




Miguel Romero-González<sup>1\*</sup>   
Mireia Primé-Tous<sup>1</sup>   
Inés Martín-Villalba<sup>1</sup>   
María Alejandra Martí-González<sup>1</sup> 

<sup>1</sup> Servicio de Psiquiatría y psicología infantil y juvenil.  
Departamento de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil, Instituto  
de Neurociencias, Hospital Clínic de Barcelona, España.

**\*AUTOR DE CORRESPONDENCIA:**

Miguel Romero. Hospital Clínic de Barcelona  
Correo electrónico: [miromero@clinic.cat](mailto:miromero@clinic.cat)

*Trastorno del vínculo en niños con  
trastorno del espectro alcohólico fetal*

*Attachment Disorder in Children with  
Fetal Alcohol Spectrum Disorder*

---

**RESUMEN**

**Introducción:** El síndrome alcohólico fetal y los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF) resultan de la exposición intrauterina al alcohol, y son las causas no heredables más comunes de discapacidad intelectual. Entre personas diagnosticadas de TEAF se ha identificado una mayor prevalencia de alteraciones físicas, cognitivas y conductuales, y mayor psicopatología en el niño, afectando a variables del temperamento que dificultan la creación de un vínculo seguro. Los niños con trastorno del vínculo presentan alteraciones conductuales, emocionales y de interacción social que aparecen asociados a la exposición de un patrón de cuidado caracterizado por negligencia, carencia social o maltrato durante la primera infancia. **Objetivo:** El objetivo del presente trabajo es aportar información sobre los trastornos del vínculo en población diagnosticada de un TEAF, a través de la revisión de la literatura existente y la presentación de dos casos clínicos. Por último, discutiremos sobre la intervención psicoterapéutica en este perfil clínico. **Método:** Estudio de casos clínicos, de dos niños con diagnóstico de TEAF y Trastorno del vínculo, atendidos en nuestro servicio de Psiquiatría y Psicología infanto-juvenil del Hospital Clínic de Barcelona. **Resultado:** Se expondrán las características clínicas y la evolución de los casos durante el tratamiento. **Conclusiones:** Se propone un diagnóstico temprano y una intervención centrada en el vínculo que

**ABSTRACT**

**Introduction:** Fetal alcohol syndrome and fetal alcohol spectrum disorders (FASD) result from intrauterine exposure to alcohol, and are the most common non-heritable causes of intellectual disability. Among people diagnosed with FASD, a higher prevalence of physical, cognitive and behavioral disorders, as well as more psychopathology have been identified in the child, affecting temperament variables that make it difficult to create a secure attachment. Children with attachment disorders show behavioral, emotional and social interaction problems that appear associated with exposure to patterns of care characterized by neglect, social deprivation or abuse during early childhood. **Objective:** The aim of this work is to review the relationship between FASD and attachment disorders, through the review of the existing literature and the presentation of two clinical cases. Finally, we will discuss about the psychotherapeutic intervention in this clinical profile. **Method:** Clinical case study of 2 children with a diagnosis of FASD and attachment disorder, treated in our Child and Adolescent Clinical Psychiatry and Psychology Service at Hospital Clínic in Barcelona. **Results:** The clinical characteristics and the evolution of the cases during the treatment will be presented. **Conclusions:** An early diagnosis and an intervention focused on attachment is proposed, providing a constant and sensitive caregiver, emotionally involved and

garantice un cuidador constante y sensible, involucrado emocionalmente y afectivamente disponible, y a partir de esta intervención, trabajar la sintomatología comórbida. No es posible generalizar los resultados debido a las limitaciones en la revisión y el número de casos.

**Palabras clave:** Síndrome alcohólico fetal; Trastornos del espectro alcohólico fetal; Trastornos del vínculo; Trastorno de apego reactivo; Trastorno de relación social desinhibida.

## INTRODUCCIÓN

### Trastornos del espectro alcohólico fetal

El Síndrome de alcoholismo fetal (SAF) es el principal representante de los trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF). La exposición prenatal al alcohol es uno de los factores de riesgo más prevalentes que produce anomalías a nivel físico, somático, conductual y neurológico en la criatura, y es la principal causa de discapacidad intelectual [1]. Asimismo, hay que destacar que se trata de un factor de riesgo modificable. Los niños expuestos al alcohol en una etapa gestacional, presentan una serie de características más o menos específicas que suponen un mayor riesgo para una afectación funcional, lo que incluye alteraciones a nivel de coordinación motora, a nivel cognitivo (función ejecutiva, atención, memoria), de procesamiento emocional y de percepción social. A largo plazo, estas personas pueden presentar dificultades en el establecimiento de una autonomía e independencia adecuadas a la edad, así como déficits de conducta y dificultades en muchas áreas de desarrollo [2]. En los casos más graves, los niños expuestos al alcohol prenatalmente tienen un patrón de alteraciones en el nacimiento conocido como SAF [3]. Según la OMS, Entre las implicaciones para el niño se encuentra el retraso del crecimiento prenatal y posnatal, una

affectively available, and after this, facilitate the work of comorbid symptoms. The results cannot be generalized due to review limitations and the number of cases.

**Keywords:** Fetal alcohol syndrome, fetal alcohol spectrum disorders, attachment disorder, reactive attachment disorder, disinhibited social engagement disorder.

dismorfología de los rasgos craneales y faciales y expresiones de anomalías en el desarrollo del sistema nervioso central [4].

Si bien el SAF es la forma de TEAF más reconocida clínicamente, otras categorías diagnósticas dentro del continuo de efectos adversos debidos a la exposición al alcohol prenatal sugeridas en los Criterios Revisados del IOM [5] se están definiendo mejor. Estas incluyen síndrome de alcoholismo fetal parcial (SAFp), defectos de nacimiento relacionados con el alcohol (ARBD) y trastorno del neurodesarrollo relacionado con el alcohol (ARND) [6].

En el SAF parcial los niños deben mostrar los rasgos faciales típicos, así como anomalías en una de las otras áreas (crecimiento, estructura o función del sistema nervioso central). A los niños que se incluyen en la categoría ARBD tienen un crecimiento y desarrollo normal (excepto por la facies característica del SAF) pero también muestran anomalías estructurales específicas que están relacionadas con los efectos teratogénicos del alcohol o malformaciones importantes. Por último, la categoría ARND comprende a niños que muestran un crecimiento y un desarrollo estructural normales, pero tienen un patrón característico de comportamiento alterado o anomalías cognitivas que deben ser coherentes con la exposición prenatal al alcohol [6].

El consumo materno de alcohol durante el período gestacional, incluso a niveles bajos o moderados, se asocia con alteraciones en la descendencia también

a nivel psicopatológico. De acuerdo a una revisión sistemática realizada por Easey, Dyer, Timpson y Munafo (2019), existe una asociación positiva entre esta exposición y los efectos en la salud mental de los hijos. Debido a que cada uno de los artículos revisados utilizaron diferentes instrumentos de medida, no fue posible diferenciar entre niveles de exposición intrauterina al alcohol y la relación con cada uno de estas afectaciones. Tampoco se pudo concluir en qué momento de la gestación hay mayores riesgos en el bebé por el consumo de alcohol. Categorizaron los síntomas como ansiedad y depresión (trastornos internalizantes), trastornos de conducta y puntuación total de problemas, señalando una correlación positiva entre la exposición intrauterina al alcohol y la aparición de estos problemas durante el desarrollo [7].

Un diagnóstico temprano en aquellos individuos que han sido expuestos al alcohol es de gran importancia para ofrecer una rápida intervención y una mayor probabilidad de obtener resultados positivos [8]. Actualmente la edad promedio en la que se diagnostica este síndrome es de alrededor de 9,5 años de edad [9]. Aunque este promedio es variable, muchos pueden iniciar un tratamiento a una edad más avanzada o incluso nunca [9].

Entre personas diagnosticadas de TEAF, se ha encontrado una prevalencia significativa de trastornos por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de estrés post-traumático, trastorno oposicionista desafiante, trastorno de apego reactivo, trastorno bipolar, trastornos psicóticos, dificultades de aprendizaje e intelectuales [10]. El TDAH es el diagnóstico de salud mental más frecuentemente informado en niños expuestos al alcoholismo materno severo durante el embarazo, seguido de trastorno depresivo, trastorno oposicionista desafiante, trastornos de conducta y fobia específica [11-16]. La investigación sugiere que las personas expuestas al alcohol durante el desarrollo pueden exhibir cambios notables en el comportamiento social [17]. Los bebés con SAF o los bebés expuestos al alcohol durante el embarazo muestran altos niveles de irritabilidad [18], una variable del temperamento que dificulta la conformación de un apego seguro [19] y un posible

indicador de temperamento difícil posterior y problemas de comportamiento en el niño [20].

### Trastornos del vínculo

Según J. Bowlby (1998), el vínculo primario o apego es el resultado de la relación que una persona genera en la relación con su cuidador primario, generalmente la madre, durante los primeros años de vida. Según sean las experiencias con los cuidadores primarios, el niño o niña desarrollará un tipo de apego. Si son positivas, las necesidades están satisfechas y los cuidadores son sensibles, coherentemente disponibles, perceptivos y empáticos para reflejar los estados internos del niño, entonces existe alta probabilidad de que desarrolle lo que se denomina apego seguro. Las condiciones básicas para el establecimiento del apego seguro implican que la relación afectiva sea a) duradera en el tiempo; b) estable y consistente en el tiempo; y c) comprender un patrón de protección/regulación del estrés. Si no se dan estas condiciones, aumenta el riesgo de desarrollar un apego inseguro [21].

La alimentación, los cuidados, el afecto y la estimulación son los estímulos más importantes para el proceso de auto-organización cerebral, que favorecerá a los niños y niñas el desarrollo de diferentes modos de procesamiento de la información, tanto de su mundo interno como las provenientes de sus entornos. La salud o no del desarrollo cerebral es el resultado de las experiencias positivas o negativas que se derivan de las relaciones interpersonales significativas, en particular con sus progenitores u otros cuidadores [22].

Hay tres tipos de apego inseguro: apego inseguro evitativo, apego inseguro ansioso-ambivalente y el apego desorganizado [23-27]. El apego inseguro no implica una patología, pero sí supone un factor de riesgo [27]. En concreto, el apego desorganizado es un factor de riesgo para la aparición de una amplia variedad de trastornos de salud mental, que se relacionan con la disociación [28], la desregulación emocional [29], el afrontamiento a situaciones estresantes [30], las capacidades de mentalización, o metacognitivas y de reflexión sobre el self [31] y el autocontrol de la agresividad [32].

Los trastornos del apego o del vínculo aparecían ya en la tercera edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III)[33]. Los criterios diagnósticos se han ido revisando en las siguientes ediciones. La quinta edición del Manual de diagnóstico y estadístico (DSM-5) clasifica el **trastorno de apego reactivo (TAR)** y el **trastorno de relación social desinhibida (TRSD)** dentro de los trastornos relacionados con traumas y factores de estrés. El TAR se define como un patrón de comportamiento inhibido y retraído, señalando el distanciamiento de las figuras de cuidado. Pueden presentar episodios explosivos de irritabilidad, miedo o llanto extremo en situaciones donde aparentemente no existe una amenaza. El TRSD, por su parte, se define como una tendencia a la interacción con el entorno de manera indiscriminada, con predominio de una pseudofamiliaridad expresada en el lenguaje y en el comportamiento social. Comparte con el TAR la escasa interacción con el adulto en contextos extraños o de posible amenaza. Las alteraciones conductuales, emocionales y de interacción social que presentan ambos trastornos aparecen asociados al haberse expuesto a un patrón de cuidado caracterizado por la negligencia, carencia social o maltrato durante la primera infancia [34].

Diversas investigaciones sobre el impacto de la negligencia y los malos tratos físicos en bebés y en niños pequeños, han demostrado diferentes formas de atrofia y daño cerebral [35]. Muchos estudios relacionan estas circunstancias vitales con los trastornos del apego [25]. Cuando después del nacimiento la relación madre-bebé tiene características de un apego seguro garantizan el desarrollo sano de la mente infantil [21]. Las madres que dan a luz en circunstancias emocionalmente dolorosas y estresantes, y/o acumulan en sus historias de vida traumas complejos y acumulativos, tienen más dificultad para establecer un contacto afectuoso con sus bebés y muestran mucho menos entusiasmo en el juego con ellos. Estas madres tienen tasas más bajas de oxitocina en la sangre que no se incrementan con la presencia de los signos comunicativos de su bebé [36].

Ciertos futuros bebés sufren ya en el vientre de su madre influencias destructivas, debidas a factores

ambientales como la pobreza, el consumo de drogas o el alcohol por parte de su madre, o las agresiones resultado de la violencia conyugal. La madre seleccionará las informaciones provenientes de su bebé, debiendo enseguida interpretarlas de tal manera que active un sistema de respuestas que crearán el apego infantil [37]. Aunque la mayoría de los niños maltratados y los niños criados en instituciones tienen vínculos inseguros o desorganizados con sus padres biológicos o cuidadores institucionales, la mayoría no desarrolla trastornos del vínculo. Esto plantea la cuestión de la vulnerabilidad y los factores de perpetuación que podrían hacer que algunas personas sean más susceptibles a los efectos de la privación o, posteriormente, a dificultades sociales más persistentes [38].

El TAR y TRSD se diferencian entre ellos en el patrón conductual de interacción social que presentan los niños. Mientras que el primero se caracteriza por una inhibición conductual y un distanciamiento y evitación del contacto con los cuidadores adultos, el trastorno de relación social desinhibida se acerca a los cuidadores de una manera indiscriminada que resulta inadecuada en función del contexto social y cultural. En los trastornos del vínculo, es frecuente que la demanda de ayuda profesional la precipite la aparición de conductas externalizantes que resulten disfuncionales en su entorno, especialmente en el familiar, como son las explosiones de agresividad o irritabilidad, la tendencia oposicionista y desafiante con las figuras de cuidado o la aparición de conductas disociales. En ocasiones son conductas internalizantes como sintomatología ansioso-depresiva o la presencia de somatizaciones las que promueven al entorno la búsqueda de ayuda. Esto implica que con frecuencia se establezcan diagnósticos como trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastorno del espectro autista, trastorno por déficit de atención e hiperactividad o trastorno oposicionista desafiante. Los niños y niñas diagnosticados de trastorno del vínculo pueden cumplir criterios para estos otros diagnósticos. Sin embargo, la globalidad del trastorno no puede ser explicada por éstos. Por ello, es crucial realizar una completa evaluación clínica y de las condiciones psicobiográficas del menor para poder establecer un buen diagnóstico diferencial.

El objetivo del presente trabajo es ofrecer luz a la escasa información que existe en la literatura en la comorbilidad entre SAF y trastornos del vínculo. Para ello, una vez expuesta la revisión de ambos conceptos, así como de los datos de comorbilidad existentes entre ellos, se describen dos casos extraídos de la práctica clínica. Por último, hablaremos de la intervención psicoterapéutica y aspectos destacados del tratamiento con este perfil clínico.

## MÉTODO

El presente trabajo muestra una breve presentación de dos casos clínicos atendidos en el hospital de día de nuestro servicio, a modo de exposición del contenido teórico debatido en este trabajo. Se hace mención también a los resultados cuantitativos de la evaluación psicométrica realizada en ambos casos. Los datos de los pacientes están lo suficientemente enmascarados para garantizar la confidencialidad.

### Instrumentos

En primer lugar, se detallan los instrumentos psicológicos que se han usado para valorar los dos casos que se presentan en el artículo.

- Se administró el cuestionario heteroinformado HoNOSCA (Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents) de Growers et al. (1999), en su adaptación española (Ballesteros-Urpí et al, 2018) Este instrumento informado por la familia y por los clínicos, nos reporta el estado de salud general y la funcionalidad social del menor. Consta de 15 ítems y es interesante porque valora el conocimiento que tiene el paciente y sus familiares de las dificultades del niño, así como de los recursos disponibles para ellos [39,40].
- Para adquirir información clínica y del impacto del funcionamiento diario de la sintomatología del niño en la familia, se utilizó el instrumento de evaluación *Child Behavior Checklist (CBCL/6-18)*. Se desarrolló por Achenbach y Rescorla y tiene una

versión adaptada en español (Inventario del Comportamiento de niños) para padres. Es un cuestionario estructurado con 113 ítems para una población de niños y adolescentes entre los 6 y 18 años. Se utiliza para evaluar psicopatología e informar las principales dificultades afectivas y conductuales que observan los cuidadores en el niño durante los últimos seis meses. Consta de dos partes: 1) valora habilidades del niño, como deportivas, sociales y académicas y 2) consta de una lista de ítems puntuados en escala Likert, donde 0 = nunca o casi nunca, 1 = a veces cierto, 2 = cierto muy a menudo. Estos 113 ítems están agrupados en ocho factores: ansiedad/depresión, aislamiento, quejas somáticas, problemas sociales, problemas de pensamiento, problemas de atención, conducta de romper normas, y conducta agresiva. También, se agrupan en 3 dimensiones superiores: escala interiorizada, escala exteriorizada y total. La escala aporta información para un diagnóstico DSM (Problemas afectivos, problemas de ansiedad, Problemas somáticos, Problemas de Déficit de atención/hiperactividad, Problemas de oposicionismo desafiante, y Problema de conducta) [41].

- El nivel cognitivo de ambos casos se estimó a partir del WISC V (Wechsler Intelligence Scale for Children, quinta edición). Es una prueba clínica que evalúa la inteligencia del niño entre los 6 años y 0 meses a 16 años y 11 meses. Se aplica para el diagnóstico de altas capacidades, de discapacidad intelectual leve o moderada, para trastornos de aprendizaje y alteraciones en la atención. Cuenta con 15 subpruebas, organizadas en tres niveles distintos de interpretación: el CI total, los índices primarios (comprensión verbal, visoespacial, razonamiento fluido, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento) y finalmente los índices secundarios (razonamiento cuantitativo, memoria de trabajo auditiva, no verbal, capacidad general

y competencia cognitiva). Estas subpruebas son específicamente: semejanzas, vocabulario, cubos, información, comprensión, puzzles visuales, matrices, balanzas, aritmética, dígitos, span de dibujos, letras y números, claves, búsqueda de símbolos y cancelación. Para nuestro propósito, fueron de especial interés la puntuación en memoria de trabajo y velocidad de procesamiento por ser índices sumamente relacionados con la capacidad atencional [42].

- La Torre de Londres (TOL) es una tarea de planificación y resolución de problemas que para ser resuelta de manera eficaz implica la puesta en marcha de procesos como organización de la tarea, iniciar el plan y sostenerlo en la memoria durante su realización, inhibir posibles distractores y cambiar de estrategia de modo flexible en aquellos casos que sea necesario [43].
- Por último, para tener una mayor comprensión del funcionamiento de las capacidades atencionales de los menores, se utilizó el CPT-II (Conners Continuous Performance Test- II). Esta prueba (Conners et al., 2000), computarizada, valora diferentes funciones ejecutivas que influyen en los aprendizajes. Aporta una imagen del funcionamiento de la atención selectiva, la atención sostenida o estado de alerta continuo y la impulsividad. Todas ellas son capacidades mermadas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad [44].

### **Caso 1: Ana.**

Ana es derivada al hospital de día infantil a la edad de 8 años y 7 meses. Nació en Rumanía en condiciones de alto riesgo de exclusión social. Su madre biológica provenía de una familia desestructurada con una historia personal de maltrato grave durante su infancia. La gestación fue fruto de su trabajo ejerciendo la prostitución. Al parecer, inicialmente no quería seguir adelante con el embarazo, pero

finalmente continuó sin recibir seguimiento médico alguno. Tenía un consumo enólico prolongado y de otras sustancias mantenido durante el período gestacional, con nula conciencia del riesgo de estas conductas para el neurodesarrollo del feto. Probable retraso en el crecimiento intrauterino; confirmado en el extrauterino. Parto prematuro, sin asistencia médica. Bajo peso al nacer. Nulo seguimiento médico durante primeros años del desarrollo.

En la historia perinatal de Ana destacan aspectos de privación relacional temprana. La madre biológica informa de sentimientos de rechazo al contacto con su hija en los días posteriores al parto. A los 6 meses, su madre la deja a cargo de un familiar con deterioro cognitivo que también cuidaba al hermano de Ana, 12 años mayor que ella; la madre retoma el trabajo sexual, y conviven hasta los 3 años. Se desconocen específicamente las condiciones de Ana durante estos primeros años de vida, pero dado el deterioro de quien fue su cuidadora se esperaban condiciones desprovistas de cuidados básicos y posibles situaciones de abandono extremo. La madre fue presionada para viajar a España por una red de trata de mujeres, y reclamó posteriormente que su hija fuera con ella. Llegó a España con casi 4 años, pero no convivía con su madre sino con una mujer que trabajaba para la misma red. Solo le permitieron verla unos minutos esporádicamente (semanal/quincenal). Se produce entonces una sospecha de la madre de posibles malos tratos y abusos sexuales durante este tiempo y acude a denunciar a las fuerzas de orden público. Madre e hija son trasladadas a una casa de acogida.

En este momento madre e hija llevaban más de un mes sin verse. Desde entonces percibe en su hija signos de alarma como comportamiento altamente sexualizado, autolesiones frecuentes a través de mordiscos, golpes y tricotilomanía. Estos comportamientos se acentúan ante el establecimiento de normas y límites por parte del entorno y ante estados frecuentes de frustración. En el centro se detectan serias dificultades de la madre para ejercer una relación bien-tratante con su hija. Posteriormente es necesario que abandone el recurso por no adaptarse a los aspectos normativos requeridos, al mantener consumo activo de alcohol y otras sustancias. La

madre se plantea el retorno a la prostitución y renuncia temporalmente a la guarda y custodia de su hija produciéndose una situación de desamparo.

Cuando Ana tenía 5 años y 10 meses de edad, se produce el inicio del acogimiento en la familia de acogida actual, formada por un matrimonio y dos hijas 10 y 13 años mayor que ella. Observan desde el inicio gran inquietud motora, retraso del crecimiento, desarrollo del lenguaje retrasado y notables déficits en habilidades cognitivas de función ejecutiva. Vinculación inapropiada desde el inicio, conducta muy desorganizada con episodios repetidos de agresiones y agitación conductual. Las visitas con la madre biológica se producían en un punto de encuentro, pero fueron retiradas temporalmente por la exacerbación de la clínica conductual los días anteriores y posteriores a dichas visitas.

Cuando Ana comienza a ser atendida en el servicio de Hospital de día infantil, se muestra inicialmente muy inquieta. Destaca la ambivalencia en la relación con los profesionales. En ocasiones despliega conductas regresivas escondiéndose y evitando el contacto visual, acercándose a la madre. Progresivamente mejora levemente el contacto. En cuanto al aspecto, presenta una dismorfología facial que sugiere una posible condición médica congénita. Se intuyen desde el inicio dificultades generalizadas a nivel cognitivo, que posteriormente fueron confirmadas psicométricamente, a través de pruebas psicométricas estandarizadas adaptadas a la edad y lenguaje de la paciente. Presentaba enuresis diurna primaria. Se había descartado origen orgánico.

Conductas auto y heteroagresivas ante los límites externos y ante sentimientos de frustración. Escasa tolerancia a la frustración, elevada impulsividad y déficits primarios en habilidades de autocontrol conductual y de regulación emocional.

Impresionaba de un estilo de apego desorganizado, de tipo indiscriminado, que probablemente esté en relación con su historia de traumas tempranos (trauma relacional temprano con figura materna, negligencia y desprotección, posibles abusos físicos y sexuales y proceso migratorio de menor no acompañado).

Interferencia franca en el funcionamiento general, especialmente en la estabilidad familiar, con fantasía de claudicación por parte de familia nuclear,

a excepción de la figura materna, desbordada y abnegada al cuidado de Ana.

El informe de resultados de neuropsicología concluía que la capacidad intelectual se ubica en la zona baja-límite de la normalidad (CI total= 72), con un perfil discrepante obteniendo puntuaciones inferiores en tarea de memoria de trabajo. Destacan la impulsividad y problemas atencionales.

Se establece entonces un programa de tratamiento psicoterapéutico en régimen de hospital de día, con una orientación diagnóstica de: TDAH tipo combinado; TEAF y trastorno del vínculo, tipo TRSD.

En la [tabla 1](#) se presenta un resumen del plan terapéutico individualizado establecido en el hospital de día para el caso de Ana.

### **Caso 2: Juan**

Juan acude al servicio de Salud Mental Infantil y Juvenil a los 11 años de edad, tras reacción agresiva contra la figura materna y constantes amenazas heteroagresivas. Es originario de Rusia y fruto de un cuarto embarazo no controlado. Se retiró la custodia a los padres biológicos a los 9 meses de nacer, tras descubrir enfermedades médicas y negligencia parental, viviendo en un recurso institucional tipo “casa cuna” hasta los 2 años y medio de edad, edad a la que Juan es adoptado.

No se conocen antecedentes familiares médicos ni psiquiátricos, tampoco hay mayor información de la historia perinatal. Sin embargo, hubo un posible consumo de alcohol por parte de la madre durante el embarazo. Como antecedentes médicos de Juan, se conoce que tuvo una hernia diafragmática también una comunicación interauricular con cianosis, intervenida en Rusia al año de edad. Además, parasitosis intestinal al momento de la adopción y estrabismo corregido. Respecto a los hitos del desarrollo, no se conocen detalles antes de su adopción. Se conoce sobre el lenguaje que adquirió el catalán y el castellano sin dificultad y controló esfínteres a los 2 años.

**Tabla 1.** Plan terapéutico Caso 1

Encuadre terapéutico	Objetivo/Intervenciones terapéuticas
Evaluación psicológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista clínica individual</li> <li>- Entrevista clínica familiar</li> <li>- Observación clínica de relación niña-padres.</li> <li>- Evaluación psicométrica:</li> </ul> <p>ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA NIÑOS 5a edición, (WISC-V): Puntuaciones compuestas (media 100, d.t. 15), intervalo confianza al 95%: Comprensión verbal: 76. Visoespacial: -. Razonamiento fluido: 79. Memoria de trabajo: -. Velocidad de proceso: -. Índice General Cognitivo: 72 (67-80). Puntuaciones escalares en los subtests (media 10, d.t. 3): Semejanzas: 6. Vocabulario: 5. Cubos: 4. Puzzles visuales: -. Matrices: 6. Balanzas: 7. Dígitos total: 3. Span de dibujos: -. Claves: 7. Búsqueda de símbolos: -.</p> <p>CONNER'S CONTINUOUS PERFORMANCE TEST CPT-III (puntuación típica, media 50, d.t. 10): Omisiones: 69. Comisiones: 50. Tiempo reacción (TR): 59. Consistencia de los TR: 66. Variabilidad: 66. Detectabilidad d': 56. Estilo respuesta Beta: 57. Perseveraciones: 54. Tiempos de reacción por cambio de bloques: 47. Consistencia de los TR por cambio de bloques: 40. Tiempos de reacción por cambio de latencia de estímulo: 70. Consistencia de los TR por cambio de latencia de estímulo: 66. Índice de confianza perfil clínico: 80 %.</p> <p>TORRE DE LONDRES: (Puntuaciones típicas: media 100, desviación típica 15): Movimientos totales: 96. Problemas resueltos: 82. Transgresión de reglas: 72. Penalización por tiempo: 110. Tiempo de inicio: 90. Tiempo de ejecución: 98. Tiempo de resolución: 102.</p> <p>HONOSCA: Puntuación Total= 36 ; 1. Comportamiento disruptivo, antisocial o agresivo=3; 2. Atención y concentración, hiperactividad=4; 3. Autolesiones no accidentales=2; 4. Alcohol,abuso de sustancias/disolventes= 0; 5. Rendimiento escolar o del lenguaje=3; 6. Enfermedad física o problemas de discapacidad= 1; 7. Alucinaciones y delirios=1; 8. Síntomas somáticos no orgánicos=3; 9. Síntomas emocionales y relacionados=4; 10. Relaciones entre iguales= 3; 11. Cuidado personal y autonomía=4; 12. Vida familiar y relaciones=4; 13. Absentismo escolar= 3.</p> <p>CBCL: CBCLTOTAL PROBLEMS= 76; INTERNALIZING PROBLEMS=72; EXTERNALIZING PROBLEMS =75; Anxious/Depressed= 68; Withdrawn /Depressed= 93; Somatic complaints= 56; Social Problems=87; Thought problems=64; Attention problems=77; Rule-breaking behavior=75; Aggressive behavior=75.</p>
Psicoterapia individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecimiento de clima de seguridad en el espacio terapéutico a través de la terapia de juego, técnicas gráficas proyectivas, etc. manteniendo actitud cálida y afectuosa.</li> <li>- Técnicas operantes para el manejo de las conductas disruptivas.</li> <li>- Entrenamiento en relajación (técnica de la tortuga)</li> <li>- Entrenamiento en habilidades sociales (EHS), con especial atención a contacto físico con el entorno.</li> <li>- Estimulación cognitiva a través de herramientas lúdicas de procesamiento ejecutivo (cartas memory, ...)</li> </ul>
Intervenciones familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecimiento de alianza terapéutica con los padres adoptivos de la paciente.</li> <li>- Psicoeducación en técnicas de modificación de conducta.</li> <li>- Psicoeducación desde el modelo vincular.</li> <li>- Ofrecer acompañamiento y apoyo terapéutico fomentando rol de tutores de resiliencia.</li> <li>- Trabajo terapéutico diada madre-hija, basados en la <i>Child-parent psychotherapy</i>.</li> </ul>
Trabajo con la red	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinación con equipos de protección de la infancia, profesionales encargados del punto de encuentro con la madre biológica, así como escuela, equipo psicopedagógico y todos los servicios implicados en el caso, fomentando una mirada común comprensiva de la expresión del malestar de la paciente a través de las alteraciones de conducta</li> </ul>



El desarrollo psicomotor estuvo dentro de los parámetros normales. Lo describen como un niño activo, muy movido desde pequeño. Cuando llega a su familia adoptiva, la deambulación ya estaba adquirida. Presentaba temblores desde la casa cuna, influyendo en la actualidad en la dificultad en la grafía. Hábitos de alimentación normales, salvo alguna selectividad alimentaria.

A los 2 años y medio, en guardería observan rasgos de hiperactividad, por lo que sugieren valoración. Se valora en el centro de atención temprana y establecen orientación de “inmadurez emocional y trastorno del vínculo”. Cuando Juan tenía 5 años, es diagnosticado de TDAH. De los 6 a los 8 años realiza seguimiento psicológico acudiendo también los padres a terapia grupal en forma de talleres psicoeducativos. En este mismo año, se diagnostica también un TEAF, por lo que se inician estudios en una unidad hospitalaria específica. A nivel escolar presenta mal rendimiento académico y dificultad en la relación con los iguales.

Juan y su familia acuden a visita por una reacción agresiva ante una discusión con la madre, amenazándola con golpearla. En las primeras exploraciones, el estado de conciencia del paciente está conservado. Es colaborador, se muestra sintónico y contacto visual adecuado. Sin embargo, las dificultades que ocasionalmente planteaba para la comprensión del lenguaje sugerían dificultades en el plano cognitivo, que posteriormente se confirmaron psicométricamente. El discurso es espontáneo, fluido y coherente. Se encuentra que tiene dificultades en hábitos de autonomía como lavarse los dientes y bañarse, por lo que debe ser supervisado continuamente. Los padres refieren que duerme mal por miedos: a la oscuridad, a estar solo, a monstruos e insectos. Describen hipersensibilidad a olores y ruidos. Los rasgos faciales de Juan coincidían con los descritos en la literatura sobre el SAF.

Respecto al área afectiva y relacional, los padres comentan que ha habido un empeoramiento anímico, mayor irritabilidad y conductas agresivas, inclusive hurtos en domicilio y provocación de pequeños fuegos. Se destacan conflictos frecuentes con iguales y dificultades para la contención conductual. Se resalta un patrón relacional caracterizado por un exceso en la demanda física y tendencia a ocasionar

rechazo en el entorno. Evidencia un alto malestar ante situaciones que implican abandono o rechazo y se muestra desafiante, e incluso agresivo en situaciones que lo frustran. Los padres describen conductas “inapropiadas” para ser aceptado por otros. No tolera estar solo en casa. Juan muestra una relación con su madre basada en la persecución, la provocación, comprobar su presencia y disponibilidad inmediata.

Juan vive con sus padres adoptivos y una hermana 13 años mayor que él, que es hija biológica de sus padres adoptivos. Los padres describen que en los primeros meses no reaccionaba con llanto, no era un niño que buscara afecto y lo notaban hiporeactivo. Eventualmente esta manera de relacionarse con otros cambia y demanda atención. En la familia, especialmente la madre, en principio se muestra aprehensiva y “sobreprotectora”, sintiendo la necesidad de tenerlo en sus brazos constantemente. Cuando empiezan a surgir conflictos en el ámbito familiar respecto a la conducta de Juan, la madre cuestiona partes del proceso de adopción. En el momento en que inicia el tratamiento psicológico en nuestro servicio presentan escasos recursos subjetivados para la contención conductual y afectiva del menor, dificultad en valorar las actitudes positivas del niño y sobrevaloración de aquellas negativas (hipercriticismo y culpabilización), y ambivalencia afectiva respecto a la claudicación en los roles parentales. Los padres mantienen al inicio una teoría implícita bio-médica de las alteraciones conductuales de su hijo, relacionándolas con el SAF.

Los resultados de la evaluación neuropsicológica concluyeron que el nivel intelectual general se sitúa en el límite entre la zona inferior y la zona baja de la normalidad (CI total: 74). Respecto al resto de funciones evaluadas únicamente se detectan dificultades (más allá de lo que sería explicable por su capacidad cognitiva) en las funciones ejecutivas.

En la [tabla 2](#) pueden apreciarse los resultados obtenidos en las pruebas psicométricas estandarizadas diseñadas para evaluar tales funciones.

Se estableció un programa de tratamiento psicoterapéutico en régimen de hospital de día intensivo, con una orientación diagnóstica de: SAF, TDAH y Trastorno de Vínculo, TAR.

**Tabla 2.** Plan terapéutico Caso 2

Encuadre terapéutico	Objetivo/Intervenciones terapéuticas
Evaluación psicológica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista clínica individual</li> <li>- Entrevista clínica familiar</li> <li>- Observación clínica de relación niño-padres.</li> <li>- Evaluación psicométrica:</li> </ul> <p>ESCALA DE INTELIGENCIA DE WECHSLER PARA NIÑOS 5a edición, (WISC-V): Puntuaciones compuestas (media 100, d.t. 15): Comprensión verbal: 78. Razonamiento fluido: 82. Memoria de trabajo: 85. Cociente intelectual total: 74, intervalo confianza al 90%: 70-81.</p> <p>Puntuaciones escalares en los subtests (media 10, d.t. 3): Semejanzas: 6. Vocabulario: 6. Cubos: 8. Matrices: 7. Balanzas: 7. Dígitos total: 5. Span de dibujos: 10. Claves: 5.</p> <p>CONNERS CONTINUOUS PERFORMANCE TEST CPT-II: (Puntuación típica, media 50, d.t. 10): Omisiones: 45. Comisiones: 49. Tiempo reacción (TR): 51. Consistencia de los TR: 40. Variabilidad: 42. Detectabilidad d?: 50. Estilo respuesta Beta: 44. Perseveraciones: 44. Tiempos de reacción por cambio de bloques: 42. Consistencia de los TR por cambio de bloques: 41. Tiempos de reacción por cambio de latencia de estímulo: 39. Consistencia de los TR por cambio de latencia de estímulo: 36. Índice de confianza perfil clínico: 32%.</p> <p>TORRE DE LONDRES: (Puntuaciones típicas: media 100, desviación típica 15): Movimientos totales: 102. Problemas resueltos: 77. Transgresión de reglas: 80. Penalización por tiempo: 110. Tiempo de inicio: 92. Tiempo de ejecución: 102. Tiempo de resolución: 112.</p> <p>HONOSCA: Puntuación Total= 34 ; 1.Comportamiento disruptivo, antisocial o agresivo=3; 2.Atención y concentración, hiperactividad=4; 3.Autolesiones no accidentales=1; 4.Alcohol,abuso de sustancias/disolventes= 0; 5.Rendimiento escolar o del lenguaje=4; 6.Enfermedad física o problemas de discapacidad= 0; 7.Alucinaciones y delirios=1; 8.Síntomas somáticos no orgánicos=2; 9.Síntomas emocionales y relacionados=4; 10.Relaciones entre iguales= 4; 11.Cuidado personal y autonomía=4; 12.Vida familiar y relaciones=4; 13.Absentismo escolar= 2.</p> <p>CBCL: CBCLTOTAL PROBLEMS= 76; INTERNALIZING PROBLEMS=72; EXTERNALIZING PROBLEMS =75; Anxious/Depressed= 68; Withdrawn /Depressed= 93; Somatic complaints= 56; Social Problems=87; Thought problems=64; Attention problems=77; Rule-breaking behavior=75; Aggressive behavior=75.</p>
Psicoterapia individual	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecimiento de clima de seguridad en el espacio terapéutico a través de la terapia de juego, técnicas gráficas proyectivas, etc. manteniendo actitud cálida y afectuosa.</li> <li>- Técnicas operantes para el manejo de las conductas disruptivas.</li> <li>- Entrenamiento en relajación (entrenamiento autógeno, relajación muscular progresiva, técnica del árbol).</li> <li>- Entrenamiento en habilidades sociales (EHS),</li> <li>- Estimulación cognitiva a través de herramientas lúdicas de procesamiento ejecutivo (cartas memory, ...)</li> </ul>
Intervenciones familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Establecimiento de alianza terapéutica con los padres adoptivos de la paciente.</li> <li>- Psicoeducación en técnicas de modificación de conducta.</li> <li>- Psicoeducación desde modelo vincular.</li> <li>- Terapia multifamiliar para niños y niñas con trastorno del vínculo, y sus cuidadores principales. Trabajo sobre relación vincular madre-hijo (12 sesiones).</li> <li>- Ofrecer acompañamiento y apoyo terapéutico fomentando rol de tutores de resiliencia.</li> </ul>
Trabajo con la red	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coordinación con equipos de protección de la infancia, así como escuela, equipo psicopedagógico y todos los servicios implicados en el caso, fomentando una mirada común comprensiva de la expresión del malestar menor a través de las conductas de extrema inhibición así como las explosiones conductuales.</li> </ul>

## 46 INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA EN TRASTORNOS DEL VÍNCULO DE NIÑOS CON SAF.

En este apartado pretendemos exponer algunos aspectos relevantes a tener en cuenta en el abordaje psicoterapéutico de pacientes diagnosticados de un trastorno del vínculo y SAF asociado. Trataremos de incorporar algunas viñetas clínicas respecto a los casos expuestos para facilitar su comprensión.

La intervención más importante para los niños diagnosticados con un trastorno del vínculo (TAR o TRSD) es garantizar un cuidador constante y sensible que esté involucrado emocionalmente en el niño y afectivamente disponible [45]. El terapeuta debe suponer una experiencia emocional correctora para el menor. El proceso terapéutico debe partir desde un modelo de buenos tratos [25,26], siendo estos buenos tratos una auténtica herramienta reparadora que, gracias a la plasticidad cerebral, fomentan una capacidad de auto-organización cerebral y pueden paliar el impacto de los traumas relacionales tempranos. Es necesario fomentar experiencias emocionalmente correctoras para favorecer aspectos de resiliencia en el niño y en su familia. La resiliencia puede definirse como la capacidad de la persona y de las familias para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecidas pese a las circunstancias desfavorables [46]. Esto es gracias al valor terapéutico de la afectividad y la solidaridad social [47].

Los niños con TAR no tienen un apego seguro con sus cuidadores adultos y aunque algunos niños con TRSD pueden presentar estilos de apego saludables en los centros de menores o en sus hogares con padres adoptivos, muchos no tienen un verdadero apego seguro, sino apegos inseguros.

*A la llegada a nuestro hospital de día, Ana se mostraba complaciente y una actitud seductora con los profesionales. Sin embargo, a medida que pasaban las semanas, cualquier intento de recordar una norma a Ana por parte de algún profesional, desataba conductas opositoras y desafiantes. En ocasiones, llegó a hacer intentos de agredir a algún profesional.*

Los niños con historia de adversidades o abandono, pueden presentar un mayor repertorio

de conductas disruptivas. Esto puede producir dificultades en el manejo del niño por parte de sus padres. Los profesionales de la salud mental deben evaluar el nuevo contexto del menor y valorar si es seguro para que no quepa la posibilidad de una re-traumatización.

*Juan puntualmente explotaba con los compañeros del colegio, agrediendo. En el hospital de día se reproducían situaciones similares. En una ocasión, durante un grupo de habilidades sociales con otros pacientes agredió físicamente a otro chico sin desencadenante aparente. Uno de los terapeutas conductores del grupo decidió apartar a Juan y hablar con él y tratar de calmarlo. Del discurso de Juan emergía un sentimiento de exclusión cuando el terapeuta se dirigía a otro niño. “Cuando se ríe de esa manera le dedicáis toda la atención a él y es como si yo desapareciera”*

Dentro de la seguridad como familia, es importante valorar la estabilidad familiar y la salud mental de los progenitores, así como posibles conductas de violencia que se den en el contexto familiar. Si en algún momento tenemos la sospecha de que el menor está recibiendo malos tratos, es importante notificarlo con la mayor brevedad posible para que no haya más experiencias traumáticas en la vida del menor [45].

*Ana, a través del dibujo, pudo expresar la carencia afectiva que sentía de no ver a su madre biológica. Ana mantenía desde siempre un rol de cuidadora con ella, al haber observado su fragilidad constantemente. Mediante técnicas de juego, a través del uso de muñecos, el terapeuta pudo hacerle entender que los hijos no tienen que cuidar de sus madres.*

A nivel psicoterapéutico siempre se recomienda utilizar una terapia centrada en el vínculo. Es imprescindible trabajar el estilo parental positivo que incluya el establecimiento de límites claros y psicoeducación de técnicas de modificación de conducta [45]. Se desaconsejan terapias que utilicen la coerción física, el reprocesamiento del trauma o promuevan una regresión. Estas terapias no tienen evidencia científica y se han asociado a mayor conducta autolítica y tanática [48].

*La madre de Ana acudió un día a la visita programada con el terapeuta de Ana completamente*

*devastada. El día anterior su hija había tratado de agredirla de una forma más violenta de lo que sucedía hasta entonces. La madre expresó su incapacidad para contener estas conductas en Ana. Decía “entiendo que es una expresión de su dolor y no quiero pararla por si la frustró aún más”. El terapeuta reforzó los métodos de modificación de conducta a la madre de Ana recordándole la necesidad de controlar conductas disruptivas, sin necesidad de desplegar emociones que rechacen a la niña, pero sí a la conducta agresiva.*

No nos podemos olvidar de la sintomatología comórbida. Queremos hacer especial énfasis en la intervención del SAF. La literatura nos indica que debemos plantear un abordaje multidisciplinar y habitualmente debe ser un tratamiento combinado (psicológico y farmacológico). Cabe mencionar la importancia de intervenir de acuerdo a la edad del niño y las capacidades que se han evaluado previamente con instrumentos y escalas neuropsicológicas. Es habitual que el SAF vaya unido a un trastorno del aprendizaje, en este caso es recomendable trabajar sobre las funciones ejecutivas y las habilidades de lecto-escritura. Respecto a la intervención psicoterapéutica, los estudios han evidenciado mayor eficacia en aquellos centrados en el comportamiento y en las habilidades sociales [49]. A este respecto, a continuación en la [tabla 3](#), adjuntamos datos de los resultados psicométricos post-intervención de ambos casos presentados. Como puede apreciarse, la mejora es sustancial en relación a los síntomas internalizantes y externalizantes evaluados por la escala CBCL de Achenbach y en función ejecutiva y atencional (evaluados con Torre de Londres y CPT-II respectivamente). La mejora global se hace presente en las puntuaciones en la escala HONOSCA que valora el funcionamiento global.

Este mismo abordaje sería necesario si nos encontráramos con un trastorno del vínculo y otras comorbilidades. Hay que tratar a nivel psicoterapéutico la sintomatología oposicionista, agresiva u otras conductas desadaptativas que presente el menor. El tratamiento de elección en estos casos sería un programa multisistémico. Éstos incluyen asesoramiento familiar, intervención sistémica con la familia, trabajar las relaciones con los iguales, promover actividades de tiempo libre y

mejorar la competencia escolar. También incluyen contacto diario con las familias para ir monitorizando el progreso [50].

El terapeuta trabajará a través del cuidador para mejorar el manejo conductual del menor. Igualmente importante resulta abordar los problemas asociados en el cuidador, ya que los propios sentimientos de ansiedad, frustración o enojo suponen un obstáculo para conectar emocionalmente con el niño. No es inusual que un cuidador se sienta desconectado del niño y que sienta ira o frustración [45]. La disciplina puede tornarse dura y autoritaria, lo que interfiere aún más con las conductas de apego. El terapeuta ayudará al cuidador a la gestión de estos sentimientos y facilitará su constante disponibilidad emocional para el niño. Uno de los objetivos a trabajar con la familia es situar a los padres en la comprensión empática del hijo, que ha sufrido experiencias de abandono, proporcionando seguridad, firmeza, paciencia y constancia. Con frecuencia es necesario de-codificar la conducta disruptiva del hijo como una expresión de un malestar emocional ulterior.

*En una sesión de grupo multifamiliar “Vincúlate” cuyo objetivo principal era el ofrecer un espacio seguro de reparación vincular entre los hijos e hijas y sus padres, la madre de Juan inició un discurso basado en el criticismo de las conductas disruptivas de su hijo y de cómo éstas le afectaban anímicamente a ella y al resto de miembros de su familia. El terapeuta pidió a todo el grupo (padres, madres y pacientes) que hicieran un dibujo con lo que sentían al oír el discurso de la madre de Juan. Al finalizar la tarea, Juan compartió con el resto del grupo su dibujo. Había dibujado un león y, a lo lejos, un cachorro de león aullando. Según decía “está gritando esperando a que algún león o leona lo oiga y acuda a protegerle, porque tiene miedo”. Este trabajo permitió trabajar con la madre de Juan, y con el resto de progenitores presentes, la “traducción” de algunos comportamientos disruptivos en sus hijos, que son expresión de una desorganización en sus modelos internos de relación por no haber generado un vínculo primario seguro.*

Tabla 3. Resultados psicométricos post-intervención

Caso Ana	Caso Juan
<p>CONNER'S CONTINUOUS PERFORMANCE TEST CPT-II (puntuación típica, media 50, d.t. 10): Omisiones: 45,7. Comisiones: 66,55. Tiempo reacción (TR): 52,10. Consistencia de los TR: 44,34. Variabilidad: 42,75. Detectabilidad d': 66,75. Estilo respuesta Beta: 45,56. Perseveraciones: 48,93. Tiempos de reacción por cambio de bloques: 41,69. Consistencia de los TR por cambio de bloques: 56,64. Tiempos de reacción por cambio de latencia de estímulo: 53,35. Consistencia de los TR por cambio de latencia de estímulo: 50,69.</p> <p>Índice de confianza perfil no clínico % 75,69.</p> <p>TORRE DE LONDRES: (Puntuaciones típicas: media 100, desviación típica 15): Movimientos totales: 94. Problemas resueltos: 70. Transgresión de reglas: 65. Penalización por tiempo: 106. Tiempo de inicio: 90. Tiempo de ejecución: 90. Tiempo de resolución: 97.</p> <p>HONOSCA: Puntuación Total= 23 ; 1.Comportamiento disruptivo, antisocial o agresivo=2; 2.Atención y concentración, hiperactividad=2; 3.Autolesiones no accidentales=0; 4.Alcohol,abuso de sustancias/disolventes= 0; 5.Rendimiento escolar o del lenguaje=3; 6.Enfermedad física o problemas de discapacidad= 1; 7.Alucinaciones y delirios=0; 8.Síntomas somáticos no orgánicos=2; 9.Síntomas emocionales y relacionados=2; 10.Relaciones entre iguales= 2; 11.Cuidado personal y autonomía=4; 12.Vida familiar y relaciones=2; 13.Absentismo escolar= 2.</p> <p>CBCL: CBCLTOTAL PROBLEMS= 59; INTERNALIZING PROBLEMS=56; EXTERNALIZING PROBLEMS =59; Anxious/Depressed= 60; Withdrawn / Depressed= 54; Somatic complaints= 52; Social Problems=57; Thought problems=56; Attention problems=57; Rule-breaking behavior=56; Aggressive behavior=61.</p>	<p>CONNERS CONTINUOUS PERFORMANCE TEST CPT-III: (Puntuación típica, media 50, d.t. 10): Omisiones: 45. Comisiones: 49. Tiempo reacción (TR): 51. Consistencia de los TR: 40. Variabilidad: 42. Detectabilidad d?: 50. Estilo respuesta Beta: 44. Perseveraciones: 44. Tiempos de reacción por cambio de bloques: 42. Consistencia de los TR por cambio de bloques: 41. Tiempos de reacción por cambio de latencia de estímulo: 39. Consistencia de los TR por cambio de latencia de estímulo: 36. Índice de confianza perfil clínico: 32%.</p> <p>TORRE DE LONDRES: (Puntuaciones típicas: media 100, desviación típica 15): Movimientos totales: 96. Problemas resueltos: 100. Transgresión de reglas: 104. Penalización por tiempo: 106</p> <p>Tiempo de inicio: 96. Tiempo de ejecución: 94. Tiempo de resolución: 96.</p> <p>HONOSCA: Puntuación Total= 24 ; 1.Comportamiento disruptivo, antisocial o agresivo=2; 2.Atención y concentración, hiperactividad=2; 3.Autolesiones no accidentales=1; 4.Alcohol,abuso de sustancias/disolventes= 0; 5.Rendimiento escolar o del lenguaje=3; 6.Enfermedad física o problemas de discapacidad= 0; 7.Alucinaciones y delirios=1; 8.Síntomas somáticos no orgánicos=1; 9.Síntomas emocionales y relacionados=2; 10.Relaciones entre iguales= 3; 11.Cuidado personal y autonomía=2; 12.Vida familiar y relaciones=3; 13.Absentismo escolar= 2.</p> <p>CBCL: CBCLTOTAL PROBLEMS= 65; INTERNALIZING PROBLEMS=65; EXTERNALIZING PROBLEMS =54; Anxious/Depressed= 68; Withdrawn / Depressed= 60; Somatic complaints= 73; Social Problems=60; Thought problems=66; Attention problems=69; Rule-breaking behavior=57; Aggressive behavior=52.</p>

La terapia diádica interactiva niño-cuidador principal se utiliza a menudo para tratar los síntomas de TAR [45]. Existen dos terapias con suficiente evidencia empírica a partir de ensayos clínicos aleatorizados. Estas son:

- Child-parent psychotherapy [51]: se basa principalmente en establecer experiencias emocionales entre ambos miembros de la diada. El terapeuta ayuda al cuidador a apreciar la experiencia emocional del niño y la conexión que esto tiene con su propia experiencia emocional.

- Attachment and Biobehavioral Catch Up.[52]: utiliza vídeos grabados de la interacción niño-cuidador para poder moldear la respuesta del cuidador ante el niño.

Ambas buscan reforzar las fortalezas en la interacción, para dar seguridad al cuidador y así poder trabajar posteriormente momentos de frustración.

La intervención farmacológica ocasionalmente es necesaria para tratar sintomatología comórbida al trastorno del vínculo, a saber, TDAH, ansiedad, trastornos del estado de ánimo siempre que éstos estén interfiriendo en la vida diaria del menor. No

está descrita la evidencia de psicofármacos para tratar los síntomas centrales de un trastorno del vínculo. Las guías clínicas nos piden ser cautos con una aproximación farmacológica en este tipo de trastornos, especialmente en preescolares [53].

En una revisión de Zeanah y cols. (2015) concluyen que los niños con TAR parecen responder a un mejor cuidado a partir de la adopción y que mejorarían los signos del trastorno del apego. Sin embargo, solo algunos con TRSD se benefician, lo que podría reflejar diferencias individuales en la capacidad de respuesta al cuidado. No existe literatura que indique en que grado la mejoría de la atención hacia el menor y la reducción de síntomas en éstos, reduce los problemas sociales y emocionales posteriores[38]. Por último, queremos señalar la necesidad de ampliar el conocimiento de intervenciones terapéuticas tanto para niños diagnosticados con TAR, como especialmente los diagnosticados con TRSD.

## CONSIDERACIONES FINALES

En este trabajo hemos tratado de resumir aspectos básicos en relación a los trastornos del vínculo en niños y niñas diagnosticados de TEAF, apoyándonos en la literatura existente, así como en la presentación de dos casos clínicos. Señalamos como principales limitaciones del presente estudio, la metodología ya que la bibliografía no ha sido revisada de manera sistemática. Los casos presentados únicamente se han recogido a modo de ejemplo, sin trabajarlos a partir de una metodología cualitativa que hubiese podido aportar un nivel de conocimiento mayor. También hay que resaltar la escasa literatura encontrada que aborde el trastorno del vínculo y el TEAF en conjunto, como diagnóstico y a partir de una intervención holística. En futuras líneas de investigación sería interesante observar la comorbilidad real de ambos trastornos en una muestra elevada de pacientes atendidos en los servicios de salud, así como la validación de protocolos de actuación sobre la intervención psiquiátrica y psicoterapéutica global en estos casos.

Cuando un cerebro está dañado por una experiencia de malos tratos, como es el caso de la exposición intrauterina a cantidades elevadas de

alcohol, el desarrollo del niño o niña presentará anomalías funcionales que impedirán una proliferación neuronal sana que permita lograr un desarrollo sano. Los TEAF, como el SAF, son una de las causas más prevalentes de discapacidad intelectual en Occidente, afectando la funcionalidad de la persona a largo plazo. Implica alteraciones motoras, cognitivas y conductuales, muchas veces asociadas a otros trastornos comórbidos. Se ha descrito que la exposición al alcohol prenatal en cualquier grado se relaciona con una mayor psicopatología en el niño, afectando a variables del temperamento como una mayor irritabilidad que dificulta la creación de un vínculo seguro y posibilita el desarrollo de problemas de comportamiento en el niño. Todos estos factores, unidos a un patrón de cuidado negligente o carente durante la primera infancia, acaban generando una elevada vulnerabilidad para la aparición de un trastorno del vínculo en la criatura. Es importante señalar que las conductas de cuidado y protección se ponen en marcha antes del nacimiento. El consumo abusivo de alcohol durante el período gestacional puede considerarse, por tanto, como una conducta de negligencia o mal-tratante para el futuro bebé. Una ecología uterina debe estar protegida del consumo de alcohol, medicamentos, drogas y de otros estresores.

Es habitual que la demanda a salud mental de los menores con TEAF y/o Trastorno del vínculo llegue a consulta por la conducta externalizante, en forma de alteraciones de conducta como impulsividad, conductas oposicionistas, negativistas y desafiantes. Hay que tener presente que lo que comparten todos los trastornos del vínculo son las dificultades por establecer lazos relacionales sanos con los demás y las alteraciones de conducta pueden ser una expresión de dichas dificultades. Aunque no nos podemos olvidar de las comorbilidades, la principal intervención psicológica se basa en crear experiencias emocionales positivas entre el niño y sus cuidadores primarios. Asimismo, el terapeuta puede ser otra oportunidad para el establecimiento de un vínculo seguro. A partir de los casos presentados hemos querido plasmar la interrelación que hay entre los diferentes diagnósticos comórbidos que nos lleva a hacer una terapia psicológica holística. Siguiendo la literatura, en muchos casos al mejorar el trastorno

50

del vínculo, a través de experiencias emocionales correctoras, acaba mejorando la sintomatología conductual e internalizante. Por eso proponemos la importancia de una intervención centrada en el vínculo y a partir de ésta, trabajar la sintomatología comórbida. Asimismo, es necesario mantener el seguimiento médico requerido para paliar las dificultades orgánicas que se relacionen con la exposición intrauterina al alcohol.

En definitiva, uno de los ingredientes principales de los procesos terapéuticos en el abordaje de los trastornos del vínculo es ofrecer un ambiente relacional caracterizado por el afecto, el respeto incondicional y los buenos tratos [23,24].

## FINANCIACIÓN/CONFLICTO DE INTERESES

Ayudas o fuentes de financiación total o parcial:  
*inexistentes*

Conflictos de interés: *inexistentes*

## REFERENCIAS

1. Bakoyiannis I, Gkioka E, Pergialiotis V, Mastroleon I, Prodromidou A, Vlachos G D & Perrea D. Fetal alcohol spectrum disorders and cognitive functions of young children. *Reviews in the Neurosciences*. 2014;25(5):631-39. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2014-0029>
2. Dörrie N, Föcker M, Freunscht I, & Hebebrand J. Fetal alcohol spectrum disorders. *European child & adolescent psychiatry*. 2014;23(10):863-75. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0571-6>
3. Jones KL, Smith DW, Ulleland CN, Streissguth AP. Pattern of Malformation in Offspring of Chronic Alcoholic Mothers. *Lancet*. 1973;1:1267-71. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(73\)91291-9](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(73)91291-9)
4. OMS, CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1992.
5. Hoyme HE, May PA, Kalberg WO, Kodituwakku P, Gossage JP, Trujillo PM, Buckley DG, et al. A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996 institute of medicine criteria. *Pediatrics*. 2005;115:39–47. <https://doi.org/10.1542/peds.2004-0259>
6. Manning MA, & Hoyme HE. Fetal alcohol spectrum disorders: a practical clinical approach to diagnosis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2007;31(2):230-38. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.06.016>
7. Easey KE, Dyer ML, Timpson NJ, & Munafò MR. Prenatal alcohol exposure and offspring mental health: A systematic review. *Drug and alcohol dependence*. 2019;197:344-53. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2019.01.007>
8. Streissguth AP, Bookstein FL, Barr HM, et al. Risk factors for adverse life outcomes in Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects. *Developmental and Behavioral Pediatrics*. 2004;25:228–38. <https://doi.org/10.1097/00004703-200408000-00002>
9. Olson HC, Jirikowic T, Kartin D, Astley S. Responding to the challenge of early intervention for Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Infants and Young Children*. 2007;20:172–89. <https://doi.org/10.1097/01.IYC.0000264484.73688.4a>
10. Weyrauch Deland BA, Schwartz Megan BS, Hart Brandon BS, Klug Marilyn G. PhD, Burd L. PhD. Comorbid Mental Disorders in Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Systematic Review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2017;38(4):283-91. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000440>
11. Fryer SL, McGee CL, Matt GE, Riley EP, Mattson SN. Evaluation of psychopathological conditions in children with heavy prenatal alcohol exposure. *Pediatrics*. 2007;119:e733–41. <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1606>
12. Lees B, Mewton L, Jacobus J, Valadez EA, Stapinski LA, Teesson M. & Squeglia LM. Association of prenatal alcohol exposure with psychological, behavioral, and neurodevelopmental outcomes in children from the Adolescent Brain Cognitive Development

- Study. *American Journal of Psychiatry*. 2020. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20010086>
13. O'Connor MJ, Shah B, Whaley S, Cronin P, Gunderson B, Graham J. Psychiatric illness in a clinical sample of children with prenatal alcohol exposure. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2002;28:743–54. <https://doi.org/10.1081/ADA-120015880>
  14. Astley SJ. Profile of the first 1,400 patients receiving diagnostic evaluations for fetal alcohol spectrum disorder at the Washington State Fetal Alcohol Syndrome Diagnostic & Prevention Network. *Can J Clin Pharmacol*. 2010;17:e132–64.
  15. Bell SH, Stade B, Reynolds JN, et al. The remarkably high prevalence of epilepsy and seizure history in fetal alcohol spectrum disorder. *Alcohol Clin Exp Res*. 2010;34:1084–9. <https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.2010.01184.x>
  16. O'Connor MJ, Sigman M, Kasari C. Attachment behavior of infants exposed prenatally to alcohol: Mediating effects of infant affect and mother-infant interaction. *Dev Psychopathol*. 1992;4:243–56. <https://doi.org/10.1017/S0954579400000122>
  17. Kelly SJ, Day N, & Streissguth, AP. Effects of prenatal alcohol exposure on social behavior in humans and other species. *Neurotoxicology and teratology*. 2000;22(2):143-49. [https://doi.org/10.1016/s0892-0362\(99\)00073-2](https://doi.org/10.1016/s0892-0362(99)00073-2)
  18. Coles CD, Platzman KA. Behavioral development in children prenatally exposed to drugs and alcohol. *Int J Addictions*. 1993;28:1393–1433. <https://doi.org/10.3109/10826089309062192>
  19. Meares R, Penman R, Milgrom-Friedman J, Baker K. Some origins of the “difficult” child: The Brazelton scale and the mother’s view of her newborn’s character. *Br J Med Psychol*. 1982;55:77–86. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1982.tb01485.x>
  20. Thomas A, Chess S, Birch HG. *Temperament and behavior disorders in children*. New York University Press; New York: 1968.
  21. Bowlby J. (1998). *Loss: Sadness and depression* (No. 3). Random House.
  22. Siegel DJ. (2007) *La mente en desarrollo*. Bilbao. Desclee de Brouwer.
  23. Ainsworth MDS, Blehar M, Waters E. & Wall S. *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*, Erlbaum, Hillsdale, NJ: 1978. <https://doi.org/10.1037/t28248-000>
  24. Main M, & Solomon J. Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention*. 1990;1:121-160.
  25. Barudy J, & Dantagnan M. *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia*. Editorial Gedisa: 2005.
  26. Barudy J. & Dantagnan M. *Los desafíos invisibles de ser padre o madre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Editorial Gedisa: 2010.
  27. Gonzalo JL, & Pérez-Muga O. *¿Todo niño viene con un pan bajo el brazo? Guía para padres adoptivos con hijos con trastornos del apego*. 2011.
  28. Carlson EA. A prospective longitudinal study of disorganized/disoriented attachment. *Child Development*. 1998;69:1970-9. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1998.tb06163.x>
  29. Conklin CZ, Bradley, R. & Westen D. Affect regulation in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2006;194:69-77. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000198138.41709.4f>
  30. Schore AN. *Affect dysregulation and disorders of the self* (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). WW Norton & Company. 2003.
  31. Bateman AW. & Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-Based Treatment*, Oxford University Press, Nueva York; 2004. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.36.32772>
  32. Lyons-Ruth K. Attachment relationships among children with aggressive behavior problems: The role of disorganized early attachment patterns. *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996;64(1):64. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.64>



33. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
34. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013. (DSM-5). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
35. Bonnier C, Nassogne MC y Eurard P. Outcome and prognosis of whiplash shaken infant syndrome, late consequences after a symptom-free interval. *Review Developmental Medicine and Child Neurology*. 1995;3. <https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.1995.tb11949.x>
36. Swaab D. Somos nuestro cerebro. Como pensamos, sufrimos y amamos. Barcelona. Plataforma; 2014.
37. Brazelton TB. & Cramer BG. La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial. Barcelona. Paidós; 1990.
38. Zeanah CH. & Gleason MM. Annual research review: Attachment disorders in early childhood--clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry*. 2015;56(3):207-22. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12347>
39. Gowers SG, Harrington RC, Whitton A, Lelliott P, Wing J, Beevor A. & Jezzard, R. A Brief Scale for measuring the outcomes of emotional and behavioural disorders in children: HoNOSCA. *The british Journal of Psychiatry*. 1999;174(5):413-16. <https://doi.org/10.1192/bjp.174.5.413>
40. Ballesteros-Urpí A, Pardo-Hernández H, Ferrero-Gregori A, Torralbas-Ortega J, Puntí-Vidal J, Tàpies Olivet P, Izaguirre Eguren J, Vergés Balasch P, Lara Lloveras A, Bertomeu S, Peramiquel M, Herreros V, Vidal À, Font E, Romero S, Garcia M, Lázaro L. & Morer À. Validation of the Spanish and Catalan versions of the Health of the Nation Outcome Scale for Children and Adolescents (HoNOSCA). *Psychiatry Res*. 2018;261:554-59. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.12.057>.
41. Achenbach TM. & Rescorla LA. Multicultural guide for the ASEBA School-Age form & profiles. Burlington, Vt: University of Vermont. Research Center for Children Youth & Families; 2007.
42. Hernández A, Aguilar C, Paradell È, Muñoz MR, Vannier LC. y Vallar F. The effect of demographic variables on the assessment of cognitive ability. *Psicothema*. 2017;29(4):469-74.
43. Injoke-Ricle I, & Burin DI. Memoria de Trabajo y Planificación en niños. Validación de la prueba Torre de Londres. *Neuropsicología Latinoamericana*. 2011;3(2). <https://doi.org/10.5579/rnl.2011.0065>
44. Conners CK, Staff MHS, Connelly V, Campbell S, MacLean M. & Barnes J. Conners' continuous performance Test II (CPT II v. 5). Multi-Health Syst Inc. 2000;29:175-96.
45. Zeanah CH, Chesher T, Boris NW, Walter HJ, Bukstein OG, Bellonci C, ... & Hayek M. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2016;55(11):990-1003. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.08.004>
46. Grotberg EH. A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit (No. 8). The Hague, Netherlands: Bernard van leer foundation; 1995.
47. Cyrulnik B, Barudy J. & Dartagnan M. La resiliencia. Resistir o rehacerse. Barcelona; 2000.
48. Chaffin M, Hanson R, Saunders BE, et al. Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child Maltreat*. 2006;11:76-89. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3281bc0d08>
49. Hospital Vall D'hebron. Síndrome alcohólico fetal-saf. Barcelona, España: Recuperado de: [www.hospital.vallhebron.com/es/enfermedades/sindrome-alcoholico-fetal-saf](http://www.hospital.vallhebron.com/es/enfermedades/sindrome-alcoholico-fetal-saf)
50. Ogden T, Hagen KA. Multisystemic therapy of serious behaviour problems in youth: sustainability of therapy effectiveness two years after intake. *J Child Adolesc Ment Health*. 2006;11:142-49. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00396.x>

51. Dozier M, Peloso E, Lewis E, Laurenceau JP, Levine S. Effects of an attachment-based intervention on the cortisol production of infants and toddlers in foster care. *Dev Psychopathol.* 2008;20:845-59. <https://doi.org/10.1017/S0954579408000400>
52. Lieberman AF, Weston DR, Pawl JH. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Dev.* 1991;62:199-209. <https://doi.org/10.2307/1130715>
53. Gleason MM, Egger HL, Emslie GJ, et al. Psychopharmacological treatment for very young children: contexts and guidelines. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46:1532-72. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e3181570d9e>