



**Universidad de Valladolid**

**Facultad de Enfermería**

**GRADO EN ENFERMERÍA**

**TEORÍA DEL APEGO Y SU  
RELEVANCIA EN LOS TRASTORNOS  
DE LA ALIMENTACIÓN**

**Autora: Débora Diana Díez Gómez**

**Tutora: Rosa María Hernández Cifuentes**

## **AGRADECIMIENTOS**

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a toda mi familia y a mis amigas por acompañarme en el proceso de este trabajo, sobre todo a mis padres porque en todo momento me han apoyado y han confiado en mí.

En este caso, debo mencionar a una persona muy especial; mi prima, también compañera de esta profesión, que me ha prestado su tiempo cuando lo he necesitado.

También, tengo que nombrar a dos compañeras; Mara y Almudena, que me han ayudado y apoyado en el transcurso de este trabajo.

Por último, debo agradecer a mi tutora Rosa, enfermera de psiquiatría, por guiarme en el trabajo, y de esta manera haber podido conseguir el objetivo propuesto.

## **RESUMEN**

El presente trabajo fin de grado tiene como objetivo principal comprobar a través de una revisión bibliográfica si la teoría del apego posee relación o no con el desarrollo de los trastornos de la alimentación. De este modo se intentará demostrar la importancia de establecer un apego seguro en el individuo respecto a una específica enfermedad mental.

Para lograr el objetivo se ha realizado una búsqueda específica en la base de datos de Pubmed, seleccionando tres estudios transversales que investigan si la escasez del vínculo afectivo en preadolescentes y adolescentes se encuentra asociado con patologías alimentarias.

Además, se han descrito los cuidados de enfermería que se aplicarían en los individuos que padecen patologías alimentarias vinculadas con la carencia de apego.

Como conclusión, se determina que la teoría del apego tiene relevancia en el desarrollo de este tipo de trastorno, concluyendo que los problemas de alimentación se relacionan con un apego inseguro. En el futuro, se debería seguir investigando con otros modelos de estudios para determinar la causa y no solo la relación de variables. De este modo se podrían establecer diversos aspectos innovadores en relación al tratamiento y a la prevención de este tipo de enfermedad.

**Palabras clave:** apego, trastornos alimentarios, cuidados, enfermería.

## **ÍNDICE**

INTRODUCCIÓN DEL TEMA.....	4
JUSTIFICACIÓN DEL TEMA.....	9
OBJETIVOS.....	10
Objetivo General:.....	10
Objetivos Específicos:.....	10
METODOLOGÍA.....	11
DESARROLLO DEL TEMA.....	11
CUIDADOS DE ENFERMERÍA.....	16
DISCUSIÓN.....	22
CONCLUSIÓN.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	26
ANEXOS.....	28

## **INTRODUCCIÓN DEL TEMA**

¿Por qué cuando nacen los seres humanos tienden a establecer un vínculo afectivo con una determinada persona?

Esta complicada pregunta se relaciona con lo que se conoce en la actualidad como La Teoría del Apego.

Uno de los autores pioneros en esta teoría fue el famoso psiquiatra y psicoanalista John Bowlby (1907-1990).<sup>1</sup> Su interés por el apego estuvo influenciado por el autor Konrad Lorenz (1903-1989), quien experimentó con dos tipos de aves (gansos y patos), observando como estos animales iban detrás del objeto que habían visto nada más nacer, pero siempre y cuando no superaran más de 30 horas desde la salida del cascarón.<sup>1</sup> Por lo tanto este autor pudo concluir que estas aves establecían un vínculo afectivo con un objeto específico.<sup>1</sup>

En el año 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS) encargó a John Bowlby la tarea de describir las diferentes necesidades que podía observar en niños institucionalizados, bien por haber sido apartados de sus padres o por ser huérfanos, como consecuencia de la Segunda Guerra Mundial.<sup>1</sup> Es decir, este autor investigó los posibles efectos a nivel mental que pueden padecer estos niños sin hogar cuando no existe una continuidad en los cuidados por parte de una figura principal.<sup>1</sup>

Como conclusión de su trabajo, en la actualidad se puede definir el término apego como un vínculo afectivo que se forma entre un niño y un cuidador principal (habitualmente la madre) a través de diversas conductas de aproximación, produciendo en el futuro una correcta resiliencia en el niño.<sup>2</sup>

Para el autor este vínculo se establece durante el primer año de vida y considera esta unión como un factor determinante para la salud mental del niño, es decir, como un elemento “protector”.<sup>3</sup>

En su libro *La pérdida afectiva: tristeza y depresión (1983)* se mencionan las siguientes generalizaciones<sup>4</sup>:

- a) Este sujeto formará un sólido vínculo afectivo con una única persona denominada figura del apego.
- b) La conducta de apego no se relaciona con la alimentación ni con la sexualidad. Es decir, se considera una necesidad con su propia dinámica, con el fin de mantener una proximidad con la figura de referencia y no con el propósito de alimentarse.
- c) El lazo afectivo establecido entre estos dos individuos se considera duradero. Pero solo en situaciones concretas donde el niño necesita la protección del cuidador (miedo, defensa, estrés) es donde las diferentes conductas de apego se activan.
- d) Para la adecuada evolución de las demás relaciones que se producen a lo largo de la vida del sujeto es necesaria una buena base del vínculo afectivo inicial. Si no se cumple este requisito, repercutirá negativamente en ellas e incluso el sujeto podría padecer diversas psicopatologías como consecuencia de que su desarrollo psicológico no ha sido el correcto.

Otra autora importante en el avance de la Teoría del Apego ha sido la psicóloga estadounidense Mary Ainsworth (1913-1999). En el año 1978 diseñó un instrumento de observación denominado “*Strange Situation*” (“*Situación Extraña*”), logrando definir los tres tipos de apegos que se conocen en la actualidad<sup>5</sup>.

Para el desarrollo del experimento esta autora tuvo como objetivo principal comprobar en una situación concreta de estrés en el niño el equilibrio que existe entre dos conductas diferentes; la de apego y la de exploración<sup>5</sup>.

La situación extraña se presenta en ocho episodios con la colaboración de tres sujetos: un cuidador principal, un niño y una persona extraña para el niño<sup>5</sup>.



**Figura 1.** Situación extraña<sup>6</sup>

La descripción de los pasos que componen la situación extraña se explica en la siguiente tabla 1 del trabajo<sup>5</sup>:

**Tabla 1.** Descripción de los pasos de la situación extraña

<i>EPISODIOS</i>	<i>SUJETOS</i>	<i>EXPLICACIÓN DE LA SITUACIÓN EXTRAÑA</i>
1	Cuidador principal (madre) y niño	Se introduce al cuidador principal (madre) y al niño en la sala
2	Cuidador principal (madre) y niño	Mientras el niño tiene activada las conductas de exploración (en este caso jugar), el cuidador principal (madre) no participa en ellas.
3	Persona extraña, cuidador principal (madre) y niño.	Entra a la habitación la persona extraña. En unos minutos el cuidador principal (madre) sale discretamente dejando al niño allí.
4	Persona extraña y niño.	Se produce la primera separación entre el niño y la madre. El niño activa las conductas de apego, dejando de lado (anulando) las conductas de exploración.
5	Cuidador principal (madre), niño y persona extraña	La madre entra de nuevo a la sala pero vuelve a salir acompañado de la persona extraña.
6	Niño	El niño se encuentra solo en la sala
7	Persona extraña y niño	El desconocido entra e intenta relacionarse con el niño.
8	Cuidador principal (madre) y niño	La madre vuelve a entrar y atiende al niño (le sostiene en brazos). El desconocido sale de la habitación

A través de este experimento Mary Ainsworth consiguió demostrar que los niños inspeccionaban (en este caso concreto jugaban), en mayor medida cuando sus cuidadores principales se encontraban a su lado que en presencia de una persona extraña para ellos<sup>5</sup>.

Por lo tanto, esta autora llegó a la conclusión de que el niño utilizaba al cuidador principal como un soporte seguro para poder activar sus conductas de exploración y de este modo poder investigar el entorno que les rodea.<sup>5</sup> Pero en cuanto éste percibe cualquier amenaza en el ambiente desaparece esa conducta para activarse la conducta de apego y buscar un refugio seguro en el cuidador principal.<sup>5</sup>

Además, esta psicóloga estadounidense realizó determinadas visitas a domicilios para determinar el comportamiento de la madre respecto al niño en el hogar.<sup>5,7</sup>

A través de su inmenso trabajo, Mary Ainsworth concluyó los tres patrones conductuales del niño, estableciéndose así los tres tipos de apego que existen en la actualidad:<sup>5-7</sup>

#### -Inseguro-Evitativo (tipo A):

En la situación del extraño, este niño demostraba un sentimiento de independencia respecto al cuidador principal (madre).<sup>5-7</sup> Mary Ainsworth observó que su conducta de exploración se encontraba activada con la presencia de la madre, pero también con su ausencia. Si la figura principal abandonaba la habitación este niño se mostraba poco afectado y al regreso no buscaba ningún tipo de proximidad o contacto, es más algunos adoptaban una postura de negación.<sup>5-7</sup>

Se podría entender que esta actitud es correcta y saludable para un niño, debido a que muestra un grado de autonomía. Pero Mary Ainsworth descubrió a través del estudio de las visitas a domicilio que era todo lo contrario.<sup>5,7</sup> Llegó a la conclusión de que el cuidador principal generalmente no respondía a la llamada (lloros) del niño y éste a través de la experiencia de otras situaciones había comprendido que no podía contar con la protección de su madre, debido al continuo rechazo de las conductas del apego.<sup>5,7</sup>

#### -Seguro (tipo B):

La autora observó que si la madre abandonaba la sala, el niño dejaba de jugar por lo que desaparecía la conducta de exploración para activarse la de apego.<sup>5-7</sup>

Cuando regresaba, el niño se mostraba alegre y buscaba la proximidad con la figura de apego.



Este sujeto al rato volvía a jugar, es decir, activaba de nuevo la conducta de exploración, y se eliminaba la de apego.<sup>5-7</sup> Por lo tanto este niño exploraba el entorno porque utilizaba como base segura a la madre.<sup>5-7</sup>

Además, Mary Ainsworth definió a estos cuidadores principales como personas que proporcionan constantes respuestas a las conductas de apego, consiguiendo que el niño se sienta protegido con esta figura.<sup>5,7</sup>

#### -Inseguro-ambivalente (tipo C):

El niño muestra un sentimiento de ansiedad, angustia y de preocupación frente a la separación de la madre pero cuando ésta regresa, este niño tiene sentimientos opuestos hacia su madre, es decir, se muestra ambivalente.<sup>5-7</sup> Además, no se calma con facilidad, ni la conducta de exploración se activa hasta que la madre regresa a la sala del experimento.<sup>5-7</sup>

En el estudio del hogar, la autora observó a un cuidador principal que no responde a las conductas de apego, pero de un modo inconsciente. Por lo que esta figura se muestra a veces sensible y cálida pero otras veces todo lo contrario.<sup>5,7</sup>

Este comportamiento en la madre produce en el niño un sentimiento de enorme inseguridad y de duda, por lo que éste desconoce si la figura del apego se encuentra presente o no para protegerlo en una situación de estrés.<sup>5,7</sup>

Otra de las autoras que fue determinante para establecer un cuarto tipo de apego fue Mary Main (1943) con la ayuda de Judith Solomon en 1986.<sup>5,7</sup>

Lo definieron de la siguiente manera:

#### -Desorganizado/Desorientado (tipo D):

Este grupo es para aquellos niños que no se podían clasificar en ninguno de los tres tipos de apegos citados anteriormente.<sup>5,7</sup>

Es la mezcla del evitativo y del ambivalente porque presentan comportamientos y características de ambos estilos, como por ejemplo, el niño desea una búsqueda de proximidad hacia el cuidador, pero a la vez lo hace con sentimientos de tristeza.<sup>5-7</sup>

Los tipos de apegos explicados anteriormente se resumen en la tabla 2.

**Tabla 2.** Resumen de los tipos de apego

<b>TIPOS DE APEGO</b>	<b>CONDUCTA DEL NIÑO</b>	<b>CONDUCTA DEL CUIDADOR PRINCIPAL</b>
<b>INSEGURO-EVITATIVO</b>	-Evita al cuidador -Independiente	-No proporciona respuesta de apego
<b>SEGURO</b>	-Afectado por la separación pero al regreso se muestra contento y vuelve a jugar	-Disponibilidad y respuesta activa de apego
<b>INSEGURO-AMBIVALENTE</b>	-Angustia -Tarda en calmarse	-Fría o cálida inconscientemente
<b>DESORGANIZADO</b>	-Mixta de los dos apegos inseguros	-No se estudió

Además, Mary Main (1943) está implicada en la creación de la "Entrevista de Apego Adulto" (*Adult Attachment Interview, AAI*), que se define como una entrevista a personas adultas que contiene dieciocho preguntas con la finalidad de evaluar la relación de apego en la infancia desde la actualidad.<sup>8</sup> El sujeto expresa cinco adjetivos que definen la relación que ha mantenido con cada uno de sus progenitores y además se intenta averiguar diferentes situaciones tristes o traumáticas que el adulto recuerde de su infancia para poder determinar un diagnóstico.<sup>8</sup>

### **JUSTIFICACIÓN DEL TEMA**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que: "Al menos el 20% de los jóvenes padecerá alguna forma de enfermedad mental, como depresión, trastornos del estado de ánimo, abusos de sustancias, comportamientos suicidas o trastornos alimentarios".<sup>9</sup>

Éste último trastorno mencionado se define como una alteración que produce un desorden en la ingesta de alimentos del individuo. Siendo la anorexia, la bulimia y el trastorno por atracón, los tres tipos principales.<sup>10</sup>

Debido al crecimiento de su epidemiología así como de la escasez de intervenciones para prevenirse existe una alarma social en la actualidad.<sup>10</sup> Se debe de mencionar que suele darse en la adolescencia o en la adultez temprana, aunque no es raro que pueda producirse también en la niñez o en una adultez avanzada.<sup>11</sup> Además, en el año 2010 se estimó que un 2,7% de individuos entre 13 y 17 años padecían una patología de alimentación.<sup>12</sup>

La etiopatogenia de este trastorno es todavía desconocida, pero se vincula con un factor desencadenante denominado ámbito familiar.<sup>13</sup> Es evidente la importancia de formar un vínculo en edades tempranas y las repercusiones futuras que puede originar en la salud mental, debido a que apegos inseguros se han relacionado con diversas consecuencias psicopatológicas.<sup>1</sup>

Todos los datos expuestos anteriormente, así como la necesidad de relacionar la teoría del apego con los trastornos de la alimentación han sido las principales razones en la elección del tema a desarrollar en este trabajo.

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General:**

Conocer la relevancia de la teoría del apego sobre los trastornos alimenticios en preadolescentes y adolescentes, a través de una revisión bibliográfica de diversos estudios donde se investiga si existe o no relación entre estos dos factores.

### **Objetivos Específicos:**

- Definir la teoría del apego según el autor pionero John Bowlby.
- Enumerar los diferentes tipos de apegos infantiles según la clasificación de Mary Ainsworth y Mary Main.
- Explicar los diferentes cuidados en el ámbito de la enfermería para los trastornos de la alimentación que se encuentren relacionados con el apego inseguro.

## **METODOLOGÍA**

El método elegido para la realización de este trabajo es una revisión bibliográfica. Los documentos que se han empleado para elaborar este trabajo fin de grado se extrajeron de las siguientes fuentes bibliográficas:

-En primer lugar, consultando diversos libros relacionados con el tema. Autores como John Bowlby, María José Cantero López y María Josefa Lafuente Benaches, con sus respectivas obras: “*La pérdida afectiva: tristeza y depresión*”<sup>4</sup>, “*Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor*”<sup>8</sup>.

-En segundo lugar, empleando la base de datos de Pubmed. En la cual, se realizó la búsqueda sin límite de fecha, a través de las siguientes palabras claves: <<attachment>> << eating disorders>>.

Se obtuvieron 219 artículos relacionados con el tema propuesto, por lo que se decidió acotar el intervalo de tiempo entre el año 1998 hasta la actualidad, consiguiendo al final un total de 180 artículos. A través de la ayuda de un traductor se leyeron todos los resúmenes de estos 180 estudios, eliminando un total de 172 artículos debido a que su contenido no estaba directamente relacionado con el objetivo concreto de este trabajo.

Por falta de texto completo, de los 8 estudios restantes se volvieron a excluir 5. Siendo el resultado final de 3 estudios específicos que se explicarán en el apartado de desarrollo del tema.

En conclusión, para la revisión bibliográfica del presente trabajo se emplearan 3 estudios. Los cuales se transcribieron al español con la ayuda de un traductor para extraer todo su contenido.

## **DESARROLLO DEL TEMA**

Los tres estudios a desarrollar en el presente trabajo son:

- a) *Attachment Style and Weight Concerns in preadolescent and adolescent girls* (Sharpe, 1998)<sup>14</sup>
- b) *Brief report: Direct and indirect relations of rick factors with eating behavior problems in late adolescent females* (Mayer, 2009)<sup>15</sup>

c) *Loss of control over eating in pre-adolescent youth: the role of attachment and self-esteem* (Goossens, 2011)<sup>16</sup>

Los tres estudios<sup>14-16</sup> empleados en este apartado se consideran de tipo transversal, es decir, su finalidad es relacionar variables.

El objetivo del primer estudio<sup>14</sup> fue relacionar los tipos de apego con las preocupaciones por el peso, a través de la participación de preadolescentes y adolescentes (9-12 años) del sexo femenino.

En el desarrollo de la investigación de Sharpe<sup>14</sup> al inicio del estudio, la población diana era de 348 participantes, pero se redujo a 305 personas por no complementar el mismo. En el artículo se han realizado diferentes encuestas llevadas a cabo durante 50 minutos del horario lectivo, supervisadas por un inspector.

Los cuatro instrumentos de medida utilizados en esta investigación son:

a) Cuestionario sobre los estilos de Apego:

Se adaptó al estudio y se evaluó a los sujetos a través de la cuestión: De las siguientes opciones, ¿Cuál describe correctamente sus sentimientos?

Los sujetos tienen tres opciones de respuesta, y dependiendo de ello, se clasifica a los participantes por los diferentes estilos de apego.

b) Escala de preocupación de peso:

Se valora la importancia que estas personas daban a la delgadez y la forma del cuerpo.

Se realizó a través de diferentes cuestiones, como por ejemplo: ¿Se siente gorda?

Percepción de la forma del cuerpo actual:

Se evaluó este aspecto empleando imágenes de diversas siluetas femeninas.

c) Autoestima:

Se valoró con la siguiente pregunta: ¿Cómo está usted de contento consigo mismo?

Los resultados fueron un 68% de los participantes, es decir, con apego seguro se clasificaron 208 personas. El 32% que corresponden a 97 personas de las que participaron se catalogaron con apego inseguro.

Además se llegó a la conclusión de que factores como la edad, el origen étnico, la percepción del cuerpo, el estado civil de los padres y el nivel educativo de estos, no influían respecto al estilo de apego. Pero si existían diferencias significativas entre los factores de autoestima y preocupación por el peso, en relación con el tipo de apego de los sujetos.

Es decir, sujetos con apego inseguro presentaron mayor asociación entre las preocupaciones hacia el peso y una autoestima más baja.(Tabla 3)

**Tabla 3.** Resumen de los resultados del estudio de Sharpe<sup>14</sup>

	Apego Inseguro (N=97) (32%)	Apego Seguro (N=208) (68%)	
Variables	Media (SD)	Media (SD)	P
Autoestima	2.9 (1.1)	3.5 (1.2)	<.001
Preocupación por el peso	41.1 (24.9)	29.1 (24.1)	<.001

En el segundo estudio<sup>15</sup> se utilizó a una población total de 301 mujeres preadolescentes, de 16 a 20 años de edad y se investigaron los diferentes factores de riesgo: Índice de masa corporal (IMC), insatisfacción corporal, apego inseguro, baja autoestima y afecto negativo (depresión y ansiedad social), en relación con los problemas alimentarios.

Para ello, en el estudio, los participantes completaron seis cuestionarios durante el período de clase:

- a) Examen cuestionario para el trastorno de la alimentación (Eating Disorder Examination Questionnaire; EDE-Q):  
Se determinan las conductas de los trastornos alimentarios.
- b) Cuestionario sobre estilos de Apego (Attachment Style Questionnaire):  
Los sujetos indicaron con que descripción se sentían más identificados para evaluar los tres patrones de apego.
- c) Subescala de la fobia social y el inventario de Ansiedad y Fobia Social (Social Phobia and Anxiety Inventory, SPAI):  
Se evalúan tres dimensiones (síntomas somáticos, cognitivos y conductuales).

d) Inventario de depresión de Beck (Beck Depression Inventory, BDI):

Se define como un cuestionario para identificar a sujetos depresivos donde la puntuación es de 0 a 63. Cuanto más alta es esta, mayor síntomas de padecer depresión.

e) Cuestionario de autoestima de Rosenberg (Rosenberg Self-esteem Questionnaire; RSQ):

Es una versión modificada del cuestionario de Rosenberg, constando de 15 elementos, con puntuaciones de 15 a 90. El aumento de los valores indica un mayor grado de autoestima.

f) Cuestionario de la percepción corporal (Body Perception Questionnaire; BPQ):

Mide la insatisfacción corporal, a través de cuestionarios donde indican las partes del cuerpo con las que están descontentos.

Como resultados, se observó que la ansiedad social, la depresión, el apego inseguro, insatisfacción corporal, Índice de masa corporal (IMC) son directamente proporcionales a los problemas de alimentación, es decir, presentan una correlación positiva. Mientras que la autoestima es inversamente proporcional a los trastornos de alimentación, por lo que presenta una correlación negativa.

Por ejemplo, si un participante tiene la autoestima baja, esto hará que aumente la probabilidad de padecer un problema en la alimentación.(Tabla 4)

**Tabla 4.** Resumen de los resultados del estudio de Mayer<sup>15</sup>

Variables	Media (SD)	Problemas de alimentación	
		Coefficiente de correlación	P
Autoestima	55.1 (12.7)	-.48	<.001
Apego inseguro	14.8 (7.1)	.21	<.001
Ansiedad social	76.8 (29.1)	.30	<.001
Depresión	7.2 (7.9)	.39	<.001
IMC	21.9 (3.0)	.35	<.001
Insatisfacción corporal	3.6 (5.6)	.57	<.001

El tercer artículo<sup>16</sup>, es uno de los pocos que introduce a participantes de los dos sexos. La población total fue de 555 participantes de 8 a 11 años, y se les evaluó con los siguientes cuestionarios:

- a) Examen cuestionario para el trastorno de la alimentación (Eating Disorder Examination Questionnaire; EDE-Q):  
Se modificó de la versión original y es un elemento fundamental de este estudio, ya que mide si los sujetos tienen episodios de pérdida de control sobre la alimentación o no.
- b) Perfil de autopercepción para niños (Self-Perception Profile for children; SPPC):  
Evalúa la autoestima.
- c) Escala de seguridad (Security Scale; SS):  
Se define como un cuestionario donde se evalúa el apego a través de la percepción de seguridad que tienen los niños respecto a sus padres.
- d) Índice de masa corporal, IMC (Body Mass Index; BMI):  
Calcularon el peso y la altura al cuadrado de cada niño.

Los resultados del artículo<sup>16</sup> fueron aplicados solo a 482 participantes de los 555 sujetos que había al principio, debido a que el resto no informaron de si experimentaron o no pérdida de control sobre la alimentación.

Al final de los 482 participantes, la pérdida de control sobre la alimentación fue experimentada en 85 participantes, es decir, un 17,6% de los sujetos padecieron mínimo una situación de pérdida de control con los alimentos.

En ningún momento hubo diferencias significativas con respecto al género entre los que experimentaron pérdida de control y los que no.

Por otra parte, se investigó si existe relación entre los que sí y los que no experimentaron pérdida de control en la alimentación respecto al apego y a la autoestima. Se demostró que personas con pérdida de control sobre los alimentos presentaban autoestimas bajas y un apego menos seguro respecto a los que no. (Tabla 5)



**Tabla 5.** Resumen de los resultados del estudio de Goossens<sup>16</sup>

	Pérdida de control sobre la alimentación (N=85)	No pérdida de control (N=397)	
Variables	Media (SD)	Media (SD)	p
Apego Madre	44.69 (6.80)	47.66 (6.75)	.00
Apego Padre	44.51 (6.75)	47.11 (6.99)	.00
Autoestima	21.04 (2.96)	22.02 (3.42)	.02

En el anexo 1 del presente trabajo se encuentran resumidas las características de los tres estudios<sup>14-16</sup> expuestos en este apartado.

### **CUIDADOS DE ENFERMERÍA**

Una vez detectado y contextualizado el trastorno alimentario con relación a un apego inseguro, se han determinado los siguientes diagnósticos de enfermería en la taxonomía NANDA Internacional (NANDA-I)<sup>17</sup>:

- Gestión ineficaz de la salud
- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades corporales
- Estreñimiento
- Trastorno de la imagen corporal
- Baja autoestima crónica
- Procesos familiares disfuncionales
- Deterioro de la resiliencia
- Afrontamiento ineficaz
- Síndrome postraumático

También se formuló con la clasificación de los resultados enfermeros (Nursing Outcomes Classification; NOC)<sup>17</sup> y con la clasificación de las intervenciones enfermeras (Nursing Interventions Classification; NIC)<sup>17</sup>:

a) Patrón 1: Percepción-manejo de la salud: (Anexo 2)

***NANDA-I: [00078] Gestión ineficaz de la salud***

- Definición: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos
- Relacionado con: Conflicto familiar
- Característica definitoria: Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud

***NOC: [2609] Apoyo familiar durante el tratamiento***

- Definición: Capacidad de la familia para estar presente y proporcionar apoyo emocional a una persona sometida a un tratamiento
- Indicador: [260902] Los miembros expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo.

***NIC: [7140] Apoyo a la familia***

- Definición: fomento de los valores, intereses y objetivos familiares.
- Actividad: Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.

b) Patrón 2: Nutricional-metabólico: (Anexo 3)

***NANDA-I: [00002] Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales***

- Definición: Consumo de nutrientes insuficiente para satisfacer las necesidades metabólicas
- Relacionado con: trastorno psicológico
- Característica definitoria: Peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal

***NOC: [1411] Autocontrol del trastorno de la alimentación***

- Indicador: [141108] Identifica estados emocionales que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos

- Indicador:[141102] Participa en el establecimiento con un profesional sanitario de objetivos dietéticos alcanzables

*NIC: [1030] Manejo de los trastornos de la alimentación*

- Definición: Prevención y tratamiento de restricciones severas en la dieta, el ejercicio excesivo y la purga de alimentos y líquidos.
- Actividad: Controlar la ingesta y eliminación de líquidos, según corresponda.
- Actividad: Ayudar al paciente a desarrollar la autoestima compatible con un peso corporal sano.

c)Patrón 3: Eliminación: (Anexo 4)

***NANDA-I: [00011] Estreñimiento***

- Definición: Disminución de la frecuencia normal de defecación, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces y/o eliminación de heces excesivamente duras y secas
- Relacionado con: Hábitos dietéticos inadecuados
- Característica definitoria: Cambios en el patrón intestinal habitual

*NOC: [0501] Eliminación intestinal*

- Definición: Formación y evacuación de heces.
- Indicador: [50101] Patrón de eliminación.

*NIC: [0450] Manejo del estreñimiento/impactación fecal*

- Definición: Prevención y alivio del estreñimiento/impactación fecal
- Actividad: Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.

d)Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto (Anexo 5)

***NANDA-I: [00118] Trastorno de la imagen corporal***

- Definición: Confusión en la imagen mental del yo físico
- Relacionado con: Deterioro del funcionamiento psicosocial y transición del desarrollo.

- Característica definitoria: Alteración de la visión del propio cuerpo.

*NOC: [1200] Imagen corporal*

- Definición: Percepción de la propia apariencia y de las funciones corporales.
- Indicador: [120005] Satisfacción con el aspecto corporal.

*NIC: [5400] Potenciación de la autoestima*

- Definición: Ayudar a un paciente a que mejore el juicio personal de su autovalía
- Actividad: Instruir a los padres sobre la importancia de su interés y apoyo en el desarrollo de un autoconcepto positivo para sus hijos.
- Actividad: Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.

e) Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto (Anexo 6)

**NANDA-I: [00119] Baja autoestima crónica**

- Definición: Autoevaluación o sentimientos negativos de larga duración sobre uno mismo o sus propias capacidades.
- Relacionado con: Afecto recibido inadecuado y enfermedad psiquiátrica
- Característica definitoria: Culpabilidad

*NOC: [2603] Integridad de la familia*

- Definición: Capacidad de los miembros de la familia para mantener la cohesión y los vínculos emocionales.
- Indicador: [260302] Los miembros manifiestan lazos fuertes con la familia.

*NIC: [8300] Fomentar el rol parental*

- Definición: Proporcionar información sobre el rol parental, apoyo y coordinación de servicios globales a familias de alto riesgo.
- Actividad: Proporcionar la orientación anticipatoria necesaria en los diferentes niveles de desarrollo.

f) Patrón 8: Rol-relaciones (Anexo 7)

***NANDA-I: [00063] Procesos familiares disfuncionales***

- Definición: Las funciones psicosociales, espirituales y fisiológicas de la unidad familiar están crónicamente desorganizadas, lo que conduce a conflictos, negación de los problemas, resistencia al cambio, solución ineficaz de los problemas y a una serie de crisis que se perpetúan por sí mismas
- Relacionado con: Estrategias de afrontamiento ineficaces
- Característica definitoria: Deterioro de las relaciones familiares

*NOC: [2602] Funcionamiento de la familia*

- Definición: Capacidad del sistema familiar para satisfacer las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo.
- Indicador: [260222] Los miembros se apoyan entre sí.

*NIC: [7100] Estimulación de la integridad familiar*

- Definición: Favorecer la cohesión y unidad familiar.
- Actividad: Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.

g) Patrón 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés: (Anexo 8)

***NANDA-I: [00210] Deterioro de la resiliencia***

- Definición: Reducción de la capacidad para mantener un patrón de respuestas positivas ante una situación adversa o una crisis
- Relacionado con: Rol parental inconsistente y trastorno psicológico
- Características definitorias: Autoestima baja y aislamiento social

*NOC: [1309] Resiliencia personal*

- Definición: Adaptación y función positiva de un individuo después de una adversidad o crisis significativa.
- Indicador: [130903] Expresa emociones.

*NIC: [8340] Fomentar la resiliencia*

- Definición: Ayudar a individuos, familias y comunidades en el desarrollo, uso y fortalecimiento de factores protectores para ser utilizados para afrontar factores estresantes ambientales y sociales.
- Actividad: Facilitar la comunicación familiar.

h) Patrón 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés (Anexo 9)

***NANDA-I: [00069] Afrontamiento ineficaz***

- Definición: Incapacidad para formular una apreciación válida de los agentes estresantes, elecciones inadecuadas de respuestas que se pondrán en práctica y/o incapacidad para utilizar los recursos disponibles
- Relacionado con :Confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación
- Característica definitoria: Incapacidad para manejar la situación

*NOC: [1302] Afrontamiento de problemas*

- Definición: Acciones personales para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.
- Indicador: [130218] Refiere aumento del bienestar psicológico.

*NIC: [7150] Terapia familiar*

- Definición: Ayuda a los miembros de la familia a vivir de un modo más productivo.
- Actividad: Determinar las alianzas familiares
- Actividad: Compartir el plan de terapia con la familia.

i) Patrón 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés: (Anexo 10)

***NANDA-I: [00141] Síndrome postraumático***

- Definición: Persistencia de una respuesta desadaptada ante un acontecimiento traumático, abrumador
- Relacionado con (R/C): Destrucción del propio hogar
- Característica definitoria: Antecedentes de desvinculación

*NOC: [1204] Equilibrio emocional*

- Definición: Adaptación apropiada del tono emocional predominante en respuesta a las circunstancias.
- Indicador: [120412] Mantiene un peso estable.

*NIC: [5240] Asesoramiento*

- Definición: Utilización de un proceso de ayuda interactiva centrado en las necesidades, problemas o sentimientos del paciente y sus allegados para fomentar o apoyar el afrontamiento, la capacidad de resolver problemas y las relaciones interpersonales.
- Actividad: Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.

## **DISCUSIÓN**

Como ya hemos mencionado, los tres estudios se consideran transversales, siendo el artículo de Sharpe<sup>14</sup>, uno de los primeros que investigó la posible relación entre los problemas de peso y el estilo de apego en preadolescentes y adolescentes. En los dos artículos restantes, nombran a éste<sup>14</sup>, debido a que es un estudio de referencia para los demás y desveló la importancia de este asunto.

En el estudio de Sharpe<sup>14</sup> y de Mayer<sup>15</sup> se abarca una población homogénea (sexo femenino), pero en cambio, el artículo restante<sup>16</sup> incluye también el sexo masculino. Siendo una característica innovadora en este tipo de estudio porque gracias al estudio de Goossens<sup>16</sup> se pudo determinar que no existen diferencias significativas respecto al género entre el grupo con pérdida de control y sin ella.

Respecto al número de la población, el primer artículo<sup>14</sup> (N=305) como el segundo<sup>15</sup> (N=301) tienen una cantidad parecida de sujetos, en comparación al último<sup>16</sup> que participaron más cantidad de personas en él. (N=482). Además en el de Shaper<sup>14</sup> como en el de Goossens<sup>16</sup>, la cantidad de población se modificó por no superar los requisitos que se establecieron como prioritarios para poder participar. Aunque en el primer estudio<sup>14</sup> no explican este requisito de exclusión.

En cuanto a la edad, en el estudio de Mayer<sup>15</sup> los participantes tienen de 16 a 20 años, es decir, son considerados adolescentes. En cambio, las edades en las investigaciones de Sharpe<sup>14</sup> y Goossens<sup>16</sup> incluyen además a participantes preadolescentes.

Comparando el origen étnico del estudio de Sharpe<sup>14</sup> al del autor Mayer<sup>15</sup>, un 37,8% era de raza blanca, una cifra disminuida en comparación al segundo estudio en el que participaron un total de 98% de este mismo linaje.

Otro valor que se expone, es el nivel socioeconómico de la familia, siendo cifras muy elevadas (89,2 %) de clase media baja en el de Mayer<sup>15</sup> y solo un 12,6% en el último.

Otro detalle, es que el artículo de Shaper<sup>14</sup> no considera necesario calcular el índice de masa corporal (IMC), pero en el segundo<sup>15</sup> y tercer estudio<sup>16</sup> sí que se determinan estos valores.

En los estudios, <sup>14-16</sup> se emplearon diferentes métodos como cuestionarios y escalas. Los autores mencionan en los artículos que se encuentran validadas para proporcionar fiabilidad al estudio. Se emplearon en cada artículo diferentes instrumentos, dependiendo de los objetivos de éstos. Por ejemplo en el de Mayer<sup>15</sup> utilizaron un inventario de depresión o de ansiedad social porque se pretendía determinar si existía relación entre estos dos factores y los problemas de la alimentación.

Además, existe una diferencia significativa en el artículo de Goossens<sup>16</sup>, ya que intenta determinar el apego con una denominada *Escala de seguridad (Security Scale; SS)*, donde intentan percibir la seguridad que los participantes tienen con sus dos padres. Por lo tanto, con el estudio de Goossens<sup>16</sup> se determinó que los niños con pérdida de control en la alimentación, tenían diferencias significativas en relación a un apego menos seguro hacia los dos padres, respecto a los que no tenían esta pérdida de control.(Tabla 5)

Respecto a los resultados, en los tres estudios<sup>14-16</sup> se demuestra que entre los dos factores sí que existe un tipo de relación.

Tras una revisión bibliográfica del tema y debido a los resultados obtenidos en los tres estudios<sup>14-16</sup>, se determinó que es de gran interés en la actualidad.



Por este motivo, en el ámbito sanitario han comenzado a considerar importante la teoría del apego, debido a las repercusiones futuras que puede originar en la salud mental del niño<sup>18</sup>.

En este sentido, la función de las enfermeras es primordial por el papel que desempeñan con los pacientes y los familiares. Deben promover y explicar de manera más exhaustiva a los padres la teoría del apego, las posibles consecuencias en el niño y así poder abarcarlo desde la prevención primaria.<sup>18</sup>

En el transcurso del embarazo, las enfermeras deberán fomentar la importancia de una lactancia materna exclusiva, porque a través de esta técnica se forma una relación de apego.<sup>18</sup> Cuando no existan complicaciones en el paritorio, es esencial que a la madre se le brinde la oportunidad de poder iniciar el contacto “piel con piel” y de esta manera, se conseguirá no separar al niño durante unas horas de la figura de apego.<sup>18</sup>

A nivel de atención primaria, los profesionales sanitarios deben estar pendientes de la existencia de una relación de apego defectuosa entre el cuidador principal y el hijo. De esta manera se intentará ayudar a estas familias y guiar en esta situación.<sup>18</sup>

Desde el entorno de la psiquiatría, es evidente que el tema tratado es de suma importancia. Por un lado, se emplearán los cuidados y los tratamientos farmacológicos que correspondan en los pacientes con patologías mentales. Por otro lado, es muy importante el uso de terapias familiares, para implicar a los progenitores y poder fomentar la seguridad como el apoyo emocional en cada uno de los participantes.<sup>19</sup>

Por lo tanto, es fundamental que los profesionales sanitarios tengan conocimiento sobre la teoría del apego y que sean capaces de identificar una alteración en la relación, desde los diferentes ámbitos sanitarios (paritorio, maternidad, atención primaria, psiquiatría) para poder prevenir y tratar psicopatologías en el niño.

## **CONCLUSIÓN**

La teoría del apego tiene relevancia sobre los trastornos alimentarios en preadolescentes y adolescentes, relacionándose esta patología con un apego inseguro.

Se debe seguir investigando el tema con otros tipos de estudio, debido a que los utilizados en el presente trabajo son de tipo transversal y éstos solo pueden determinar la relación entre las variables, pero no la causa.

Además, si se contribuyera una mayor aportación sobre este tema, proporcionaría un gran avance en el área de la sanidad y por consiguiente en el ámbito de la enfermería.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Repetur Safrany K, Quezada Len A. Vinculo y desarrollo psicológico: La importancia de las relaciones tempranas. Rev Dig Uni [Internet]. 2005 [citado 26 abr 2016]; 6(11): 2-15. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/art105.htm>
2. López F. Apego: Estabilidad y cambio a lo largo del ciclo vital. Infancia y Aprendizaje. Journal for the Study of Education and Development [Internet]. 2006 [citado 1 may 2016]; 29 (1): 9-23. Disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1174/021037006775380830>
3. Moneta ME. Apego y pérdida: redescubriendo a Jon Bowlby. Rev Chil Pediat [Internet]. 2014 [citado 15 abr 2016]; 85 (3): 265-268 Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcp/v85n3/art01.pdf>
4. Bowlby J. Marco conceptual. La pérdida afectiva: tristeza y depresión. 1ª ed. Buenos aires: Paidós; 1983 p.60-62
5. Oliva Delgado A. Estado actual de la teoría del apego. Rev Psiquiatr Psicol Niño Adoles [Internet]. 2004 [citado 29 abr 2016]; 4 (1): 65-81. Disponible en: <http://chitita.uta.cl/cursos/2012-1/0000636/recursos/r-9.pdf>
6. Villanueva Suárez C, Sanz Rodríguez LJ. Ansiedad de separación: delimitación conceptual, manifestaciones clínicas y estrategias de intervención. Rev Pediatr Aten Primaria [Internet]. 2009 [citado 16 abr 2016]; 11(43): 457-469 Disponible: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1139-76322009000400008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322009000400008)
7. Garrido-Rojas L. Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. Rev. Latinoam. Psicol [Internet]. 2006 [citado 19 abr 2016]; 38(3): 493-507 Disponible en: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-05342006000300004](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000300004)
8. Lafuente Benaches MJ, Cantero López MJ. Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor. Madrid: Piramide; 2010. p.241-245.
9. Organización mundial de la salud (OMS). Salud de los adolescentes [Internet]. [2016; citado 4 jun 2016]. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/adolescent\\_health/facts/es/index4.html](http://www.who.int/features/factfiles/adolescent_health/facts/es/index4.html)
10. Méndez JP, Vázquez-Velázquez V, García-García E. Los trastornos de la conducta alimentaria. Bol. Med. Hosp. Infant. Mex [Internet]. 2008 [citado 28 may 2016]; 65 (6):579-592 Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462008000600014](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600014)

11. National Institute of mental Health (NIH) [Internet]. [2011; citado 4 may 2016]. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastornos-de-la-alimentaci-n/index.shtml>
12. National Institute of mental Health (NIH) [Internet]. [2011; citado 6 may 2016]. Disponible en: <http://www.nimh.nih.gov/health/statistics/prevalence/eating-disorders-among-children.shtml>
13. Vargas Baldares MJ. Trastornos de la conducta alimentaria. Rev med Costa Rica LXX [Internet]. 2013 [citado 10 may 2016]; 607: 475-482. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
14. Sharpe TM, Killen JD, Bryson SW, Shisslak CM, Estes LS, Gray N, et al. Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. Int J Eat Disord [Internet]. 1998 [citado 8 abr 2016]; 23(1):39-44. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9429917>
15. Mayer B, Muris P, Meesters C, Zimmermann-van Beuningen R. Brief report: Direct and indirect relations of risk factors with eating behavior problems in late adolescent females. J Adolesc [Internet]. 2009 [citado 12 abr 2016]; 32(3):741-745 Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19121867>
16. Goossens L, Braet C, Bosmans G, Decaluwe V. Loss of control over eating in pre-adolescent youth: The role of attachment and self-esteem. Eating Behaviors [Internet]. 2011[citado 15 abr 2016]; 42(4): 289–295. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1471015311000663>
17. Tratamiento informático NNNConsult [Internet]. Suscripción UVA. Disponible en: <http://www.nnnconsult.com/>
18. Pinto LF. Apego y lactancia natural. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2007; [citado 7 jun 2016]; 78 (1): 96-102. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062007000600008](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062007000600008)
19. Jáuregui Lobera I. Autoayuda y participación de la familia en el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria. Trastorno de la conducta alimentaria 2 [Internet]. 2005 [citado 28 may 2016]; (2): 158-198. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1382756>

## ANEXOS

### ANEXO 1

**Tabla 6.**Características de los tres estudios

	<b>PRIMER ESTUDIO</b>	<b>SEGUNDO ESTUDIO</b>	<b>TERCER ESTUDIO</b>
<b>Tipo de estudio</b>	Transversal	Transversal	Transversal
<b>Año</b>	1998	2009	2011
<b>Población</b>	348 al inicio 305 al final	301	555 al inicio 482 al final
<b>Edad</b>	9-12 años	16-20 años	8-11 años
<b>Sexo</b>	Femenino	Femenino	Mixto
<b>Métodos empleados</b>	-Cuestionario sobre estilo de apego -Escala de problemas de peso -Percepción de la forma del cuerpo actual -Autoestima	-Escala de estilo de apego -Examen cuestionario para el trastorno de la alimentación -Inventario de Ansiedad y Fobia Social -Inventario de depresión de Beck -Cuestionario de autoestima de Rosenberg -Cuestionario de la percepción corporal	-Cuestionario examen para el trastorno de la alimentación -Perfil de autopercepción para niños -Escala de seguridad -IMC
<b>Resultados</b>	97 sujetos con apego inseguro presentan mayor porcentaje de baja autoestima y preocupación por el peso	Directamente proporcional: Apego inseguro, ansiedad social, depresión, IMC, insatisfacción corporal Inversamente proporcional: Autoestima	85 sujetos con pérdida de control sobre la alimentación se relacionan con baja autoestima y apego inseguro

ANEXO 2

**Tabla 7.** Patrón 1: Percepción-manejo de la salud

<b>PATRÓN 1: Percepción-manejo de la salud</b>		
<b>NANDA-I RELACIONADO CON (R/C) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (C/D)</b>	<b>NOC INDICADORES (Ind)</b>	<b>NIC ACTIVIDADES (Act)</b>
<p>[00078] <i>Gestión ineficaz de la salud</i></p> <p>R/C: Conflicto familiar</p> <p>C/D: Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud</p>	<p>[2609] <i>Apoyo familiar durante el tratamiento</i></p> <p>Ind: [260902] Los miembros expresan sentimientos y emociones de preocupación respecto al miembro enfermo</p>	<p>[7140] <i>Apoyo a la familia</i></p> <p>Act: Valorar la reacción emocional de la familia frente a la enfermedad del paciente.</p>

ANEXO 3

**Tabla 8.** Patrón 2: Nutricional-metabólico

<b>PATRÓN 2: Nutricional-metabólico</b>		
<b>NANDA-I RELACIONADO CON (R/C) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (C/D)</b>	<b>NOC INDICADORES (Ind)</b>	<b>NIC ACTIVIDADES (Act)</b>
<p><i>[00002]Desequilibrio nutricional: inferior a las necesidades corporales</i></p> <p>R/C: Trastorno psicológico C/D: Peso corporal inferior en un 20% o más respecto al rango de peso ideal</p>	<p><i>[1411]Autocontrol del trastorno de la alimentación</i></p> <p>Ind: [141108] Identifica estados emocionales que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos Ind: [141102] Participa en el establecimiento con un profesional sanitario de objetivos dietéticos alcanzables.</p>	<p><i>[1030]Manejo de los trastornos de la alimentación</i></p> <p>Act: Controlar la ingesta y eliminación de líquidos, según corresponda. Act: Ayudar al paciente a desarrollar la autoestima compatible con un peso corporal sano.</p>

ANEXO 4

**Tabla 9.** Patrón 3: Eliminación

<b>PATRÓN 3: Eliminación</b>		
<b>NANDA-I RELACIONADO CON (R/C) CARACTERÍSTICA DEFINITORIA (C/D)</b>	<b>NOC INDICADORES (Ind)</b>	<b>NIC ACTIVIDADES (Act)</b>
<p><i>[00011]Estreñimiento</i></p> <p><b>R/C</b> Hábitos dietéticos inadecuados</p> <p><b>C/D</b> Cambios en el patrón intestinal habitual</p>	<p><i>[0501]Eliminación intestinal</i></p> <p>Ind: [50101] Patrón de eliminación.</p>	<p><i>[0450] Manejo del estreñimiento/impactación fecal</i></p> <p>Act: Comprobar las defecaciones, incluyendo frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, según corresponda.</p>



ANEXO 5

**Tabla 10.** Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto

<b>PATRÓN 7: Autopercepción-autoconcepto</b>		
<b>NANDA-I RELACIONADO CON (R/C) CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (C/D)</b>	<b>NOC INDICADORES (Ind)</b>	<b>NIC ACTIVIDADES (Act)</b>
<p><i>[00118]Trastorno de la imagen corporal</i></p> <p>R/C: Deterioro del funcionamiento psicosocial y transición del desarrollo</p> <p>C/D: Alteración de la visión del propio cuerpo</p>	<p><i>[1200]Imagen corporal</i></p> <p>Ind: [120005] Satisfacción con el aspecto corporal.</p>	<p><i>[5400]Potenciación de la autoestima</i></p> <p>Act: Instruir a los padres sobre la importancia de su interés y apoyo en el desarrollo de un autoconcepto positivo para sus hijos.</p> <p>Act: Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes.</p>

ANEXO 6

**Tabla 11.** Patrón 7: Autopercepción-autoconcepto

<b>PATRÓN 7: Autopercepción-autoconcepto</b>		
<b><i>NANDA-I</i></b> <b>RELACIONADO CON</b> <b>(R/C)</b> <b>CARACTERÍSTICAS</b> <b>DEFINITORIAS</b> <b>(C/D)</b>	<b><i>NOC</i></b> <b>INDICADORES (Ind)</b>	<b><i>NIC</i></b> <b>ACTIVIDADES (Act)</b>
<p><i>[00119]Baja autoestima crónica</i></p> <p>R/C: Afecto recibido inadecuado y enfermedad psiquiátrica</p> <p>C/D: Culpabilidad</p>	<p><i>[2603]Integridad de la familia</i></p> <p>Ind: [260302] Los miembros manifiestan lazos fuertes con la familia.</p>	<p><i>[8300]Fomentar el rol parental</i></p> <p>Act: Proporcionar la orientación anticipatoria necesaria en los diferentes niveles de desarrollo.</p>

ANEXO 7

**Tabla 12:** Patrón 8: Rol-relaciones

<b>PATRÓN 8: Rol-relaciones</b>		
<b><i>NANDA-I</i></b> <b>RELACIONADO CON</b> <b>(R/C)</b> <b>CARACTERÍSTICAS</b> <b>DEFINITORIAS</b> <b>(C/D)</b>	<b><i>NOC</i></b> <b>INDICADORES (Ind)</b>	<b><i>NIC</i></b> <b>ACTIVIDADES (Act)</b>
<i>[00063] Procesos familiares disfuncionales</i> R/C: Estrategias de afrontamiento ineficaces C/D: Deterioro de las relaciones familiares.	<i>[2602]Funcionamiento de la familia</i> Ind: [260222] Los miembros se apoyan entre sí.	<i>[7100]Estimulación de la integridad familiar</i> Act: Establecer una relación de confianza con los miembros de la familia.

ANEXO 8

**Tabla 13.** Patrón 10. Afrontamiento-tolerancia del estrés

<b>PATRÓN 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés</b>		
<b><i>NANDA-I</i></b> <b>RELACIONADO CON</b> <b>(R/C)</b> <b>CARACTERÍSTICAS</b> <b>DEFINITORIAS</b> <b>(C/D)</b>	<b><i>NOC</i></b> <b>INDICADORES (Ind)</b>	<b><i>NIC</i></b> <b>ACTIVIDADES (Act)</b>
<p>[00210] <i>Deterioro de la resiliencia</i> R/C: Rol parental inconsistente y trastorno psicológico. C/D: Autoestima baja y aislamiento social</p>	<p>[1309] Resiliencia personal Ind: [130903] Expresa emociones.</p>	<p>[8340] <i>Fomentar la resiliencia</i> Act: Facilitar la comunicación familiar.</p>

ANEXO 9

**Tabla 14.** Patrón 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés

<b>PATRÓN 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés</b>		
<b><i>NANDA-I</i></b> <b>RELACIONADO CON</b> <b>(R/C)</b> <b>CARACTERÍSTICAS</b> <b>DEFINITORIAS</b> <b>(C/D)</b>	<b><i>NOC</i></b> <b>INDICADORES (Ind)</b>	<b><i>NIC</i></b> <b>ACTIVIDADES (Act)</b>
<p><i>[00069]Afrontamiento ineficaz</i></p> <p>R/C: Confianza inadecuada en la habilidad para manejar la situación</p> <p>C/D: Incapacidad para manejar la situación</p>	<p><i>[1302]Afrontamiento de los problemas</i></p> <p>Ind: [130218] Refiere aumento del bienestar psicológico.</p>	<p><i>[7150]Terapia familiar</i></p> <p>Act: Determinar las alianzas familiares</p> <p>Act: Compartir el plan de terapia con la familia.</p>

ANEXO 10

**Tabla 15.** Patrón 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés

<b>PATRÓN 10: Afrontamiento-tolerancia del estrés</b>		
<b><i>NANDA-I</i></b> <b>RELACIONADO CON</b> <b>(R/C)</b> <b>CARACTERÍSTICAS</b> <b>DEFINITORIAS</b> <b>(C/D)</b>	<b><i>NOC</i></b> <b>INDICADORES (Ind)</b>	<b><i>NIC</i></b> <b>ACTIVIDADES (Act)</b>
<i>[00141]Síndrome postraumático</i> R/C: Destrucción del propio hogar. C/D: Antecedentes de desvinculación	<i>[1204]Equilibrio emocional</i> Ind: [120412] Mantiene un peso estable.	<i>[5240]Asesoramiento</i> Act: Ayudar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno.