file:///C:/Users/Ruby/Downloads/Dialnet-SindromeDeAdaptacionGeneral-195857%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ruby/Downloads/Dialnet-SindromeDeAdaptacionGeneral-195857%20(1).pdf)
73. Nogareda Cuixart, S. Fisiología del estrés. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España. 3 Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_355.pdf
74. Forcada, P. Mecanismos neurobiológicos. Carga alostática, primera parte. Carga alostática y enfermedad cardiovascular. Información científica Gador. 2007:61-63 Disponible en: http://www.gador.com.ar/iyd/psiquiatria/pdf/alostatica_1.pdf
75. Moscoso M.S. De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. Liberabit. Revista de Psicología 2009;15:149 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68611924008>
76. Moscoso M.S. De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. Liberabit. Revista de Psicología 2009;15:149 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68611924008>
77. Bonet, J., Suárez-Bagnasco, M. Mecanismos neurobiológicos. Carga alostática, primera parte. Estrés, carga alostática y sistema inmune. Información científica Gador. 2007: 32-36 Disponible en: http://www.gador.com.ar/iyd/psiquiatria/pdf/alostatica_1.pdf
78. D'Alessio, L. Mecanismos neurobiológicos. Carga alostática, primera parte. Introducción al concepto de Carga alostática. Información científica Gador. 2007:11-14 Disponible en: http://www.gador.com.ar/iyd/psiquiatria/pdf/alostatica_1.pdf
79. Bonet, J. Suárez-Bagnasco, M. Mecanismos neurobiológicos. Carga alostática, primera parte. Vías biológicas del impacto de los factores psicosociales sobre la salud. Capítulo 2. Estrés, carga alostática, obesidad y síndrome metabólico. Información científica Gador. 2007:38-40 Disponible en: http://www.gador.com.ar/iyd/psiquiatria/pdf/alostatica_1.pdf
80. K.G.M.M. Alberti; Eckel R.H.; Grundy S.M.; Zimmet P.Z.; et al. Harmonizing the Metabolic Syndrome. Circulation. 2009;120:1640-1645.
81. Amancio Chassin O., Ortigoza Ramírez J.L., Durante-Montiel I. Obesidad. Seminario. El Ejercicio Actual de la Medicina. UNAM. 2007:1 Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/may_01_ponencia.html
82. Amancio Chassin O., Ortigoza Ramírez J.L., Durante-Montiel I. Obesidad. Seminario. El Ejercicio Actual de la Medicina. UNAM. 2007:8 Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/may_01_ponencia.html

83. Garrido L, Santelices MP, Pierrehumbert Bi, Armijo I. Validación chilena del cuestionario de evaluación de apego en el adulto CAMIR. Revista Latinoamericana de Psicología 2009; 41:81-98 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80511492006>
84. Lacasa F. Versión Española del CaMir. Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona. 2004
85. Fourment Sifuentes K. G. Validez y confiabilidad del autocuestionario de modelos internos de relaciones de apego (CaMir) en un grupo de madres de Lima Metropolitana. Lima-Perú. 2009. Disponible en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/418/FOURMENT_SIFUENTES_KATHERINE_VALIDEZ_CONFIABILIDAD_MADRES.pdf?sequence=1
86. Hernández B., Velasco-Mondragón H. E. Encuestas transversales. Salud Pública de México. 2000;42(5):447-455
87. Moscoso M.S. De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. Liberabit. Revista de Psicología. 2009;15:147 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68611924008>
88. Marshmallow study. Stanford. Vale la Pena Esperar (Prueba de los bombones con niños) Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=Q5hsH13hHlq>

13. ANEXOS

Cuestionario de datos generales



ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD Y TRASTORNO DE APEGO EN PACIENTES ADULTOS EN EL HGZ Y MF No. 1, DEL IMSS, PACHUCA HGO. I.M.S.S.

La siguiente encuesta es realizada con la finalidad de conocer aspectos generales de los pacientes, recolectando datos tanto personales, escolares y de hábitos. Para ello se le solicita conteste las preguntas según corresponda, ya sea completando las preguntas o marcando con una "X" donde existan cuadros para poder hacerlo. Es auto aplicable, en caso de tener dudas o cualquier aclaración acerca de la información solicitada, el encuestador debe despejarlas y asistir en el llenado del formato. Toda la información que proporcione será manejada de manera estrictamente confidencial.

Registrado ante el CLIEIS con el No: R-2013-1201-17				Solo encuestador	
FOLIO _____				_____	
1	Fecha (dd/mm/aaaa) ____/____/____ Hora ____:____hr			____ ____ ____	
2	Apellido Paterno _____ Apellido Materno _____ Nombre (s) _____			_____	
3	NSS: _____	4	Teléfono casa _____ Teléfono cel. _____ email _____		
5	Domicilio _____				
6	Turno: 1. Matutino (M) 2. Vespertino (V)	7	Número de Consultorio: (____)		6 ____ 7 ____
8	Edad: ____ años cumplidos	9	Sexo: 1. Femenino () 2. Masculino ()		8 ____ 9 ____
10	Antecedente escolar 1. Escuela incompleta () 4. Preparatoria () 7. Analfabeta () 2. Primaria () 5. Licenciatura () 8. Otro (especificar) _____ 3. Secundaria () 6. Posgrado ()			10 ____ Incompleta ____	
11	Estado civil 1. Soltero(a) () 3. Unión libre () 6. Madre/Padre soltero () 2. Casado(a) () 4. Viudo(a) () 7. Separado () 5. Divorciado(a) () 8. Otro (especificar) _____			11 ____	
12	Ocupación 1. Empleado(a) () Base ____ Eventual ____ 3. Hogar () 2. Desempleado(a) () 4. Autoempleo ()			12 ____	
13	Antecedente de adicciones 1. Tabaquismo SI - NO 3. Drogadicción SI - NO 2. Alcoholismo SI - NO 4. Otra SI - NO (especificar) _____ Aún abandonado			13 1. ____ 3. ____ 2. ____ 4. ____	
14	Enfermedad crónica no transmisible 1. Enfermedad cardiovascular (IM / EVC / HTA) 2. Cáncer 3. Enfermedades respiratorias crónicas (Asma) (EPOC –enfisema, bronquitis crónica y síndrome bronco-obstructivo-) 4. Diabetes 5. Ninguna de las anteriores			14 1. ____ 3. ____ 2. ____ 4. ____ 5. ____	
15	Figura de apego Identifique parentesco 1. Central 1. Central _____ 2. Subsidiaria 2. Subsidiaria _____			15 ____	
16	Apego 1. Seguro () 2. Preocupado () 3. Rechazante o evitante ()			16 ____	
17	Peso: ____ kg	18	Talla ____ cm	19	IMC peso/talla ² _____
20	IMC 1. Bajo peso IMC 18.49 () 4. Obesidad IMC ≥ 30 () 2. Peso normal IMC 18.5 - 24.99 () Tipo I _____ Tipo II _____ Tipo III _____ 3. Sobrepeso IMC ≥ 25 - 29.99 () 30.00-34.99 35.00-39.99 ≥40			20 ____	



Carta de consentimiento informado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio	Asociación entre obesidad y trastorno de apego en pacientes adultos en el HGZ y MF No.1, IMSS, Pachuca Hgo.		
Tesista	R2 MF Elda Rubí Ruiz Castañeda		
Lugar y fecha	HGZ y MF No. 1, IMSS, Pachuca Hgo. a _____ de _____ del año 2013.		
Número de registro	R-2013-1201-17	Folio	
Justificación y objetivo del estudio	Para identificar si existe asociación entre obesidad y trastorno de apego en pacientes adultos en el HGZ y MF No.1, del IMSS, Pachuca Hgo.		
Procedimientos	En caso de que usted acepte participar en el estudio, se aplicará cuestionario CaMIR para identificar apego, cuestionario de datos generales y medidas antropométricas.		
Posibles riesgos y molestias	Tiempo para aplicación de cuestionarios, que pudiera interferir con actividades previstas de su vida diaria, se realizará un juego de cartas con 72 preguntas, en dos ocasiones. Las preguntas del cuestionario están relacionadas al ambiente familiar durante su infancia, en relación a usted y a su relación con su madre o figura de apego. Y un segundo cuestionario de datos generales. Medir peso y talla.		
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio	No tendrá que hacer ningún gasto. No recibe pago por participación. Conocer de forma inmediata diagnóstico de IMC. Y de manera mediata tipo de apego.		
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento	Me comprometo a proporcionarle la información actualizada sobre tratamientos y que pudieran señalarse como ventajoso para usted.		
Participación o retiro	Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación. Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, (aún cuando el investigador responsable no se lo solicite), pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.		
Privacidad y confidencialidad	La información obtenida en este estudio, será utilizada para la identificación de cada paciente y mantenida con estricta confidencialidad y privacidad por el grupo de investigadores.		

Diseño de la investigación clínica bioseguro, ya que no existen riesgos biológicos, químicos, físicos o mecánicos.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes	Departamento de psiquiatría, psicología, trabajo social, nutrición y dietética, medicina preventiva, programas de promoción a la salud y medicina familiar.
Beneficios al término del estudio	Identificar si existe asociación entre obesidad y trastorno de apego en pacientes adultos en el HGZ Y MF No. 1. De forma individual y colectiva, promover el apego. Canalizar a los servicios que otorga el IMSS.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a

Investigador Responsable	Colaboradores
<p>En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:</p> <p>Investigador responsable Dra. Gabriela García Laguna. HGZ MF No. 01. Especialista en psiquiatría y psiquiatría Infantil y de la adolescencia. Adscrita HGZ y MF No. 01 Prolongación Av. Madero No. 405 Col. Fco. I. Madero. Teléfono: 017717137833 gaby Mozart1@yahoo.com.mx</p>	<p>Dra. Martha Guevara Cruz. Especialista en Pediatría, Subespecialidad en Nutrición Clínica. Maestra en Ciencias Médicas y Doctorado en Ciencias Médicas. Investigador "C" en Ciencias Médicas del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y adscrita a Hospital de Nutrición Salvador Zubirán. Perteneció al Sistema Nacional de Investigadores I. Vasco de Quiroga, No. 15, Col. Secc. XVI, Tlalpan. México D.F. C.P. 14000 Tel. 5554870900 Ext. 2802 e-mail: marthaguevara8@yahoo.com.mx R2 MF Elda Rubí Ruiz Castañeda. Médico General. Alumna curso de especialización en MF para médicos generales del IMSS. Adscrita a la UMF No. 18 Consultorio 6. Turno Vespertino. Teléfono: 017717137833 erubi.ruizcastaneda@gmail.com</p>

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55)56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: conise@cis.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre, dirección, relación y firma
Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma
Testigo 2

Instrumento de medición

Cuestionario de evaluación de apego en el adulto CaMir

Pierrehumbert et al. (1996). Dr. Fernando Lacasa Saludas (España)

1) Muy verdadero 2) Verdadero 3) Ni verdadero ni falso 4) Falso 5) Muy falso

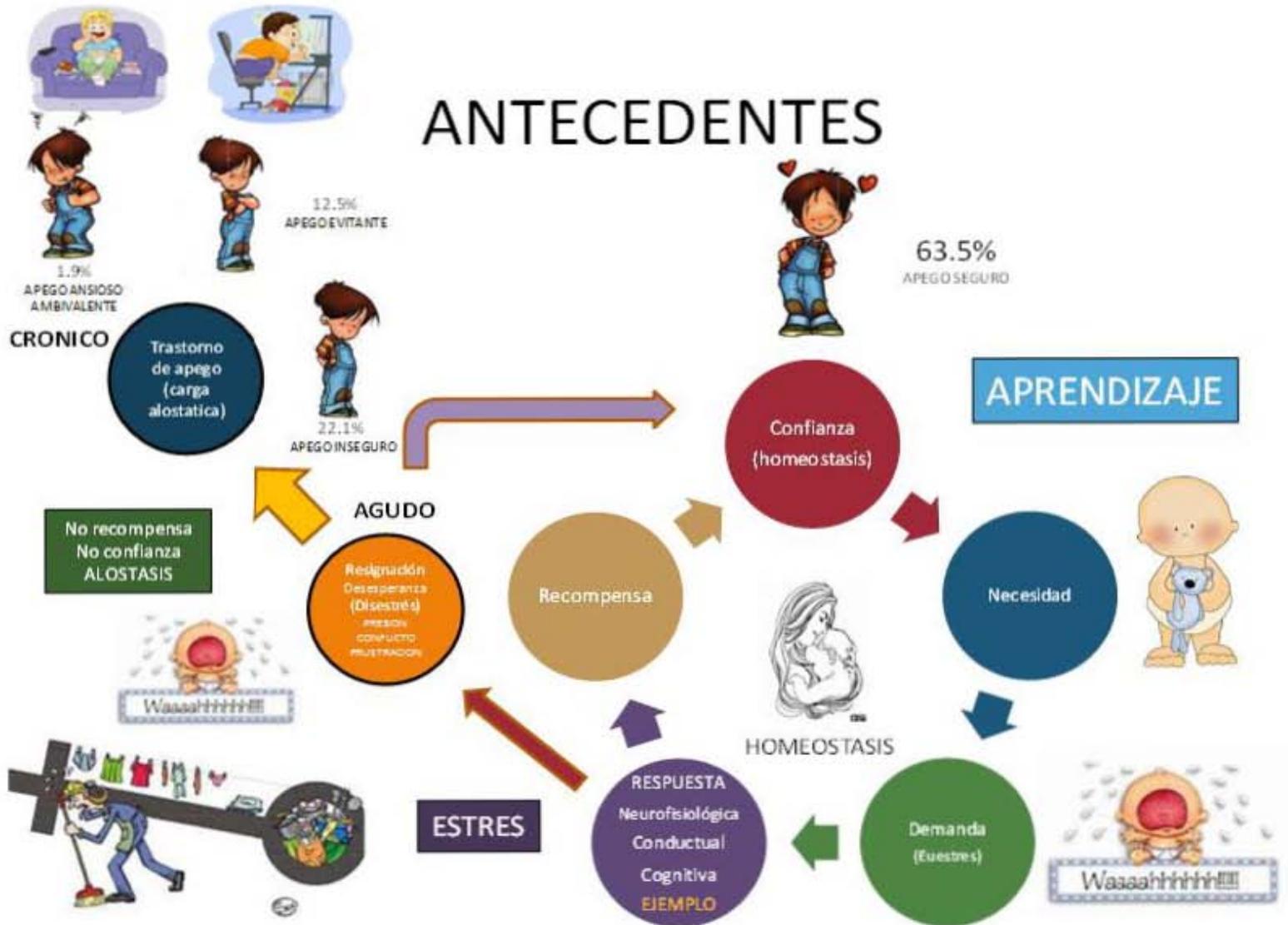
No.	ITEM	Puntuación				
		1	2	3	4	5
1	En mi familia, las experiencias que cada uno tiene afuera son una fuente de conversación y de enriquecimiento para todos.	1	2	3	4	5
2	De niño(a) me dejaban pocas oportunidades para experimentar por mí mismo.	1	2	3	4	5
3	Las amenazas de separación, de traslado a otro lugar, o de ruptura de los lazos familiares son parte de mis recuerdos infantiles.	1	2	3	4	5
4	En mi familia, cada uno expresa sus emociones sin temer a las reacciones de los otros.	1	2	3	4	5
5	Mis padres eran incapaces de tener autoridad cuando era necesario.	1	2	3	4	5
6	En caso de necesidad, estoy seguro(a) de que puedo contar con mis seres queridos para encontrar consuelo.	1	2	3	4	5
7	Desearía que mis hijos fueran más autónomos de lo que yo lo he sido.	1	2	3	4	5
8	En la vida de familia, el respeto a los padres es muy importante.	1	2	3	4	5
9	De niño(a), sabía que siempre encontraría consuelo en mis seres queridos.	1	2	3	4	5
10	Pienso que he sabido devolver a mis padres el cariño que ellos me han dado.	1	2	3	4	5
11	Las relaciones con mis seres queridos durante mi niñez, me parecen, en general, positivas	1	2	3	4	5
12	Detesto el sentimiento de depender de los demás.	1	2	3	4	5
13	Aunque sea difícil de admitir, siento cierto rencor hacia mis padres.	1	2	3	4	5
14	Sólo cuento conmigo para resolver mis problemas	1	2	3	4	5
15	De niño(a), a menudo mis seres queridos, se mostraban impacientes e irritables.	1	2	3	4	5
16	Cuando era niño(a), mis padres habían renunciado a su papel de padres.	1	2	3	4	5
17	Más vale no lamentarse mucho de una pérdida, de un duelo, para poder superarlo.	1	2	3	4	5
18	A menudo, dedico tiempo a conversar con mis seres queridos.	1	2	3	4	5
19	Mis seres queridos siempre me han dado lo mejor de sí mismos	1	2	3	4	5
20	No puedo concentrarme en otra cosa, sabiendo que alguno de mis seres queridos tiene problemas.	1	2	3	4	5
21	De niño(a), encontré suficiente cariño en mis seres queridos como para no buscarlo en otra parte.	1	2	3	4	5
22	Siempre estoy preocupado(a) por la pena que puedo causar a mis seres queridos al dejarlos.	1	2	3	4	5
23	De niño(a), tenían una actitud de dejarme hacer.	1	2	3	4	5
24	Los adultos deben de controlar sus emociones hacia los niños, ya sea de placer, amor o cólera.	1	2	3	4	5
25	Me gusta pensar en mi niñez.	1	2	3	4	5
26	De adolescente, nunca nadie de mi entorno, ha entendido del todo mis preocupaciones.	1	2	3	4	5
27	En mi familia, cuando uno de nosotros tiene un problema, los otros se sienten implicados.	1	2	3	4	5
28	Actualmente, creo comprender las actitudes de mis padres durante mi niñez.	1	2	3	4	5
29	Mis deseos de niño(a) contaban poco para los adultos de mi entorno.	1	2	3	4	5
30	De niño(a), los adultos me parecían personas preocupadas, sobretudo, por sus propios problemas.	1	2	3	4	5
31	Cuando yo era niño(a), teníamos mucha dificultad para tomar decisiones en familia.	1	2	3	4	5
32	Tengo la sensación que nunca superaría la muerte de uno de mis seres queridos.	1	2	3	4	5
33	De niño(a) le tenía miedo a mis padres.	1	2	3	4	5

34	Los niños deben sentir que existe una autoridad respetada dentro de la familia.	1	2	3	4	5
35	Mis padres no se han dado cuenta que un niño(a) cuando crece tiene necesidad de tener vida propia.	1	2	3	4	5
36	Me siento en confianza con mis seres queridos.	1	2	3	4	5
37	Realmente, no me acuerdo de la manera que veía las cosas cuando era niño(a).	1	2	3	4	5
38	En mi familia de origen, conversábamos más sobre los demás, que sobre nosotros mismos.	1	2	3	4	5
39	De niño(a), me preocupaba que me abandonaran.	1	2	3	4	5
40	De niño(a) me animaron a compartir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
41	No me han preparado psicológicamente lo suficiente sobre la realidad de la vida.	1	2	3	4	5
42	Mis padres me han dado demasiada libertad para hacer todo lo que yo quería.	1	2	3	4	5
43	Los padres deben mostrar a su hijo(a) que se quieren.	1	2	3	4	5
44	De niño(a), hacía que los adultos se enfrentaran entre ellos para conseguir lo que quería.	1	2	3	4	5
45	De niño(a), he tenido que enfrentarme a la violencia de uno de mis seres queridos.	1	2	3	4	5
46	No llego a tener una idea clara de mis padres y de la relación que tenía con ellos.	1	2	3	4	5
47	No me han dejado disfrutar mi niñez.	1	2	3	4	5
48	Yo era un(a) niño(a) miedoso(a).	1	2	3	4	5
49	Es esencial transmitir al niño(a) el sentido de la familia.	1	2	3	4	5
50	De mi experiencia de niño(a), he comprendido que nunca somos suficientemente buenos para los padres.	1	2	3	4	5
51	Tengo dificultad para recordar con precisión los acontecimientos de mi infancia.	1	2	3	4	5
52	Tengo la sensación de no haber podido afirmarme en el ambiente donde he crecido.	1	2	3	4	5
53	Aunque no sea cierto, siento que tuve los mejores padres del mundo.	1	2	3	4	5
54	De niño(a), se preocuparon tanto por mi salud y mi seguridad, que me sentía aprisionado(a).	1	2	3	4	5
55	De niño(a), me inculcaron el temor a expresar mi opinión personal.	1	2	3	4	5
56	Cuando me alejo de mis seres queridos, no me siento bien conmigo mismo.	1	2	3	4	5
57	Nunca he tenido una verdadera relación con mis padres.	1	2	3	4	5
58	Mis padres siempre han tenido confianza en mí.	1	2	3	4	5
59	Cuando yo era niño(a), mis padres abusaban de su autoridad.	1	2	3	4	5
60	Cada vez que trato de pensar en los aspectos buenos de mis padres, recuerdo los malos.	1	2	3	4	5
61	Tengo la sensación de haber sido un niño(a) rechazado(a).	1	2	3	4	5
62	Mis padres no podían evitar controlarlo todo, mi apariencia, mis resultados escolares e incluso mis amigos	1	2	3	4	5
63	Cuando era niño(a), había peleas insoportables en casa.	1	2	3	4	5
64	En mi familia vivíamos aislados.	1	2	3	4	5
65	Es importante que el niño aprenda a obedecer.	1	2	3	4	5
66	De niño(a), mis seres queridos me hacían sentir que les gustaba compartir su tiempo conmigo.	1	2	3	4	5
67	Cuando recuerdo mi infancia siento un vacío afectivo.	1	2	3	4	5
68	La idea de una separación momentáneamente con uno de mis seres queridos, me deja una sensación de inquietud.	1	2	3	4	5
69	Hay un buen entendimiento entre los miembros de mi familia.	1	2	3	4	5
70	De niño(a), a menudo tenía de la sensación que mis seres queridos no estaban muy seguros de la validez de sus exigencias.	1	2	3	4	5
71	Durante mi niñez, he sufrido la indiferencia de mis seres queridos.	1	2	3	4	5
72	A menudo, me siento preocupado(a) sin razón por la salud de mis seres queridos	1	2	3	4	5

1. Garrido L., Santelices MP, Pierrehumbert Bi, Armijo I. Validación chilena del cuestionario de evaluación de apego en el adulto CaMIR. Revista Latinoamericana de Psicología 2009; 41:81-98
2. Lacasa F. Versión Española del CaMIR. Servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona. 2004
3. Fourment Sifuentes K. G. Validez y confiabilidad del autocuestionario de modelos internos de relaciones de apego (CaMIR) en un grupo de madres de Lima Metropolitana. Lima-Perú. 2009

Figura 1





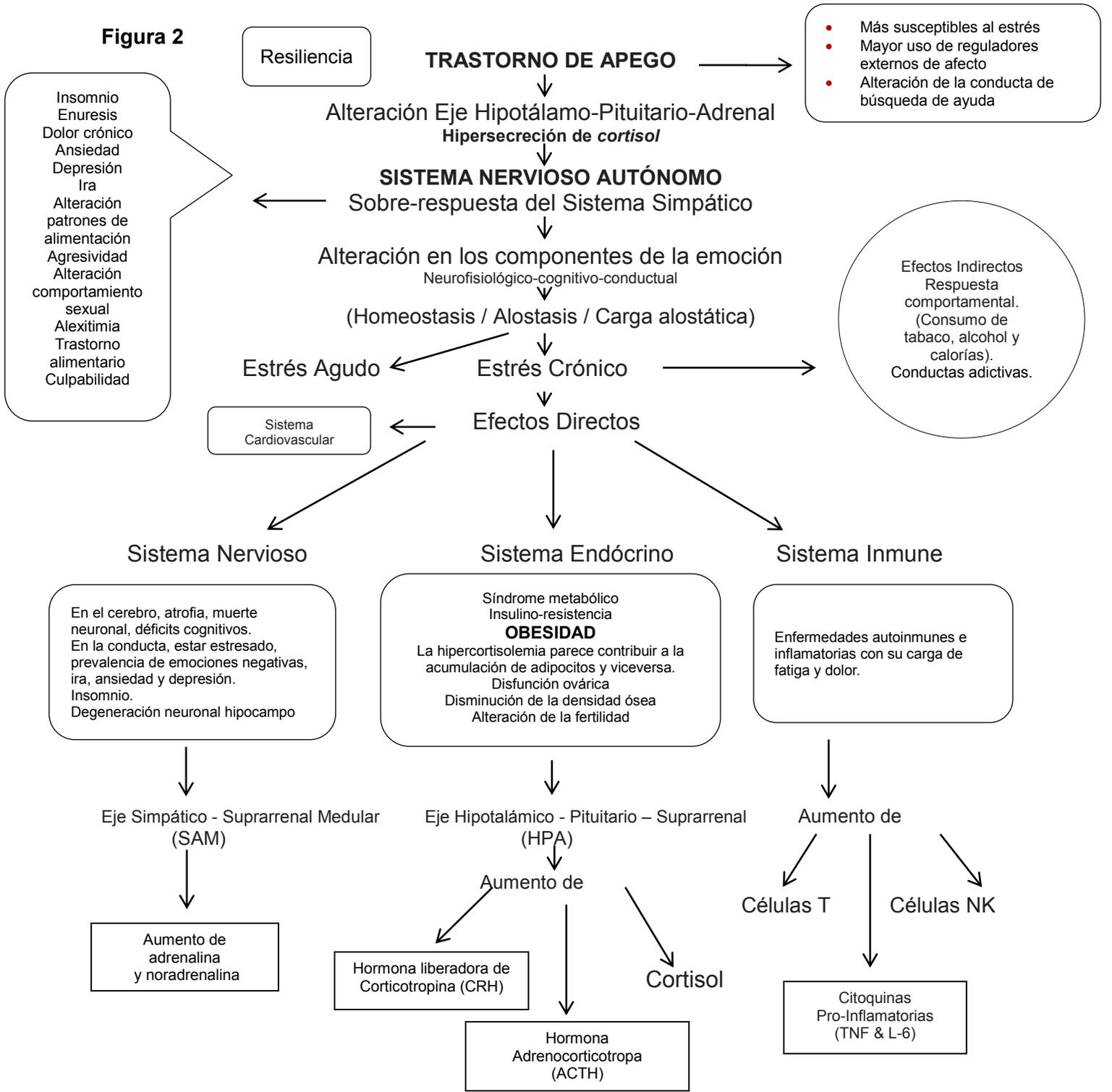


Figura 2
Efectos del estrés crónico sobre los Sistemas Nervioso, Endócrino e Inmune. ⁽⁸⁷⁾
Modificado Dra. Rubí