



ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

DOI: <http://dx.doi.org/10.14482/sun.35.2.616.85>

Estilo de apego rechazante y ansiedad como indicadores de enfermedades crónicas no transmisibles

Rejection attachment style and anxiety as indicators of chronic non-communicable diseases

YOLANDA CAMPOS-USCANGA¹, ROSA DIANETH HERNÁNDEZ AGUILERA², FRANCISCO JAVIER ROSAS-SANTIAGO³

¹ Investigadora titular del Instituto de Salud Pública, Universidad Veracruzana, México (ORCID: 0000-0002-5114-3621),

² Egresada de Posgrado del Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, México (ORCID: 0000-0003-0297-2535).

³ Investigador titular del Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, México (ORCID: 0000-0003-0987-5930).

■ RESUMEN

Objetivo. Determinar si existe relación entre los estilos de apego, la ansiedad y la depresión en adultos con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

Materiales y métodos. Se realizó un estudio de casos y controles en Oaxaca de Juárez (México) con una muestra no probabilística de 3684 adultos. Se identificaron como casos las personas con alguna enfermedad crónica no transmisible previamente diagnosticada ($n = 464$), y los controles fueron sujetos aparentemente sanos ($n = 3.220$). Se utilizaron el *Cartes: Modèles Individuels de Relation* (CAMIR), el Inventario de Depresión de Beck-II y el *Inventario de Ansiedad de Beck*.

Resultados. Quienes presentan alguna ECNT tienen mayor edad y menor escolaridad que quienes no presentan alguna ECNT. De similar manera, sus puntuaciones en apego preocupado, apego rechazante, ansiedad y depresión son mayores. Se encontraron correlaciones positivas entre los apegos inseguros (preocupado y rechazante) y la ansiedad y la depresión, mientras que con el apego seguro las correlaciones fueron negativas. Se identificaron como factores asociados a enfermedades crónica no transmisibles el apego rechazante, la ansiedad y la edad.

Conclusiones. El apego rechazante es factor de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles, y dado que el apego se desarrolla en la infancia, puede tener implicaciones para la prevención.

Palabras clave: enfermedades crónicas, apego, ansiedad, depresión.

■ ABSTRACT

Objective. To determine whether there is a relationship between attachment styles, anxiety and depression in adults with the presence of chronic non-communicable diseases (CNCDs).

Materials and methods. A case-control study was conducted in Oaxaca de Juárez, Mexico with a non-probabilistic sample of 3,684 adults. People with a previously diagnosed non-communicable chronic disease ($n = 464$) were identified as cases, and the control subjects were apparently healthy ($n = 3,220$). The *Cartes: Modèles Individuels de Relation* (CAMIR), the Beck-II Depression Inventory and the Beck's Anxiety inventory were used.

Results. Subjects with CNCDs are older and less-schooled than those without CNCDs. In a similar way, their scores on preoccupied attachment, rejection attachment, anxiety and depression are greater. Positive correlations were found between insecure attachments (preoccupied and rejection) and anxiety and depression, while with the secure attachment co-

relations were negative. Rejection attachment, anxiety, and age were identified as factors associated with chronic non-communicable diseases.

Conclusion. Rejection attachment is a risk factor for chronic non-communicable diseases, and since attachment is developed in childhood, there may be implications for prevention.

Keywords: chronic diseases, attachment, anxiety, depression.

INTRODUCCIÓN

El estudio de los factores psicológicos asociados al proceso salud enfermedad constituye un reto para la comunidad científica, y en tiempos con alta prevalencia de enfermedades crónicas no degenerativas representa una necesidad para el desarrollo de acciones en materia de salud pública. Investigaciones han identificado asociaciones entre ansiedad, depresión y problemas con la adherencia al tratamiento en enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), como diabetes (1), hipertensión arterial pulmonar (2), cáncer (3) y enfermedades coronarias (4), por lo que su relación parece bastante clara, sin embargo, aunque este conocimiento ha sido muy útil para la intervención psicosocial y el apoyo a los pacientes con ECNT, los estudios se han centrado en encontrar relaciones que solo explican una proporción de los casos que presentan dificultades con sus tratamientos médicos, por lo que recientes trabajos buscan explorar otros aspectos psicológico que pudieran estar influyendo.

Mientras que otros trabajos han puesto en evidencia la relación entre los estilos de apego y la presencia de distintas psicopatologías (5-11) y su evolución (12), haciendo patente que los estilos de apego rechazante y preocupado, que también suelen ser agrupados como inseguros, favorecen el desarrollo de las mismas, limitan el éxito de los tratamientos y están en gran medida relacionados con la ansiedad y la depresión. Como puede observarse, los estilos de apego han sido ampliamente estudiados en el área de la salud mental pero poco explorados en otro tipo de patologías. Sin embargo, recientes investigaciones empiezan a dirigir la atención en torno a la influencia que los estilos de apego pueden tener en el desarrollo y evolución de algunas ECNT.

Un estudio reciente mostró que los tipos de apego inseguro en adultos con cáncer se relacionan con mayor presencia de depresión y ansiedad por la muerte (13). Esta evidencia encontrada en una de las patologías que más afectan a la población permite suponer que los tipos de apego pu-

dieran estar relacionados con otras ECNT, ya que, si bien las ECNT pueden ser muy disímiles en sus manifestaciones físicas, en términos emocionales comparten algunas características que posibilitan su estudio en conjunto (14), pues representan un desafío para los pacientes, ya que afectan su bienestar y causan inconvenientes que persisten hasta el final de su vida (15).

Las ECNT implican cambios mayores en diversos aspectos de la vida en términos individuales, familiares y sociales (16); especialmente requieren ajustes importantes en los estilos de vida que deben ser permanentes por tratarse de enfermedades incurables pero que en caso de no ser adecuadamente tratadas afectan la calidad de vida y comprometen la supervivencia (16). Por estas razones constituyen un gran problema de salud pública a nivel global para el cual el apego al tratamiento es fundamental, de tal manera que la indagación de los procesos psicológicos que subyacen a este tipo de enfermedades es fundamental para su abordaje.

Los estilos de apego en los adultos refieren a la manera en que se vinculan con sus personas cercanas y se derivan de ese apego que se desarrolló en la infancia con su cuidador primario (17). Los estilos de apego pueden ser clasificados en *seguro*, *rechazante* y *preocupado*. En el apego seguro, las personas se sienten dignas de cuidado, eficaces, adaptables, capaces, confiados y comprensivos. Por su parte, las personas con estilo de apego rechazante son excesivamente autosuficientes, independientes, desconfiados, fríos, competitivos y distanciados de los demás. Finalmente, los tipos preocupados buscan atención y aprobación excesivamente, protestan por la separación, sufren inestabilidad emocional y ansiedad (17).

Ejemplo de lo anterior es lo observado en mujeres con fibromialgia, quienes tienen menor presencia de apego seguro y mayor apego ansioso-ambivalente en comparación con mujeres sanas (18). Por su parte, en personas con lupus eritematoso, el apego rechazante se ha asociado con poca adherencia a los tratamientos, mientras que el apego preocupado se asocia con la disminución de la calidad de vida (19). De similar manera, el apego ansioso es más común en personas con obesidad candidatas a cirugía bariátrica que en no obesos (20), y el apego inseguro se encuentra fuertemente asociado con mayor índice de masa corporal en jóvenes (21).

Por otra parte, los estilos de apego inseguros se asocian con el dolor crónico sin explicación médica (22), mayores niveles de somatización (23) y mayor asistencia a servicios de urgencias (24). De similar manera, el estilo de apego ambivalente es el más común en niños con migraña que presentan alta frecuencia de episodios y dolor intenso (25).

El estilo de apego preocupado es predictor de la disminución de mineral ósea en columna lumbar, cuello femoral y cadera (26). Los pacientes con cáncer con apegos inseguros muestran problemas de confianza con su oncólogo, poca satisfacción con su cuidado y angustia generalizada (27).

También se ha encontrado relación entre los estilos de vinculación y el control glucémico en personas con diabetes mellitus tipo 2 (28), específicamente los pacientes diabéticos con apego rechazante muestran peor control glucémico (29). Por otra parte, el apego inseguro se relaciona con la falta de adherencia y la sobreutilización de los servicios de cuidado. El apego inseguro se relaciona con mayor mortalidad por todas las causas incrementando hasta en un 33 % en comparación con los apegos seguros (30, 31).

Debe tomarse en cuenta que los patrones de apego inseguros afectan por dos vías: 1) la exacerbación de las respuestas de estrés y ansiedad, que a su vez alteran la salud a través de la inmunidad y la tensión simpática; 2) también resultan en comportamientos poco saludables; esto puede manifestarse como la sobreutilización de servicios médicos injustificados o la subutilización de cuidados muy necesarios e indicados (32). Cualquiera de estos patrones de comportamiento frente a la enfermedad son desadaptativos al poner en riesgo la salud de las personas (32), por lo que su mayor comprensión permitiría desarrollar intervenciones para el mejor resultado de los tratamientos (13). Teniendo esto en consideración y ante la carencia de estudios en adultos bajo este enfoque, el propósito de este trabajo es determinar si existe relación entre los estilos de apego, la ansiedad y la depresión en adultos con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

MATERIALES Y MÉTODOS

Participantes

Se realizó un estudio de casos y controles en Oaxaca de Juárez. Con una muestra no probabilística de 3684 adultos, de los cuales el 68 % fueron mujeres y el resto hombres. La media de edad se ubicó en 36,5 años (DE = 13,9). Los participantes fueron reclutados en sus domicilios para dar respuesta al cuestionario. Se identificaron como casos las personas con alguna enfermedad crónica no transmisible previamente diagnosticada (n = 464), entre las que predominaban diabetes, hipertensión, cáncer, y se excluyeron las relacionadas a salud mental; por su parte, los controles fueron sujetos aparentemente sanos (n = 3.220). Los otros criterios de inclusión, tanto para casos como para controles, fueron ser mayor de edad, haber vivido en el municipio la mayoría del tiem-

po, aceptar participar y firmar un consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron recibir algún tratamiento psicológico durante los últimos 18 meses, tener algún diagnóstico psiquiátrico, no comprender bien las instrucciones o no responder correctamente los cuestionarios.

Instrumentos

Se utilizaron diversos instrumentos para medir las variables independientes: demográficas, los estilos de apego, depresión y ansiedad. Se aplicó un cuestionario para recabar datos sobre la presencia de enfermedades crónicas previamente diagnosticadas, el sexo, la edad, la ocupación, el estado civil y el grado de estudios.

Para medir el estilo de apego se utilizó el Cuestionario de evaluación de apego en el adulto, mejor conocido como *Cartes: Modèles Individuels de Relation* (CAMIR) (33); dado que no se cuenta con una validación específica para México, se consideró la versión adaptada al castellano en población chilena, que mostró adecuados índices de confiabilidad (34) y fue analizada su confiabilidad en la muestra de este estudio a través del alfa de Cronbach, alcanzando puntaje de ,832, que se considera alto. Si bien la escala cuenta con 13 subescalas, la clasificación se hace a partir de sus tres dimensiones: apego seguro, apego rechazante y apego preocupado. Cuenta con 71 reactivos en formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (1 = muy verdadero; 2 = verdadero; 3 = ni verdadero ni falso; 4 = falso; y 5 = muy falso) que expresan representaciones internas de apego en función de vivencias en la infancia y formas de relacionarse en la vida adulta. Algunos ejemplos de ítems son: Detesto el sentimiento de depender de los demás, Me gusta pensar en mi niñez y Me siento en confianza con mis seres queridos.

Se utilizó el Inventario de Depresión de Beck-II (35) en su versión en castellano validada en México (36), que mide la presencia y gravedad de sintomatología depresiva a través de 21 reactivos con una escala tipo Likert de cuatro puntos, que van de 0 a 3 en función de la intensidad de cada síntoma, entre los cuales se encuentran tristeza, pesimismo, fracaso y pérdida de placer. Ha mostrado adecuada confiabilidad (37), y el alfa en la población que aquí se reporta fue de ,922. Las puntuaciones para clasificar los niveles de sintomatología depresiva son: mínima (0-13 puntos), leve (14-19 puntos), moderada (20-28 puntos) y grave (29-63 puntos), sin subescalas.

También se aplicó el *Inventario de Ansiedad de Beck* (38) en su versión mexicana (39), el cual consta de 21 reactivos que evalúan la intensidad de sintomatología ansiosa en una escala tipo Likert

de cuatro puntos, que van de 0 a 3 puntos dependiendo la severidad del síntoma, clasificándola en mínima (0-7 puntos), leve (8-15 puntos), moderada (16-25 puntos) y grave (26 a 63 puntos); entre los síntomas que analiza se encuentran: inestable, nervioso, con miedo y con rubor facial, sin subescalas. Se trata también de un instrumento con adecuada confiabilidad (40), que tuvo en la muestra del estudio un alfa de ,931.

Procedimientos para el análisis de datos

Todos los datos fueron vaciados a una base del programa SPSS versión 25 para su análisis. Se utilizó estadística descriptiva con frecuencias, medias y porcentajes para los datos sociodemográficos de los participantes. Para las variables psicológicas se determinó la normalidad de los datos a través de asimetría y curtosis. Se realizaron comparaciones de proporciones entre casos y controles a través de χ^2 y de medias a través de t de Student. También se realizaron correlaciones entre las puntuaciones de cada tipo de apego con los puntajes de ansiedad, depresión y percepción del estado de salud utilizando la r de Pearson. Finalmente se desarrolló un modelo multivariado para estimar riesgo e identificar las variables que mejor predicen la presencia de enfermedades crónicas no trasmisibles. En todos los casos el nivel de confianza establecido fue del 95 %.

Aspectos éticos

Se cuidaron los aspectos éticos de la investigación. Los participantes firmaron un consentimiento informado. A quienes presentaron niveles graves de sintomatología ansiosa y/o depresiva se les brindó información sobre centros de atención primaria a los que podrían acudir. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación del Instituto de Investigaciones Psicológicas de la Universidad Veracruzana (México).

RESULTADOS

Tanto en la muestra total como en el interior de los grupos la mayoría de los participantes fueron mujeres y vivían en pareja. En el grupo de casos (con ECNT) se presentó con mayor frecuencia el nivel educativo de primaria en comparación con el grupo de controles (sin ECNT), mientras que en este último hubo más personas con Bachillerato y Licenciatura. Ama de casa fue la ocupación más frecuente en los casos, mientras que en los controles fueron los oficios no profesionales (tabla 1).

Los casos tienen mayor edad y menor escolaridad que los controles. De similar manera, sus puntuaciones en apego preocupado, apego rechazante, ansiedad y depresión son mayores (tabla 2).

Tanto en los casos como en los controles se encontraron correlaciones positivas entre los apegos inseguros (preocupado y rechazante) y la ansiedad y la depresión, mientras que con el apego seguro las correlaciones fueron negativas para ansiedad y depresión. Las correlaciones fueron más fuertes en el grupo de personas con ECNT. También se observó que, a mayor edad, mayor apego seguro, pero en personas con ECNT no hubo correlación entre la edad y los estilos de apego preocupado y rechazante (tabla 3).

A través de un modelo multivariado en busca de factores predictores de enfermedades crónica no transmisibles se identificaron como factores asociados el apego rechazante, la ansiedad y la edad (tabla 4).

Tabla 1. Descripción de la muestra

	Muestra total		Con ECNT		Sin ECNT		p
	n	%	n	%	n	%	
Sexo							
Hombre	1.183	32,1	132	28,4	1.051	32,6	,071
Mujer	2.501	67,9	332	71,6	2.169	67,4	
Vive en pareja							
No	1.460	39,6	177	38,1	1.283	39,8	,509
Sí	2.224	60,4	287	61,9	1.937	60,2	
Estudios concluidos							
Sin estudios	105	2,9	28	6,0	77	2,4	<,001
Primaria	772	21,0	163	35,1	609	18,9	
Secundaria	1.090	29,6	131	28,2	959	29,8	
Bachillerato	956	26,0	66	14,2	890	27,6	
Licenciatura	698	18,9	66	14,2	632	19,6	
Posgrado	63	1,7	10	2,2	53	1,6	

Continúa...

	Muestra total		Con ECNT		Sin ECNT		p
	n	%	n	%	n	%	
Ocupación							
Oficios no profesionales	1.479	40,1	183	39,4	1.296	40,2	<,001
Ama de casa	1.237	33,4	196	42,2	1.035	32,1	
Estudiante	497	13,5	21	4,5	476	14,8	
Actividades profesionales	390	10,6	40	8,6	350	10,9	
Desempleado	50	1,4	6	1,3	44	1,4	
Jubilado	37	1,0	18	3,9	19	0,6	

Tabla 2. Comparación de medias de percepción de salud, estilos de apego, ansiedad y depresión entre personas con y sin enfermedades crónicas no transmisibles

	Con ECNT (n = 464)		Sin ECNT (n = 3220)		p
	M	DE	M	DE	
Edad	49,15	15,06	34,73	12,76	<0,001
Años de escolaridad	8,55	4,44	10,30	3,87	<0,001
Apego preocupado	2,66	,77	2,46	,75	<0,001
Apego seguro	3,76	,79	3,68	,89	,064
Apego rechazante	2,12	,84	1,91	,70	<0,001
Ansiedad	1,32	,40	1,20	,33	<0,001
Depresión	,28	,38	,17	,31	<0,001

M = Media aritmética; DE = Desviación estándar; ECNT = Enfermedades crónicas no trasmisibles

Tabla 3. Correlaciones entre estilos de apego, percepción de salud, ansiedad y depresión

	Ansiedad	Depresión	Edad	Años de escolaridad
Apego preocupado				
Muestra total	,214**	,253**	,090**	-,144**
Casos	,238**	,260**	-,022	-,137**
Controles	,201**	,244**	,080**	-,134**
Apego seguro				
Muestra total	-,117**	-,121**	,090**	,120**
Casos	-,228**	-,222**	,103*	,059
Controles	-,106**	-,111**	,083**	,137**
Apego rechazante				
Muestra total	,269**	,311**	,071**	-,132**
Casos	,297**	,327**	-,055	-,078
Controles	,253**	,298**	,060**	-,128**

Tabla 4. Modelo multivariado para enfermedades crónicas no transmisibles (variable dependiente) considerando estilos de apego, ansiedad y depresión

Conductas de autocuidado	Modelo crudo			Modelo ajustado		
	OR	IC95%	p	OR	IC95%	p
Apego preocupado	1,05	(0,89 – 1,24)	,558	–	–	,300
Apego seguro	1,06	(0,93 – 1,22)	,371	–	–	,322
Apego rechazante	1,17	(1,00 – 1,38)	,054	1,23	(1,07 – 1,41)	,004
Ansiedad	1,99	(1,45 – 2,74)	<,001	2,26	(1,73 – 2,96)	<,001
Depresión	1,35	(0,96 – 1,90)	,090	–	–	,090
Edad	1,07	(1,06 – 1,08)	<,001	1,07	(1,06 – 1,08)	<,001

OR = Odds ratio; IC = Intervalo de confianza.

Nota: valores en blanco en las variables que se descartaron de la ecuación por no ser significativas.

DISCUSIÓN

Las ECNT constituyen el mayor problema para la salud de las poblaciones, ya que se han visto incrementadas de forma alarmante en los últimos años, en consonancia con el aumento de la esperanza de vida. Aunque los tratamientos farmacológicos pueden ayudar a controlar su avance, le subyacen también aspectos psicológicos que pueden estar favoreciendo o limitando el éxito de los mismos (27-31).

Los hallazgos de este estudio muestran que, a mayor puntaje en apego preocupado y rechazante, había valores más altos de ansiedad y depresión. Mientras que, a mayor puntaje de apego seguro, los niveles de ansiedad y depresión descienden. Esto es coincidente con estudios previos que habían señalado esta relación entre los estilos de apego y la presencia de distintas psicopatologías (5-11, 13).

Entre las características disímiles en este estudio entre las personas con ECNT en comparación con quienes no las presentan resaltan mayor puntaje en los estilos de apego preocupado y rechazante, así como valores mayores de ansiedad y depresión. Si bien algunas investigaciones previas con personas con fibromialgia (18), lupus eritematoso (19), obesidad (20-21) y diabetes (29) habían ya puesto en evidencia la relación entre la presencia y evolución de estas patologías con los estilos de apego, el actual estudio hace un análisis considerando de forma simultánea un cúmulo de ECNT que pudiera poner evidencias factores comunes en las personas con estas condiciones.

Estos resultados pueden ser utilizados para abordar con éxito los tratamientos integrales de personas con ECNT para que incorporen el aspecto psicológico no únicamente como estrategia para favorecer la adherencia (31), sino que se les considere como factores claves en términos de prevención y manejo de las patologías. En este sentido, la sensibilidad de los médicos hacia los aspectos psicosociales de los pacientes permite una valoración y tratamiento integrales, sobre todo si se considera que el comportamiento humano está estrechamente vinculado con la aparición, mantenimiento y evolución de las ECNT (16).

El objetivo de este estudio fue cubierto, ya que pretendía determinar si existe relación entre los estilos de apego, la ansiedad y la depresión en adultos con la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles. Se encontró que los estilos de apego inseguro, específicamente el apego rechazante, son factores asociados a la presencia de ECNT. Esto confirma, por una parte, una carac-

terística que merece ser considerada en términos de prevención de enfermedades, dado que el tipo de apego en la edad adulta se desarrolla en la infancia, en consonancia con la manera en que se aprendió a relacionarse con el cuidador primario, quien mayormente es la madre (17), por lo que se puede asumir como una característica estable que se conforma en la infancia y, por tanto, antecede a la aparición de alguna ECNT, e incluso a la aparición de depresión y ansiedad. Como parte de una estrategia preventiva, los pediatras podrían explicar a las madres las ventajas de un comportamiento empático centrado en las necesidades emocionales del niño; esta prescripción aparentemente sencilla podría ser de gran valor para promover estilos de apego seguro.

Existe evidencia de intervenciones a poblaciones en riesgo de problemas de apego inseguro que han mostrado ser efectivas y pudieran ser empleadas para favorecer el apego seguro; entre ellas destacan psicoterapia preventiva individual y grupal, programas de entrenamiento perinatal, uso diario de mochilas portabebés blandas que promueven mayor contacto físico y capacidad de respuesta de la madre, visitas domiciliarias de educador familiar y grupos de socialización y programas de tratamiento multidimensionales que incluía 12 horas de formación intensiva de cuidadores de acogida, apoyo telefónico las 24 horas del día y reuniones de grupo (41).

El personal de salud juega un papel importante en el desarrollo de comportamientos que favorecen una vida saludable; sus conocimientos sobre los aspectos psicosociales de las ECNT son de suma importancia para un abordaje integral. Aprovechar los espacios de centros de salud para la promoción de la salud mental y sus repercusiones en el desarrollo de enfermedades somáticas sigue siendo un área de oportunidad para el sistema sanitario. Esta y otras investigaciones permiten el diseño de intervenciones al respecto basadas en evidencia científica.

Los resultados permiten identificar que no solo en psicopatologías (5-12), sino también en personas con ECNT, los estilos de apego inseguros y la ansiedad son factores altamente presentes que merecen atención para estudios posteriores a fin de profundizar en la relación que tienen con la evolución de las mismas. Recomendamos la réplica de este estudio en diferentes poblaciones con muestras aleatorias; esto permitirá resultados más generalizables.

Por otra parte, se deben tener en cuenta algunas limitaciones relacionadas al propio diseño de casos y controles en las que los sesgos pueden afectar los resultados. Además, el instrumento empleado para medir estilos de apego, el CAMIR, si bien ha sido validado en población latinoamericana-

na, carece de evidencias de validación en población mexicana, aunque sus índices de confiabilidad fueron altos para esta muestra.

CONCLUSIÓN

Las personas con alguna ECNT presentan mayor ansiedad, depresión, apego preocupado y apego rechazante que las personas aparentemente sanas. Mientras que un apego seguro se relaciona con menor ansiedad y depresión en todos los grupos, aunque de forma más fuerte en las personas con ECNT. El apego rechazante y la ansiedad se identifican como factores de riesgo para la presencia de ECNT, por lo que además de ser considerados en los tratamientos para mejorar la adherencia, es fundamental su abordaje en términos preventivos.

Agradecimientos

A la unidad de participación ciudadana y prevención del delito del gobierno del municipio de Oaxaca de Juárez por su apoyo en la aplicación de las encuestas.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS

1. Imani E, Shahabizadeh F, Mahmoodirad A. The role of anxiety and depression on acceptance and action, considering emotional schemas in diabetics of Birjand (Iran). *Electron Physician*. 2017;9(10):5551-9. Epub 2017/12/15. doi: <http://dx.doi.org/10.19082/5551>
2. Halimi L, Marin G, Molinari N, Gamez AS, Boissin C, Suehs CM et al. Impact of psychological factors on the health-related quality of life of patients treated for pulmonary arterial hypertension. *J Psychosom Res*. 2018;105:45-51. Epub 2018/01/16. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.12.003>
3. Akel R, El Darsa H, Anouti B, Mukherji D, Temraz S, Raslan R et al. Anxiety, Depression and Quality of Life in Breast Cancer Patients in the Levant. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2017;18(10):2809-16. Epub 2017/10/27. doi: <http://dx.doi.org/10.22034/APJCP.2017.18.10.2809>
4. Palacios J, Khondoker M, Mann A, Tylee A, Hotopf M. Depression and anxiety symptom trajectories in coronary heart disease: Associations with measures of disability and impact on 3-year health care costs. *J Psychosom Res*. 2018;104:1-8. Epub 2017/12/26. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.10.015>

5. Alonso Y, Fernandez J, Fontanil Y, Ezama E, Gimeno A. Contextual determinants of psychopathology. The singularity of attachment as a predictor of mental dysfunction. *Psychiatry Res.* 2018;261:338-43. Epub 2018/01/16. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.01.010>
6. Altan-Atalay A, Ayvasik HB. Antecedents of Looming Cognitive Style: Associations With Reported Perceived Parenting and Attachment. *Psychol Rep.* 2018:33294117750631. Epub 2018/01/09. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0033294117750631>
7. Karatzias T, Shevlin M, Hyland P, Brewin CR, Cloitre M, Bradley A et al. The role of negative cognitions, emotion regulation strategies, and attachment style in complex post-traumatic stress disorder: Implications for new and existing therapies. *Br J Clin Psychol.* 2018. Epub 2018/01/23. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/bjc.12172>
8. McClure MM, Parmenter M. Childhood Trauma, Trait Anxiety, and Anxious Attachment as Predictors of Intimate Partner Violence in College Students. *J Interpers Violence.* 2017:886260517721894. Epub 2018/01/04. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0886260517721894>
9. Monteleone AM, Cardi V, Volpe U, Fico G, Ruzzi V, Pellegrino F et al. Attachment and motivational systems: Relevance of sensitivity to punishment for eating disorder psychopathology. *Psychiatry Res.* 2017;260:353-9. Epub 2017/12/13. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.002>
10. Nacak Y, Morawa E, Tuffner D, Erim Y. Insecure attachment style and cumulative traumatic life events in patients with somatoform pain disorder: A cross-sectional study. *J Psychosom Res.* 2017;103:77-82. Epub 2017/11/24. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.10.003>
11. Miniati M, Callari A, Pini S. Adult Attachment Style and Suicidality. *Psychiatr Danub.* 2017;29(3):250-9. Epub 2017/09/28. doi: <http://dx.doi.org/10.24869/psyd.2017.250>
12. Conradi HJ, Kamphuis JH, de Jonge P. Adult attachment predicts the seven-year course of recurrent depression in primary care. *J Affect Disord.* 2018;225:160-6. Epub 2017/08/25. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2017.08.009>
13. Scheffold K, Philipp R, Koranyi S, Engelmann D, Schulz-Kindermann F, Harter M et al. Insecure attachment predicts depression and death anxiety in advanced cancer patients. *Palliat Support Care.* 2017:1-9. Epub 2017/05/16. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S1478951517000281>
14. Chapman DP, Perry GS, Strine TW. The vital link between chronic disease and depressive disorders. *Prev Chronic Dis.* 2005;2(1):A14. Epub 2005/01/27.

15. Ziarko M, Mojs E, Kaczmarek LD, Warchol-Biedermann K, Malak R, Lisinski P et al. Do urban and rural residents living in Poland differ in their ways of coping with chronic diseases? *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2015;19(22):4227-34. Epub 2015/12/05.
16. Orozco-Gomez AM, Castiblanco-Orozco L. Factores Psicosociales e Intervención Psicológica en Enfermedades Crónicas No Transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*. 2015;24:203-17.
17. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *J Pers Soc Psychol*. 1991;61(2):226-44. Epub 1991/08/01.
18. Penacoba C, Perez-Calvo S, Blanco S, Sanroman L. Attachment styles, pain intensity and emotional variables in women with fibromyalgia. *Scand J Caring Sci*. 2017. Epub 2017/09/09. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12477>
19. Bennett JK, Fuertes JN, Keitel M, Phillips R. The role of patient attachment and working alliance on patient adherence, satisfaction, and health-related quality of life in lupus treatment. *Patient Educ Couns*. 2011;85(1):53-9. Epub 2010/09/28. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.005>
20. Nancarrow A, Hollywood A, Ogden J, Hashemi M. The Role of Attachment in Body Weight and Weight Loss in Bariatric Patients. *Obes Surg*. 2018;28(2):410-4. Epub 2017/07/07. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s11695-017-2796-1>
21. Maras D, Obeid N, Flament M, Buchholz A, Henderson KA, Gick M et al. Attachment Style and Obesity: Disordered Eating Behaviors as a Mediator in a Community Sample of Canadian Youth. *J Dev Behav Pediatr*. 2016;37(9):762-70. Epub 2016/11/02. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/DBP.0000000000000361>
22. McWilliams LA. Adult attachment insecurity is positively associated with medically unexplained chronic pain. *Eur J Pain*. 2017;21(8):1378-83. Epub 2017/04/19. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/ejp.1036>
23. Taylor RE, Mann AH, White NJ, Goldberg DP. Attachment style in patients with unexplained physical complaints. *Psychol Med*. 2000;30(4):931-41. Epub 2000/10/19.
24. Taylor RE, Marshall T, Mann A, Goldberg DP. Insecure attachment and frequent attendance in primary care: a longitudinal cohort study of medically unexplained symptom presentations in ten UK general practices. *Psychol Med*. 2012;42(4):855-64. Epub 2011/09/02. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291711001589>

25. Tarantino S, De Ranieri C, Dionisi C, Gagliardi V, Paniccia MF, Capuano A, et al. Role of the Attachment Style in Determining the Association Between Headache Features and Psychological Symptoms in Migraine Children and Adolescents. An Analytical Observational Case-Control Study. *Headache*. 2017;57(2):266-75. Epub 2017/01/07. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/head.13007>
26. Niolu C, Bianciardi E, Di Lorenzo G, Nicolai S, Celi M, Ribolsi M et al. Insecure attachment style predicts low bone mineral density in postmenopausal women. A pilot study. *Riv Psichiatr*. 2016;51(4):143-8. Epub 2016/10/12. Insecure attachment style predicts low bone mineral density in postmenopausal women. *A pilot study*. doi: <http://dx.doi.org/10.1708/2342.25118>
27. Holwerda N, Sanderman R, Pool G, Hinnen C, Langendijk JA, Bemelman WA et al. Do patients trust their physician? The role of attachment style in the patient-physician relationship within one year after a cancer diagnosis. *Acta Oncol*. 2013;52(1):110-7. Epub 2012/11/02. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/0284186X.2012.689856>
28. Braizat O, Feinn R, Abbott G, Wagner J. Relationship style and glycaemic control in women with type 2 diabetes: The mediating role of psychological distress. *Stress Health*. 2018. Epub 2018/01/13. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/smi.2795>
29. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Walker EA. The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. *Am J Psychiatry*. 2001;158(1):29-35. Epub 2001/01/04. doi: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.158.1.29>
30. Jimenez XF. Attachment in medical care: A review of the interpersonal model in chronic disease management. *Chronic Illn*. 2017;13(1):14-27. Epub 2016/06/09. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1742395316653454>
31. Ciechanowski P, Russo J, Katon W, Von Korff M, Ludman E, Lin E et al. Influence of patient attachment style on self-care and outcomes in diabetes. *Psychosom Med*. 2004;66(5):720-8. Epub 2004/09/24. doi: <http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000138125.59122.23>
32. Jimenez X, Mayer PA. Medically unexplained symptoms and mental models: from failure to fusion and back to illness behavior. *J Ethics Mental Health*. 2015;open volume:2-7.
33. Pierrehumbert B, Karmaniola A, Sieye A, Meister C, Miljkovitch R, Halfon O. Les modèles de relations: Développement d'un auto-questionnaire d'attachement pour adultes. *Psychiatrie de l'Enfant*. 1996;1:161-206.

34. Garrido L, Santelices MP, Pierrehumbert B, Armijo I. Validación chilena del cuestionario de evaluación de apego en el adulto CAMIR. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2009;41:81-98.
35. Beck AT, Steer, R.A., & Brown, G. Manual for the Beck Depression Inventory-II. Second edition ed. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1996.
36. Gonzalez DA, Resendiz A, Reyes-Lagunes I. Adaptation of the BDI-II in Mexico. *Salud Ment (Mex)*. 2015;38(4):237-44. Epub 2015/01/01. doi: <http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.033>
37. Guerrero-Pacheco R, Galán-Cuevas S, Cappello OS-A. Sociodemographic and psychological factors associated with self-care and quality of life in Mexican adults with type 2 Diabetes Mellitus. *Acta Colombiana de Psicología*. 2017;20:168-77. doi: <http://dx.doi.org/10.14718/ACP.2017.20.2.8>
38. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck anxiety inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation; 1990.
39. Robles R, Varela R, Jurado S, Páez F. Versión mexicana del Inventario de Ansiedad de Beck: propiedades psicométricas. *Revista Mexicana de Psicología*. 2001;18(2):211-8.
40. Galindo Vázquez O, Benjet C, Juárez García F, Rojas Castillo E, Riveros Rosas A, Aguilar Ponce JL et al. Propiedades psicométricas de la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) en una población de pacientes oncológicos mexicanos. *Salud mental*. 2015;38:253-8. doi: <http://dx.doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.035>
41. Wright B, Edginton E. Evidence-Based Parenting Interventions to Promote Secure Attachment: Findings From a Systematic Review and Meta-Analysis. *Glob Pediatr Health*. 2016;3:2333794X16661888. Epub 2016/09/02.