



Infanto-Juvenil

Volumen 43 • Número 2 • 2026

EDITORIAL

El reto de ser relevantes

Rosa Calvo Escalona 1

ARTÍCULO ORIGINAL

Intervención recreativa en PortAventura Dreams: impacto en el bienestar de niños, niñas y adolescentes con enfermedades crónicas y sus familias

Annabella García Morán, Pol Ibáñez-Jiménez, Rosa Sandin de la Arada, Paula Querol-Clares, Silvia Ferrer-Moltó y Josep Antoni Ramos-Quiroga 3

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Revisión sistemática sobre apego infantil y su influencia en distintas áreas vitales

Roberto García Sánchez y Samuel Pérez Bravo 15

CASO CLÍNICO

Primer episodio psicótico inducido por alcohol de alta graduación y bebida energética en una adolescente

Júlia de Mas, Aida Ambrós, Eva Daví, Alba Toll, Leyda Cortés y Paloma Varela 34

PERSPECTIVA CLÍNICA

Sensibilidad sensorial, selectividad alimentaria y trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos (TERIA) en niños y adolescentes: un espectro emergente

M.^a Cristina de Hoyos López, Nuria Puente Ubierna, Antonio Pérez Chacón y Manuela Pérez Chacón 43

Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil

ISSN 1130-9512
E-ISSN 2660-7271

Rev Psiquiatr Infanto-Juv 2026,43(2)

La [Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil](#), de periodicidad trimestral, es la publicación oficial de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA). Tiene como finalidad publicar investigaciones que contribuyan al mejoramiento de la calidad de la asistencia clínica, de la docencia y de la gestión de todos los aspectos (teóricos y prácticos) relacionados con la psiquiatría del niño y el adolescente.

Esta revista se encuentra bajo Licencia Creative Commons CC [BY-NC-ND 4.0](#) y sigue los lineamientos definidos por COPE (<https://publicationethics.org/>). Depósito legal: M-6161-2015, Registrada como comunicación de soporte válido 30-R-CM

COMISIÓN DE PUBLICACIONES

Directora

Ana E. Ortiz García

Hospital Clínic de Barcelona. Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS)
dirección.revista@aepnya.org

Secretaría

Paloma Varela Casal

Hospital de Mataró, Barcelona, España.
secretaria.revista@aepnya.org

COMITÉ EDITORIAL

Antía Brañas

Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España.

Carlos Imaz Roncero

Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. Profesor asociado de Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid, España.
cimaz@saludcastillayleon.es

Carmen Moreno

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, CIBERSAM, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), Universidad Complutense de Madrid, España.

César Soutullo

The University of Texas Health Science Center at Houston, Louis A. Faillace, MD, Department of Psychiatry & Behavioral Science, Estados Unidos.

Covadonga Martínez Díaz-Caneja

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, CIBERSAM, Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (IiSGM), España.

Ernesto Cañabate

Clínica Dr.Quintero, Madrid, España.

Francisco Montañés Rada

Fundación Hospital Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, España.

Francisco Rafael de la Peña Olvera

Instituto Nacional de Psiquiatría RFM (INPRFM), Ciudad de México, México.

Helena Romero Escobar

Hospital General de Alicante, Universidad Miguel Hernández, Alicante, España.

Iria Méndez Blanco

Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil Fundación Asistencial Mutua de Terrassa, España.

iriamendez@mutuaterrassa.cat

Inmaculada Baeza Pertegaz

Hospital Clínic de Barcelona, CIBERSAM, Institut D'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Universitat de Barcelona, España.

José Salavert Jiménez

Centro de Salud Mental Infanto-juvenil de Horta-Guinardó, Hospital Sant Rafael, Universitat Autònoma de Barcelona-U.D. Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Pedro Manuel Ruíz Lázaro

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, I+CS Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, Universidad de Zaragoza, España.

Victor Carrión

John A. Turner, M.D. Child and Adolescent Psychiatry, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Stanford University, Estados Unidos.

Victor Pereira-Sánchez

New York University (NYU) Grossman School of Medicine, New York, Estados Unidos.

INDIZADA EN:

Biblioteca Virtual en Salud (BVS)
EBSCO Academic Search Premier
Fuente Académica Plus
REDIB
Dialnet
MIAR
Evaluada en LATINDEX. Catálogo v2.0 (2018 -).

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PSIQUIATRÍA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA (AEPNYA): fundada en 1950. Revista fundada en 1983. Con N.I.F. G79148516 y domicilio en Madrid en la C/Santa Isabel nº51. Inscrita en el Registro Nacional de Asociaciones, con el número 7685. Secretaría Técnica AEPNYA

secretaria.tecnica@aepnya.org

Paseo Arco de Ladrillo 12, Local 2, 47007 Valladolid, España.

SOPORTE TÉCNICO

Glaux Publicaciones Académicas

<https://glaux.es>

Rosa Calvo Escalona MD PhD ^{1*} 

El reto de ser relevantes

1. Presidenta de AEPNYA. Servicio de Psiquiatría y Psicología Infantil y Juvenil. Hospital Clínic de Barcelona. CIBERSAM. Universidad de Barcelona.

***AUTORA DE CORRESPONDENCIA**

Rosa Calvo Escalona
Correo: presidencia@aepnya.org

Asumir la presidencia de la Asociación Española de Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia (AEPNYA) es para mí un enorme honor y, al mismo tiempo, una responsabilidad que afronto con gratitud, respeto e ilusión. Llevo vinculada a esta asociación gran parte de mi trayectoria profesional. Aquí he encontrado referentes, maestros, colegas y amigos; aquí he aprendido que una sociedad científica es mucho más que una estructura organizativa: es una comunidad que acompaña el crecimiento profesional y humano de quienes la integran. Esa ha sido, al menos para mí, la esencia de AEPNYA.

Por eso, antes de mirar hacia el futuro, quisiera reconocer el trabajo de quienes han presidido esta asociación antes que nosotros. Las distintas juntas directivas han contribuido a construir una sociedad científica respetada, rigurosa y comprometida con el desarrollo de la psiquiatría infantil y de la adolescencia en nuestro país. Gracias a su esfuerzo, AEPNYA ha mantenido una voz propia, ha defendido la especialidad en momentos complejos y ha generado espacios de encuentro para varias generaciones de profesionales. Nos corresponde ahora recoger ese legado con la misma responsabilidad con la que fue construido.

Hoy nos encontramos en una situación diferente a la de muchos de nuestros predecesores. La especialidad es ya una realidad consolidada. Las primeras promociones de especialistas están iniciando su trayectoria profesional. Al mismo tiempo, los problemas relacionados con la salud mental, el bienestar emocional y el neurodesarrollo de niños y adolescentes ocupan un lugar cada vez más visible en la agenda social y política. En este contexto, la psiquiatría de la infancia y de la adolescencia está llamada a aportar conocimiento, rigor científico y perspectiva clínica. Pocas veces nuestra

disciplina ha tenido una oportunidad semejante para hacerlo. Y precisamente por ello quizá debamos plantearnos algunas preguntas incómodas.

Durante años hemos reclamado más reconocimiento para nuestra especialidad, más recursos asistenciales, docentes y de investigación, y una mejor atención para niños, adolescentes y familias. Y lo seguiremos haciendo. Sin embargo, ahora que ocupamos un lugar más visible, quizá el desafío más importante no sea lo que los demás deben hacer por nuestra disciplina, sino lo que nosotros estamos dispuestos a hacer con la oportunidad que tenemos delante.

¿Estamos preparados para colaborar más allá de nuestros ámbitos habituales? ¿Para integrar realmente la investigación clínica, las neurociencias y otras disciplinas que enriquecen nuestra comprensión del desarrollo y la psicopatología? ¿Para incorporar con naturalidad a los nuevos especialistas en los espacios donde se toman decisiones? ¿Para revisar algunas de nuestras propias certezas cuando la evidencia nos obligue a hacerlo? ¿Para sostener debates complejos sin convertir las diferencias científicas en trincheras?

La infancia y la adolescencia actuales nos enfrentan a escenarios que hace unos años apenas imaginábamos. Tecnologías digitales omnipresentes, transformaciones culturales aceleradas, nuevas formas de vulnerabilidad y una expansión constante del conocimiento científico. Todo ello exige respuestas rigurosas, pero también capacidad de adaptación. Porque una disciplina madura no es la que tiene respuesta para todo, sino la que sabe replantearse sus preguntas cuando la realidad cambia.

Las generaciones que nos precedieron tuvieron que demostrar que la psiquiatría de la infancia y de la adolescencia merecía existir como campo propio.

2 Nosotros heredamos ese legado y esa responsabilidad. Tal vez nuestra tarea ya no sea demostrar que somos necesarios. El reto puede ser otro.

Mostrar que somos capaces de seguir evolucionando sin perder el rigor. Sin caer en respuestas simples para problemas complejos. Sin confundir presencia pública con influencia científica. Sin confundir actividad con impacto. Sin confundir consenso con conformismo.

Pero también demostrar que una especialidad madura no se limita a hablar de sí misma. Que es capaz de contribuir a los grandes desafíos que afectan a la infancia y la adolescencia allí donde estos se producen: en las familias, en las escuelas, en los entornos digitales, en las comunidades y en las políticas públicas.

Las sociedades científicas no se definen únicamente por su historia ni por quienes las dirigen

circunstancialmente. Se definen por la calidad de las preguntas que son capaces de plantear, por los debates que se atreven a sostener y por su capacidad para conectar el conocimiento científico con las necesidades reales de la sociedad.

Hemos dedicado décadas a construir una especialidad sólida, a generar conocimiento y a defender una atención específica para niños y adolescentes. Y con razón. Sin embargo, la relevancia no es una conquista definitiva. Es una responsabilidad. La responsabilidad de seguir produciendo conocimiento útil. De formar a las nuevas generaciones. De colaborar con otras disciplinas. De participar en los debates que marcarán el futuro de nuestros pacientes y sus familias.

Porque una especialidad no se vuelve relevante cuando más personas hablan de ella. Se vuelve relevante cuando sigue teniendo algo valioso que aportar.

Annabella García Morán^{1, 2, 3} 

Pol Ibáñez-Jiménez^{1, 2, 3 *} 

Rosa Sandín de la Arada⁵

Paula Querol-Clares¹ 

Silvia Ferrer-Moltó¹

Josep Antoni Ramos-Quiroga^{1, 2, 3, 4} 

1. Servicio de Psiquiatría, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, España.

2. Biomedical Network Research Centre on Mental Health (CIBERSAM), Barcelona, España.

3. Grupo de Psiquiatría, Salud Mental y Adicciones, Vall d'Hebron Research Institute (VHIR), Barcelona, España.

4. Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España.

5. Servicio de Trabajo Social, Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid, España.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Pol Ibáñez-Jiménez

Correo: pol.ibanez@vhir.org

*Intervención recreativa en PortAventura
Dreams: impacto en el bienestar
de niños, niñas y adolescentes con
enfermedades crónicas y sus familias*

*Recreational intervention at
PortAventura Dreams: impact on the
well-being of children and adolescents
with chronic illnesses and their families*

RESUMEN

Introducción: Niños y adolescentes con enfermedades médicas crónicas graves o trastorno del espectro autista (TEA) y sus familias suelen experimentar una elevada carga emocional y altos niveles de ansiedad. Aunque las intervenciones recreativas pueden aportar beneficios psicosociales, la evidencia sobre su eficacia es escasa. **Objetivos:** Este estudio evaluó el impacto de una intervención recreativa de seis días en PortAventura Dreams (Tarragona, España) sobre la carga del cuidador, la ansiedad y la calidad de vida pediátrica en 105 pacientes pediátricos y sus cuidadores. **Métodos:** El diseño fue pretest–posttest, sin programación terapéutica estructurada ni profesionales sanitarios, y las evaluaciones se realizaron al inicio, una semana y cuatro semanas después de la intervención, utilizando la Escala de Carga del Cuidador (Zarit), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI/STAIC) y el Cuestionario de Calidad de Vida Pediátrica (PedsQL). **Resultados:** Los análisis estadísticos mostraron reducciones significativas en la carga del cuidador y en los niveles de ansiedad tanto en los niños/adolescentes como en los cuidadores ($p < 0,001$) a lo largo de los tres momentos de evaluación. La calidad de vida pediátrica presentó mejoras leves, pero

ABSTRACT

Introduction: Children and adolescents with severe chronic illnesses or autism spectrum disorder (ASD) and their families often experience a high emotional burden and elevated levels of anxiety. Although recreational interventions may provide psychosocial benefits, evidence regarding their effectiveness is scarce. **Objectives:** This study evaluated the impact of a six-day recreational intervention at PortAventura Dreams (Tarragona, Spain) on caregiver burden, anxiety, and pediatric quality of life in 105 pediatric patients and their caregivers. **Methods:** The design was pretest–posttest, with no structured therapeutic programming or healthcare professionals, and assessments were conducted at baseline, one week, and four weeks after the intervention, using the Caregiver Burden Scale (Zarit), the State-Trait Anxiety Inventory (STAI/STAIC), and the Pediatric Quality of Life Questionnaire (PedsQL). **Results:** Statistical analyses showed significant reductions in caregiver burden and anxiety levels in both children/adolescents and caregivers ($p < 0.001$) across the three assessment points. Pediatric quality of life showed slight but statistically significant improvement ($p < 0.001$). **Conclusions:** These results

4

estadísticamente significativas ($p < 0,001$). **Conclusiones:** Estos resultados sugieren que una intervención recreativa familiar, incluso sin apoyo profesional, puede reducir la carga emocional y la ansiedad en familias con niños con enfermedades crónicas graves o TEA, aunque el impacto sobre la calidad de vida pediátrica requiere mayor investigación.

Palabras clave: enfermedades crónicas, trastorno del espectro autista, intervención recreativa, ansiedad, calidad de vida pediátrica.

suggest that a family recreational intervention, even without professional support, can reduce emotional burden and anxiety in families with children with severe chronic illnesses or ASD, although the impact on pediatric quality of life requires further research.

Keywords: chronic diseases, autism spectrum disorder, recreational intervention, anxiety, paediatric quality of life.

INTRODUCCIÓN

Los niños y adolescentes con enfermedades crónicas o potencialmente mortales, así como aquellos diagnosticados con trastorno del espectro autista (TEA), afrontan desafíos psicosociales persistentes que van más allá del manejo médico. La carga es sistémica, afectando no solo al niño sino también a los cuidadores y al núcleo familiar ampliado. Los padres de niños con condiciones crónicas informan consistentemente niveles elevados de estrés, ansiedad y carga del cuidador, factores que influyen negativamente en la adaptación del niño y en el funcionamiento familiar global (1-3). En el caso del TEA, diversos estudios confirman que los niños experimentan una Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) significativamente menor en comparación con sus pares con un desarrollo típico, con resultados estrechamente vinculados al estrés y al bienestar del cuidador (4). Estas evidencias subrayan la necesidad de intervenciones que aborden simultáneamente la salud psicosocial del niño y de la familia en el contexto de enfermedades graves y trastornos del neurodesarrollo. En las últimas décadas, las intervenciones basadas en el juego y las actividades recreativas han recibido una creciente atención como estrategias no farmacológicas. En el TEA, los programas de juego mediados por los padres han mostrado mejoras pequeñas o moderadas en habilidades de comunicación y lenguaje, junto con reducciones modestas en los rasgos autistas, tal como señalan meta análisis recientes (5). Las intervenciones

estructuradas mediadas por iguales también han logrado mejoras en la competencia social, aunque con evidencia limitada por tamaños muestrales pequeños y heterogeneidad metodológica (6). En el caso de los niños con enfermedades crónicas, la terapia de juego ha mostrado beneficios potenciales. Revisiones sistemáticas señalan mejoras en resultados psicosociales, aunque con limitaciones debido a diseños metodológicos débiles, tamaños muestrales reducidos y ausencia de aleatorización (7). También se han explorado modalidades complementarias, como la terapia con juegos de arena, y los ensayos aleatorios han demostrado una reducción de los problemas emocionales y de conducta (8). Cabe señalar que estas intervenciones suelen realizarse en entornos profesionalizados y con facilitación por parte de personal entrenado.

Los enfoques digitales y basados en el hogar constituyen otro campo emergente. Un meta análisis sobre juegos formativos para niños con TEA mostró mejoras en habilidades sociales y cognitivas, aunque la heterogeneidad en los diseños limita la solidez de las conclusiones (9). Ensayos controlados aleatorizados sobre intervenciones de integración sensorial y juego en el hogar, que requieren la participación de los padres, han demostrado mejoras en el funcionamiento adaptativo y en los perfiles sensoriales (10). Aunque prometedoras, estas estrategias siguen siendo estructuradas, supervisadas y dependientes de la adherencia por parte de adultos o profesionales.

Los campamentos de recreación terapéutica (RT) representan una tercera categoría de intervención. Estos programas combinan actividades de ocio con apoyo psicosocial estructurado y suelen contar con equipos multidisciplinares, incluidos profesionales de la salud. La evidencia procedente de campamentos de RT en Europa y Norteamérica, como el programa *Barretstown*, indica mejoras a corto plazo en la escala CVRS, el funcionamiento emocional y el bienestar familiar en niños con cáncer, diabetes o enfermedades reumatológicas (1, 2). Revisiones sistemáticas apoyan estos beneficios, aunque señalan la variabilidad metodológica, la escasez de resultados a largo plazo y el papel esencial de la facilitación profesional (2, 7). En esencia, los campamentos de RT combinan ocio con terapia, en lugar de ofrecer experiencias puramente recreativas.

En conjunto, la literatura demuestra que los programas estructurados basados en el juego, las intervenciones digitales, los programas domiciliarios y los campamentos de RT pueden generar beneficios psicosociales para los niños y sus familias. Sin embargo, estas intervenciones comparten un elemento definitorio: todas son guiadas, estructuradas y dependen de la facilitación profesional o parental. Además, la evidencia presenta limitaciones recurrentes: muestras pequeñas, heterogeneidad metodológica y falta de seguimiento prolongado.

Un aspecto crítico es la ausencia notable de investigaciones que evalúen el impacto de intervenciones recreativas puramente familiares en contextos de ocio naturales. Según nuestro conocimiento, no existen estudios publicados que examinen de forma sistemática los resultados psicosociales de familias que conviven durante varios días en un entorno de parque temático de uso común, sin currículo terapéutico ni presencia de profesionales sanitarios. La novedad del presente proyecto radica en este vacío: evaluar si seis días de vida familiar compartida en un complejo turístico con parque temático —con villas adaptadas, acceso completo a múltiples parques y sin apoyo estructurado— pueden generar mejoras medibles en la carga del cuidador, la ansiedad y la calidad de vida infantil. Este modelo desplaza la intervención de los entornos clínicos

y estructurados hacia un contexto recreativo cotidiano, accesible para familias sin supervisión médica.

Al situar la intervención en un entorno de parque temático, este estudio examina si una experiencia inmersiva y recreativa centrada en la familia puede proporcionar beneficios psicosociales similares a los documentados en intervenciones estructuradas, pero en un formato naturalista y comunitario. De ser efectiva, esta aproximación podría representar un complemento escalable y de bajo coste a los apoyos psicosociales existentes, ampliando el alcance de la atención integral para familias con condiciones pediátricas graves o complejas. Este planteamiento fundamenta el presente estudio y su evaluación de cuatro resultados principales: carga del cuidador, ansiedad del cuidador, ansiedad pediátrica y CVRS pediátrica, medidos en tres momentos temporales: inicio, una semana y un mes tras la intervención.

Estado actual de la investigación

Los desafíos psicosociales de los niños con enfermedades crónicas o graves y TEA están bien documentados. La investigación ha evaluado distintas intervenciones de apoyo, agrupadas en cuatro grandes categorías: programas basados en el juego, juego terapéutico en enfermedad crónica, intervenciones digitales o domiciliarias y campamentos de RT.

Meta análisis indican que las intervenciones de juego mediadas por los padres pueden generar mejoras pequeñas o moderadas en la comunicación social y el lenguaje, así como reducciones modestas en rasgos autistas (5). Programas mediados por iguales en contextos grupales estructurados también han mostrado mejoras en competencia social, aunque con limitaciones metodológicas relevantes (6).

La terapia de juego se ha explorado como herramienta de apoyo para niños con enfermedades crónicas. Una revisión sistemática señaló mejoras en ajuste psicosocial, aunque con evidencia limitada por la debilidad metodológica de los estudios existentes (7). Ensayos aleatorizados sobre juego de arena en poblaciones pediátricas hospitalizadas han mostrado reducciones en dificultades emocionales y conductuales (8).

6 Intervenciones asistidas por tecnología, como los juegos formativos, han demostrado beneficios en funciones cognitivas y sociales en el TEA, aunque con limitaciones por la heterogeneidad de los estudios (9). Programas domiciliarios de integración sensorial y juego, con fuerte participación parental, muestran mejoras en adaptación y procesamiento sensorial (10). Aunque factibles, siguen siendo intervenciones guiadas y estructuradas.

Programas residenciales que combinan ocio con apoyo psicosocial estructurado han mostrado mejoras en CVRS, funcionamiento emocional y bienestar familiar en niños con cáncer, diabetes o enfermedades reumatológicas (1, 2). Revisiones sistemáticas respaldan estos beneficios, pero advierten de la dependencia de la facilitación profesional, así como de la variabilidad metodológica y los tamaños muestrales reducidos (2, 7).

Los cuidadores de niños con enfermedades crónicas informan niveles elevados de estrés y carga, que afectan al funcionamiento familiar y a los resultados del niño (3). En el TEA, la calidad de vida disminuida se asocia fuertemente con el estrés del cuidador y con factores contextuales (4). La interdependencia entre salud familiar y bienestar del niño es consistente a lo largo de las condiciones crónicas y neurodesarrollos.

La evidencia muestra que intervenciones estructuradas —basadas en el juego, digitales, domiciliarias y campamentos de RT— pueden generar beneficios psicosociales. Sin embargo, todas requieren guía profesional o parental, y la evidencia se ve limitada por la heterogeneidad y la escasez de estudios longitudinales robustos.

MÉTODO

El estudio fue evaluado por el Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Hospital Universitari Vall d'Hebron el 9 de abril del 2020 y se le asignó el código interno PR(AG)106/2020, obteniendo dictamen favorable para su desarrollo en el mismo centro. A su vez, también fue evaluado por el Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid el 26 de abril del 2022 y se le asignó el código interno R-0079/21, obteniendo también dictamen favorable. El estudio no

fue evaluado por el Comité de Ética de Investigación con Medicamentos del Hospital Sant Joan de Déu por no llevarse a cabo ningún procedimiento del estudio en el centro.

El objetivo principal es analizar la evolución de la carga del cuidador, la ansiedad del cuidador, la ansiedad infantil y la calidad de vida pediátrica. Como objetivos secundarios, se examinaron las interrelaciones entre estas variables y el papel de características socio-demográficas y clínicas, en el contexto de una estancia recreativa de seis días en PortAventura Dreams.

Participantes

Los participantes fueron niños y adolescentes de entre 4 y 17 años (edad media = 10,8 años; DE = 3,6; rango 4-17 años; 52,3% varones), que tuvieran diagnóstico de enfermedad crónica grave según el Real Decreto español 1148/2011 o trastorno del espectro autista (TEA) conforme a los criterios del DSM-5. Además, los participantes debían presentar estabilidad clínica confirmada por el médico responsable y no requerir asistencia médica específica durante su estancia. Con la finalidad de definir con precisión la población de estudio, asegurar la validez y fiabilidad de los resultados, así como asegurar la seguridad de los participantes, se excluyeron del estudio los candidatos que estuviesen en una fase aguda de su enfermedad o fuesen hospitalizados de manera recurrente. Además, también se excluyeron aquellas personas con un inicio de su enfermedad menor a 6 meses, condiciones que desaconsejase su participación en una estancia lúdica o requiriesen curas médicas muy recurrentes.

Los participantes fueron reclutados entre marzo de 2023 y diciembre de 2024 en tres hospitales: Hospital Universitari Vall d'Hebron y Hospital Sant Joan de Déu (Barcelona), y Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid).

Procedimiento

Desde el 2019 los tres hospitales participantes, junto con PortAventura Dreams, han llevado a cabo una iniciativa pionera en la que se ha creado un espacio

lúdico para niños y niñas con enfermedades graves y sus familias, gracias a la cual podían disfrutar de una estancia de 6 días en PortAventura Dreams con los gastos sufragados. Estos niños y niñas debían estar vinculados a los diferentes servicios de cada uno de los hospitales implicados en función de la enfermedad que padecían. La elección de las familias candidatas se realizaba previa petición de sus equipos médicos de referencia a través de un comité evaluador formado por médicos, trabajadores sociales y otros profesionales de la salud de cada uno de los hospitales participantes y completamente independiente del estudio. Una vez que las familias eran consideradas elegibles para participar, según criterios clínicos y sociales, eran contactadas e informadas por sus equipos de referencia de su respectivo hospital. Si las familias aceptaban participar en la iniciativa, eran informadas de la posibilidad de participar en el presente estudio. Solo una fracción de las familias que han participado de esta estancia han participado en el estudio. En este punto, el equipo investigador del Hospital Infantil Universitario Niño Jesús y del Hospital Universitari Vall d'Hebron contactaban, respectivamente, a estas familias para citarlas, de manera telemática o presencial, con el fin de explicar y solventar dudas sobre los objetivos, las fases y los requisitos del estudio. Si la cita era presencial y la familia consentía participar, se obtenía en ese momento su consentimiento informado. En cambio, si la cita era telemática, se las citaba de manera presencial para obtener su consentimiento informado siempre por escrito. En el caso particular del Hospital Sant Joan de Déu, los equipos médicos de referencia de las familias y el comité evaluador informaban al equipo investigador del Hospital Universitari Vall d'Hebron de las familias interesadas y este último se encargaba de obtener el consentimiento informado junto con todos los aspectos relacionados con el estudio. En todos los casos, desde los equipos investigadores, siempre se hacía hincapié en que la participación en el estudio era completamente voluntaria e independiente de la estancia.

Las familias que cumplían los criterios y consintieron participar en el estudio realizaron una estancia recreativa de seis días en el complejo PortAventura Dreams. La intervención consistió en alojamiento en

villas adaptadas para hasta seis personas (incluyendo al menos un tutor legal), acceso completo a PortAventura, Ferrari Land y Caribe Aquatic, y cobertura de transporte y comidas. Es importante destacar que no se incluyó ningún programa terapéutico estructurado ni profesionales sanitarios adicionales más allá de los servicios habituales de los parques.

Tanto los menores como uno de sus cuidadores completaron cuestionarios estandarizados en tres momentos temporales: Visita basal (T1), una semana después de la estancia (T2) y cuatro semanas después de la estancia (T3). Para evaluar la medida del cuidador se utilizó la Entrevista de Carga de Zarit (Zarit). La entrevista Zarit mide el nivel de afectación que pueden tener las personas dedicadas al cuidado de otra persona. La entrevista consta de 22 preguntas autoadministradas y se centran en aspectos físicos, emocionales y sociales para evaluar la frecuencia (0 = nunca, hasta 4 = casi siempre) de situaciones estresantes a las que se enfrenta el cuidador. En el estudio se valoró la ansiedad de los participantes mediante el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo para Niños (STAIC), así como la ansiedad de uno de los cuidadores utilizando el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). El cuestionario STAIC es un instrumento autoadministrado que mide la ansiedad en niños de 7 a 15 años. Evalúa la ansiedad como estado y como rasgo, consta de 40 preguntas en total (20 de ellas valoran el estado y otras 20 el rasgo) valoradas con una escala Likert de 1 (nada) a 3 (mucho). Por su parte, el cuestionario STAI es la versión para población adulta del cuestionario STAIC, con la misma cantidad de ítems, y se puntúa de la misma manera. Por último, se quiso también valorar la calidad de vida de los participantes a través del Cuestionario de Calidad de Vida Pediátrica (Pediatric Quality of Life Inventory, PedsQL), con versiones adaptadas por edad. Este cuestionario mide una variable principal llamada CVRS o calidad de vida relacionada con la salud. Está formada por 4 módulos que evalúan el bienestar físico, el bienestar emocional, el bienestar social y el bienestar familiar, mediante escalas Likert de 5 puntos (desde «nunca» = 0 a «casi siempre» = 4), donde los puntajes más bajos indican mejor calidad de vida en la corrección directa sin transformación.

Análisis estadístico

Los datos fueron obtenidos por el equipo investigador coordinador del VHIR y registrados mediante la base de datos electrónica REDCap. El conjunto final incluyó 105 participantes. El acceso y la gestión de datos se centralizaron en el Hospital Universitari Vall d'Hebron, garantizando confidencialidad y procedimientos estandarizados.

Se utilizaron análisis de varianza de medidas repetidas (ANOVA) para evaluar los cambios intrasujeto en T1, T2 y T3 para cada una de las variables de resultado. La prueba de esfericidad de Mauchly se empleó para comprobar el cumplimiento de supuestos; en caso de violación, se aplicaron correcciones de Greenhouse-Geisser.

Se realizaron comparaciones post-hoc pareadas con corrección de Bonferroni y se calcularon tamaños del efecto mediante eta cuadrado parcial (η^2p). Los datos faltantes se manejaron mediante análisis de casos disponibles. Se estableció un valor de significación de $p < 0,05$.

RESULTADOS

La [Tabla 1](#) resume las características sociodemográficas y clínicas basales de los participantes pediátricos ($N = 105$) y de sus cuidadores. La mayoría de los cuidadores eran mujeres (81%; IC 95% [72,1-88]) y la mayoría eran madres (80%; IC 95% [71,1-87,2]). Respecto a la composición familiar, el 55,2% tenía dos hijos, el 32,4% uno, el 11,4% tres y el 1% cinco o más.

Se puede observar que el nivel educativo es muy variable. El 12,4% de los cuidadores había completado solo la educación primaria, el 19% la secundaria, el 39% poseía titulaciones de formación profesional o grado medio y el 29,5% había completado estudios de posgrado, máster o doctorado. En cuanto a la situación laboral, el 58,1% tenía un empleo, el 18,1% estaba de baja médica y el 23,8% estaba desempleado.

Casi la mitad (45,7%) de los cuidadores informó haber tenido participación previa o actual con servicios psicológicos o psiquiátricos. Los diagnósticos autodeclarados más frecuentes fueron ansiedad (21%),

Tabla 1. Resumen de población

Variable	Niveles	Todo*	N
Sexo:	Femenino	85 (81%) [72,1; 88]	105
	Masculino	20 (19%) [12; 27,9]	
¿Cuál es tu relación con el/la menor de edad?	Madre	84 (80%) [71,1; 87,2]	105
	Padre	20 (19%) [12; 27,9]	
	Tutor/a legal	1 (1%) [0; 5,2]	
¿Qué número de menores están a tu cargo en la actualidad?	Uno	34 (32,4%) [23,6; 42,2]	105
	Dos	58 (55,2%) [45,2; 65]	
	Tres	12 (11,4%) [6; 19,1]	
	Cinco o más	1 (1%) [0; 5,2]	
Grado de formación académica	Estudios primarios	13 (12,4%) [6,8; 20,2]	105
	Estudios secundarios	20 (19%) [12; 27,9]	
	Bachillerato, FP o grado medio	41 (39%) [29,7; 49,1]	
	Estudios de posgrado, máster o doctorado	31 (29,5%) [21; 39,2]	

Variable	Niveles	Todo*	N
Estado laboral	Trabajando	61 (58,1%) [48,1; 67,7]	105
	De baja	19 (18,1%) [11,3; 26,8]	
	Desempleado/a	25 (23,8%) [16; 33,1]	
¿Has visitado anteriormente o acudes en la actualidad a un psicólogo o psiquiatra?	Sí	48 (45,7%) [36; 55,7]	105
	No	57 (54,3%) [44,3; 64]	
Depresión (padres)	No	91 (86,7%) [78,6; 92,5]	105
	Sí	14 (13,3%) [7,5; 21,4]	
Ansiedad (padres)	No	83 (79%) [70; 86,4]	105
	Sí	22 (21%) [13,6; 30]	
Trastorno por estrés postraumático (padres)	No	91 (86,7%) [78,6; 92,5]	105
	Sí	14 (13,3%) [7,5; 21,4]	
Trastorno bipolar (padres)	No	105 (100%) [96,5; 100]	105
TDAH (padres)	No	105 (100%) [96,5; 100]	105
Otros (padres)	No	91 (86,7%) [78,6; 92,5]	105
	Sí	14 (13,3%) [7,5; 21,4]	
Sexo de su hijo/a:	Femenino	53 (50,5%) [40,5; 60,4]	105
	Masculino	52 (49,5%) [39,6; 59,5]	
Grado de formación académica de su hijo o hija:	Primaria	62 (59%) [49; 68,5]	105
	Secundaria	40 (38,1%) [28,8; 48,1]	
	FP o grado superior	3 (2,9%) [0,6; 8,1]	
Ha visitado su hijo/a anteriormente o acude en la actualidad a un psicólogo o psiquiatra?	Sí	75 (71,4%) [61,8; 79,8]	105
	No	30 (28,6%) [20,2; 38,2]	
Depresión (paciente)	No	98 (93,3%) [86,7; 97,3]	105
	Sí	7 (6,7%) [2,7; 13,3]	
Ansiedad (paciente)	No	86 (81,9%) [73,2; 88,7]	105
	Sí	19 (18,1%) [11,3; 26,8]	
Trastorno por estrés postraumático (paciente)	No	101 (96,2%) [90,5; 99]	105
	Sí	4 (3,8%) [1; 9,5]	

(continuada)

Tabla 1. Resumen de población (continuada)

Variable	Niveles	Todo*	N
Trastorno bipolar (paciente)	No	104 (99%) [94,8; 100]	105
	Sí	1 (1%) [0; 5,2]	
TDAH (paciente)	No	95 (90,5%) [83,2; 95,3]	105
	Sí	10 (9,5%) [4,7; 16,8]	
Otros (paciente)	No	58 (55,2%) [45,2; 65]	105
	Sí	47 (44,8%) [35; 54,8]	

*: n(%)
[Exact CI]
N: Tamaño total de la muestra
FP: Formación Profesional
TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

depresión (13,3%) y trastorno de estrés postraumático (13,3%). No se indicaron casos de trastorno bipolar ni de TDAH en este grupo.

La muestra pediátrica se equilibró por sexo (50,5% mujeres, 49,5% hombres), con una edad media de 10,8 años (DE = 3,6; rango = 4-17 años). La mayoría cursaba educación primaria (59%), seguida por educación secundaria (38,1%) y la formación profesional superior (2,9%). Una alta proporción (71,4%) tenía cuidados psicológicos o psiquiátricos previos o en curso. Los diagnósticos reportados incluyeron ansiedad (18,1%), depresión (6,7%), trastorno de estrés postraumático (3,8%), TDAH (9,5%), trastorno bipolar (1%) y otras afecciones (44,8%).

En la visita basal, en la entrevista Zarit para cuidadores se observó una puntuación media de 27,2 (DE = 14,1; IC 95% [24,5, 29,9]; mediana = 26 [IQR: 17, 34]). Para los cuidadores adultos, la ansiedad en estado medio (STAI) fue de 25,1 (TEM = 12; IC 95% [22,8, 27,5]) y la ansiedad media por rasgos fue de 21,5 (TEM = 10,8; IC 95% [19,4, 23,6]).

En los participantes pediátricos, los adolescentes de 16 años o más presentaron puntuaciones medias de ansiedad en estado de 23,9 (DE = 15,9) y una ansiedad media por rasgos de 23,6 (DE = 14). Los niños más pequeños evaluados con el STAIC obtuvieron una puntuación de 29,0 (DE = 6,6) para ansiedad estatal y

36,2 (DE = 8,1) para ansiedad por rasgos. Las puntuaciones de calidad de vida pediátrica (PedsQL) por grupo de edad fueron: 33,1 (TEM = 17,8) para edades de 13 a 18 años (n = 39), 35,5 (TEM = 13,3) para edades de 8 a 12 años (n = 43), 28,9 (DE = 11,7) para edades de 5 a 7 años (n = 14) y 24,5 (DE = 23,3) para edades de 2 a 4 años (n = 2).

En la Tabla 2, se puede observar la progresión de la carga del cuidador, la ansiedad del cuidador, la ansiedad pediátrica y la calidad de vida pediátrica en los tres momentos de evaluación (T1 = referencia, T2 = 1 semana después de la intervención, T3 = 4 semanas después de la intervención).

A continuación, se resumen los principales hallazgos relativos a la carga del cuidador, los niveles de ansiedad y la calidad de vida pediátrica en los tres momentos de evaluación: referencia, visita 1 y visita 2.

La puntuación media de la Entrevista de Carga de Zarit disminuyó de 27,2 (DE = 14,1) en la línea base a 25,4 (DE = 15,1) en la visita 1 y 25,5 (DE = 15,8) en la visita 2 (p < 0,001), lo que indica una reducción estadísticamente significativa en la carga del cuidador a lo largo del tiempo.

Las puntuaciones de ansiedad de estado (STAI-Estado) disminuyeron significativamente de 23,9 (TEM = 15,9) al inicio a 17,1 (TEM = 11,8) en la visita 1 y 18,5 (TEM = 9,5) en la visita 2 (p < 0,001).

Tabla 2. Resumen de las escalas

Variable	Visita basal 105 (33,44%) †	Visita 1 105 (33,44%) †	Visita 2 104 (33,12%) †	Valor p
Total Zarit	105 27,2 (14,1) CI [24,5; 29,9] 26 [17, 34]	105 25,4 (15,1) CI [22,5; 28,3] 23 [15, 34]	102 25,5 (15,8) CI [22,4; 28,7] 23 [14, 34,8]	< 0,001
Total STAI A/E	13 23,9 (15,9) CI [14,3; 33,5] 27 [10; 39]	15 17,1 (11,8) CI [10,5; 23,6] 15 [7,5; 25,5]	15 18,5 (9,5) CI [13,2; 23,7] 19 [11; 25,5]	< 0,001
Total STAI A/R	13 23,6 (14) CI [15,1; 32,1] 20 [14; 35]	15 21,1 (12,8) CI [14; 28,2] 20 [9,5; 32,5]	15 20 (9,6) CI [14,7; 25,3] 20 [15; 26,5]	< 0,001
Total STAIC A/E	61 29 (6,6) CI [27,4; 30,7] 27 [24; 33]	58 26,9 (7) CI [25; 28,7] 25,5 [21; 30]	60 28,1 (7,9) CI [26; 30,1] 25 [22; 34]	< 0,001
Total STAIC A/R	61 36,2 (8,1) CI [34,2; 38,3] 36 [29; 44]	58 33,6 (8,2) CI [31,4; 35,7] 31,5 [28; 37,5]	60 33,4 (8,2) CI [31,2; 35,5] 32,5 [26,8; 39]	< 0,001
Total PedsQL 13-18	39 33,1 (17,8) CI [27,3; 38,8] 30 [18; 46]	39 30,8 (15,6) CI [25,7; 35,8] 30 [18,5; 42]	39 30,7 (17,3) CI [25,1; 36,3] 27 [16; 48]	< 0,001
Total PedsQL 8-12	43 35,5 (13,3) CI [31,4; 39,6] 35 [25; 46]	43 31,5 (15) CI [26,8; 36,1] 29 [20; 40,5]	41 28,5 (14,3) CI [24; 33] 30 [19; 38]	< 0,001
Total PedsQL 5-7	14 28,9 (11,7) CI [22,1; 35,6] 29 [22,5; 33,5]	14 31,1 (9,6) CI [25,6; 36,7] 31 [24,5; 38]	15 28,7 (13,1) CI [21,4; 35,9] 28 [17; 40]	< 0,001
Total PedsQL 2-4	2 24,5 (23,3) CI [-185,2; 234,2] 24,5 [16,2; 32,8]	2 27 (11,3) CI [-74,6; 128,6] 27 [23; 31]	2 18 (14,1) CI [-109,1; 145,1] 18 [13; 23]	0,293
Total STAI A/E Padres	105 25,1 (12) CI [22,8; 27,5] 24 [15; 34]	104 18,4 (12,8) CI [15,9; 20,9] 15 [7,8; 28,2]	103 21,6 (13,6) CI [18,9; 24,3] 18 [10,5; 31,5]	< 0,001
Total STAI A/R Padres	105 21,5 (10,8) CI [19,4; 23,6] 21 [13; 29]	104 19,1 (11,5) CI [16,9; 21,4] 17 [11; 26,2]	103 19,4 (11,6) CI [17,1; 21,6] 19 [9; 27]	< 0,001

†

N mean(sd)

[CI95% mean]

median[IQR]

p.value: RM-ANOVA

CI: Intervalo de Confianza (*Confidence Interval*)

PedsQL: Cuestionario de Calidad de Vida Pediátrica (*Pediatric Quality of Life Questionnaire*)

STAI A/E: Inventario de Ansiedad Estado (*State Anxiety Inventory*)

STAI A/R: Inventario de Ansiedad Rasgo (*Trait Anxiety Inventory*)

STAIC A/E: Inventario de Ansiedad Estado para Niños (*State Anxiety Inventory Children*)

STAIC A/R: Inventario de Ansiedad Rasgo para Niños (*Trait Anxiety Inventory Children*)

12 Además, las puntuaciones de ansiedad por rasgos (STAI-Rasgo) también disminuyeron de 23,6 (TEM = 14,0) a 21,1 (TEM = 12,8) y 20,0 (TEM = 9,6) en las visitas posteriores ($p < 0,001$).

En el caso de los niños más pequeños, las puntuaciones de ansiedad por estado (STAIC-Estado) disminuyeron de 29,0 (TEM = 6,6) al inicio a 26,9 (TEM = 7,0) en la visita 1 y 28,1 (TEM = 7,9) en la visita 2 ($p < 0,001$). Las puntuaciones de ansiedad por rasgos (STAIC-Rasgo) también mostraron una reducción significativa de 36,2 (DE = 8,1) a 33,6 (DE = 8,2) y 33,4 (DE = 8,2) ($p < 0,001$).

En lo que respecta a los cuidadores, las puntuaciones de la ansiedad por estado (STAI-Estado) disminuyó significativamente de 25,1 (TEM = 12,0) al inicio a 18,4 (TEM = 12,8) en la visita 1 y 21,6 (TEM = 13,6) en la visita 2 ($p < 0,001$). También se puede observar que la ansiedad por rasgos parentales (STAI-Rasgo) también mostró una reducción significativa de 21,5 (TEM = 10,8) a 19,1 (TEM = 11,5) y 19,4 (TEM = 11,6) ($p < 0,001$).

Si nos centramos en las puntuaciones medias de la escala PedsQL y distinguimos entre edades, observamos que las puntuaciones medias de los participantes entre 13 y 18 años disminuyeron de 33,1 (DE = 17,8) a 30,8 (DE = 15,6) y 30,7 (DE = 17,3) ($p < 0,001$). En los participantes de entre 8 y 12 años también se observa una bajada de 35,5 (DE = 13,3) a 31,5 (DE = 15,0) y 28,5 (DE = 14,3) ($p < 0,001$). En cambio, en los participantes con edades comprendidas entre los 5 y 7 años, se observa que las puntuaciones variaron de 28,9 (DE = 11,7) a 31,1 (DE = 9,6) y 28,7 (DE = 13,1) ($p < 0,001$). Finalmente, en los participantes de entre 2 a 4 años: No se observaron cambios estadísticamente significativos ($p = 0,293$).

DISCUSIÓN

Este estudio demuestra una reducción significativa en la carga del cuidador tras una intervención recreativa de seis días en PortAventura Dreams, consistente con otros resultados previos que indica que los programas recreativos y psicosociales pueden aliviar el estrés del cuidador y mejorar el bienestar emocional (1, 3).

La pausa temporal y las experiencias positivas compartidas que ofrece el programa podrían explicar las reducciones observadas, al proporcionar a los cuidadores un respiro frente a la presión psicológica del cuidado continuo.

También se observaron disminuciones significativas en los niveles de ansiedad estado y rasgo tanto en niños/adolescentes como en sus cuidadores. Estos resultados sugieren que las experiencias recreativas compartidas pueden promover la regulación emocional y reducir los síntomas de ansiedad en ambos grupos. El uso de instrumentos estandarizados y validados (STAI, STAIC, Zarit, PedsQL) fortalece la solidez metodológica de estos hallazgos.

La calidad de vida pediátrica mostró una ligera mejoría tras la intervención, aunque con un tamaño del efecto pequeño. Esto podría reflejar el proceso de adaptación a las rutinas diarias después de la estancia o factores contextuales no relacionados directamente con el programa. Investigaciones futuras deberían aclarar si estos cambios son transitorios o forman parte de una dinámica más amplia asociada al retorno a la vida cotidiana.

Una fortaleza importante del estudio es la heterogeneidad de la muestra, reclutada en tres hospitales de Barcelona y Madrid, incluyendo familias con diversidad educativa y cultural. Esto mejora la validez ecológica y la generalización de los resultados. Además, este trabajo llena un vacío significativo: hasta donde sabemos, ningún estudio previo ha evaluado de manera sistemática el impacto psicosocial de una estancia recreativa centrada en la familia en un parque temático convencional sin apoyo terapéutico profesional. Con 105 pacientes pediátricos y sus familiares reclutados durante dos años, este es uno de los estudios más amplios realizados en este ámbito.

Deben considerarse varias limitaciones. En primer lugar, la ausencia de un grupo de control concurrente impide atribuir de forma definitiva los cambios observados a la intervención y limita las inferencias causales. Esta limitación, sin embargo, debe leerse en el contexto del diseño del estudio: la intervención evaluada es una iniciativa asistencial preexistente, gestionada por

un comité hospitalario independiente del equipo investigador y financiada por la Fundación PortAventura, lo que excluía la posibilidad de asignar aleatoriamente a familias elegibles a no recibirla. Las familias no seleccionadas por el comité no constituían un control válido por la presencia de sesgo de indicación. Algunos elementos del diseño mitigan parcialmente esta limitación. El diseño intrasujeto con tres puntos temporales (basal, una semana y cuatro semanas) permite que cada participante actúe como su propio control, eliminando la confusión por características estables (diagnóstico, edad, nivel socioeducativo, comorbilidad). La inclusión de la evaluación a cuatro semanas (T3) permite además distinguir un efecto transitorio —que se desvanecería entre T2 y T3— de un efecto más sostenido, y el uso de instrumentos validados con datos normativos publicados (Zarit, STAI/STAIC, PedsQL) ofrece marcos comparativos implícitos con poblaciones sanas y clínicas de referencia. Resulta además relevante que las trayectorias observadas no fueran uniformemente favorables: mientras la carga del cuidador y la ansiedad disminuyeron, la calidad de vida pediátrica mostró una ligera mejoría. Esta disociación entre dimensiones es difícilmente atribuible a un sesgo de deseabilidad social o a expectativas positivas generalizadas, que afectarían de forma homogénea a todas las medidas. En segundo lugar, el tamaño muestral reducido en algunos subgrupos por edad (especialmente en participantes de 2-4 y 5-7 años) disminuye la potencia estadística y obliga a interpretar con cautela los resultados desagregados. En tercer lugar, el seguimiento se limitó a cuatro semanas, por lo que no es posible pronunciarse sobre la duración del beneficio observado a medio o largo plazo. A la luz de estas consideraciones, el presente estudio debe entenderse como un primer paso de carácter exploratorio en un área en la que, hasta donde conocemos, no existían datos sistemáticos previos. Los resultados aportan estimaciones de tamaño del efecto y la variabilidad que serán imprescindibles para dimensionar un futuro estudio confirmatorio. Investigaciones posteriores deberían adoptar diseños con grupo de control (idealmente un ensayo aleatorizado con asignación a lista de espera, en el que las familias del brazo de control recibieran la estancia tras completar las evaluaciones,

preservando así el principio de equidad), cohortes ampliadas con análisis estratificado por diagnóstico y seguimientos prolongados (3, 6 y 12 meses) que permitan caracterizar la trayectoria y los mecanismos del efecto observado.

CONCLUSIÓN

Este estudio multicéntrico aporta evidencia novedosa de que una estancia recreativa estructurada en un parque temático convencional puede reducir significativamente la carga del cuidador y la ansiedad en niños y adultos con enfermedades crónicas graves y TEA. Aunque se observaron mejorías pequeñas en la calidad de vida pediátrica, su relevancia clínica parece limitada y podría explicarse por factores contextuales.

En conjunto, los resultados destacan el potencial de integrar experiencias recreativas como complemento dentro de modelos de atención pediátrica integral. Estas intervenciones, si bien no sustituyen al tratamiento médico o psicológico, pueden fortalecer el bienestar emocional, promover estrategias familiares de afrontamiento y reducir la carga psicosocial asociada a enfermedades pediátricas de largo recorrido.

CONFLICTOS DE INTERÉS

El presente estudio se pudo llevar a cabo gracias a la colaboración de la Fundación PortAventura, que facilitó las estancias en PortAventura Dreams Village a todas las familias.

Durante los últimos tres años, J. A. R. Q. ha formado parte de paneles de conferenciantes o ha prestado servicios de consultoría para Biogen, Idorsia, Casen-Recordati, Johnson & Johnson, Novartis, Takeda, Bial, Sincrolab, Neuraxpharm, Lilly, BMS, Medice, Rubió, Uriach, Technofarma y Raffo. Asimismo, ha recibido ayudas de viaje —billetes de avión y alojamiento— de Biogen, Lilly, Idorsia, Johnson & Johnson, Rubió, Takeda, Bial y Medice para participar en reuniones y congresos de psiquiatría. También, durante los últimos tres años, el Departamento de Psiquiatría que dirige ha recibido apoyo no condicionado para actividades educativas y de investigación por parte de las

- 14 siguientes empresas: Exeltis, Idorsia, Casen-Recordati, Takeda, Neuraxpharm, Oryzon, Roche, Probitas, Rubió y Johnson & Johnson.

El resto de los autores declaran no tener conflictos de interés.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer a los siguientes colaboradores no firmantes:

El análisis estadístico fue realizado por la Unidad de Estadística y Bioinformática (UEB) del Vall d'Hebron Hospital Research Institute (VHIR). Un agradecimiento especial a Marcos Esteve Hernández y Santi Pérez-Hoyos.

Asimismo, agradecen a Mireia Forner Puntonet, Marina Martínez Jiménez, Alba Vidal Lluís, Miquel Alabernia Segura, Zineb Zmizem, al Hospital Sant Joan de Déu y al Hospital Universitario Niño Jesús.

REFERENCIAS

1. Saßmann H, Kim-Dorner SJ, Berndt V, Bies-ter T, Dehn-Hindenberg A, Heidtmann B, et al. Understanding Daily, Emotional, and Physical Burdens and Needs of Parents Caring for Children with Type 1 Diabetes. *J Diabetes Res*. 2022; 1-11. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1155/2022/9604115>
2. Stathopoulou A, Fragkiadakis GF. Assessment of psychological distress and quality of life of family caregivers caring for patients with chronic diseases at home. *AIMS Public Health*. 2023; 10(2): 456-68. <https://www.aimspress.com/article/doi/10.3934/publichealth.2023032>
3. Cousino MK, Hazen RA. Parenting Stress Among Caregivers of Children With Chronic Illness: A Systematic Review. *J Pediatr Psychol*. 2013; 38(8): 809-28. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jst049>
4. Tedla JS, Asiri F, Reddy RS, Sangadala DR, Gular K, Kakaraparthi VN. Assessing the quality of life in children with autism spectrum disorder: a cross-sectional study of contributing factors. *Front Psychiatry*. 2024; 15: 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1507856>
5. Deniz E, Francis G, Torgerson C, Toseeb U. Parent-Mediated Play-Based Interventions to Improve Social Communication and Language Skills of Preschool Autistic Children: A Systematic Review and Meta-analysis. *Rev J Autism Dev Disord*. 2024. <https://doi.org/10.1007/s40489-024-00463-0>
6. Chiang FM, Yu YT, Liu MH, Kuo CC, Hsieh CL, Chen KL. A social-competence group intervention featuring didactic teaching and practice in play contexts for preschool children with autism spectrum disorders. *Res Autism Spectr Disord*. 2024; 110. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2023.102286>
7. Thomas S, White V, Ryan N, Byrne L. Effectiveness of play therapy in enhancing psychosocial outcomes in children with chronic illness: A systematic review. *J Pediatr Nurs*. 2022; 63: e72-81. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.10.009>
8. Tan J, Yin H, Meng T, Guo X. Effects of sandplay therapy in reducing emotional and behavioural problems in school-age children with chronic diseases: A randomized controlled trial. *Nurs Open*. 2021; 8(6): 3099-110. <https://doi.org/10.1002/nop2.1022>
9. Gao J, Song W, Huang D, Zhang A, Ke X. The effect of game-based interventions on children and adolescents with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. *Front Pediatr*. 2025; 13: 1-19. <https://doi.org/10.3389/fped.2025.1498563>
10. Baharian N, Raji P, Alizadeh Zarei M, Baghestani AR. Effectiveness of a Sensory Play Activity Program with Parent Engagement for Children with Autism Spectrum Disorder: A Randomized Control Trial. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2023; 17(4): 1-11. <https://doi.org/10.5812/ijpbs-136750>

Roberto García Sánchez^{1*} 
Samuel Pérez Bravo¹ 

1. Universidad Europea de Canarias. Santa Cruz de Tenerife, España.

*AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Roberto García Sánchez
Correo: roberto.garcia@universidadeuropea.es

*Revisión sistemática sobre apego infantil
y su influencia en distintas áreas vitales*

*Systematic review on child attachment
and its influence on different areas of life*

RESUMEN

Introducción: La teoría del apego, central en la comprensión del desarrollo emocional, social y cognitivo infantil, ha sido ampliada por diversos autores tras su conceptualización inicial por Bowlby. Este trabajo revisa de manera sistemática la literatura reciente, centrándose en la influencia de los diferentes estilos de apego en el desarrollo vital y académico de niños y adolescentes. **Objetivo:** Evaluar la relación entre los estilos de apego y su impacto sobre el desarrollo integral y el rendimiento académico en población infanto-juvenil, identificando las implicaciones educativas y sugerencias para futuras intervenciones. **Material y métodos:** Se realizó una revisión sistemática de artículos empíricos (2015-2025) en PubMed y Google Académico, siguiendo el método PRISMA. Se incluyeron estudios en inglés y español, con texto completo y revisados por pares, centrados en la relación entre apego, desarrollo y rendimiento académico. Se excluyeron revisiones, estudios teóricos y aquellos sin aplicabilidad didáctica o sin enfoque en población infanto-juvenil. **Resultados:** Se identificaron cuatro estilos principales de apego: seguro, inseguro-evitativo, inseguro-ambivalente y desorganizado. Apego seguro: Vinculado a mayor autoestima, habilidades sociales y mejor desempeño académico. Apegos inseguros: Asociados a mayor riesgo de dificultades emocionales, menor rendimiento escolar y afectación en la regulación emocional. **Conclusiones:** El establecimiento de vínculos seguros entre cuidadores, docentes y menores es esencial para promover el desarrollo óptimo y prevenir dificultades emocionales y académicas. Se destaca la necesidad de fomentar estrategias educativas y familiares que potencien el apego seguro y de profundizar la

ABSTRACT

Introduction: Attachment theory, a foundational framework for understanding emotional, social, and cognitive development in childhood, has been extended by various scholars following its initial conceptualization by Bowlby. This study provides a systematic review of recent literature, focusing on the influence of different attachment styles on the lifelong and academic development of children and adolescents. **Objective:** To assess the relationship between attachment styles and their impact on the holistic development and academic performance of child and adolescent populations, identifying educational implications and recommendations for future interventions. **Materials and Methods:** A systematic review of empirical articles published between 2015 and 2025 was conducted using PubMed and Google Scholar, following the PRISMA guidelines. Included studies were published in English or Spanish, peer-reviewed, and provided full-text access, with a primary focus on the relationship between attachment, development, and academic achievement. Excluded were theoretical papers, reviews, studies lacking didactic applicability, or those not focused on child and adolescent populations. **Results:** Four primary attachment styles were identified: secure, insecure-avoidant, insecure-ambivalent, and disorganized. Secure attachment was associated with higher self-esteem, improved social skills, and better academic outcomes. Insecure attachment styles were correlated with increased emotional difficulties, lower academic performance, and impaired emotional regulation. **Conclusions:** The establishment of secure attachment relationships between caregivers, educators, and children is critical for fostering optimal development and preventing emotional and academic

16 investigación en apego desorganizado, especialmente en contextos de vulnerabilidad.

Palabras clave: apego, desarrollo infantil, rendimiento académico, estilos de apego, educación.

difficulties. The findings underscore the need to promote educational and family-based strategies that strengthen secure attachment and highlight the importance of further research on disorganized attachment, particularly in vulnerable populations.

Keywords: Attachment, child development, academic performance, attachment styles, education.

INTRODUCCIÓN

Para comprender el desarrollo del vínculo entre cuidadores principales y bebés, Bowlby formuló su teoría apoyada en su experiencia personal. Perteneciente a una familia de clase media alta, vivió la muerte de su padre a los cuatro años y una madre ausente por razones profesionales, lo que llevó a que estableciera un fuerte lazo con su niñera. Esta figura fue tan significativa que la comparó con la pérdida materna, que lo marcó profundamente y despertó su interés por el estudio de los vínculos afectivos.

Bowlby afirmó que la tendencia a crear vínculos emocionales estrechos es una constante humana desde la infancia hasta la vejez. Estos primeros vínculos suelen formarse con el progenitor o figura sustituta, quien provee protección y consuelo (1). Sus ideas principales fueron recogidas en la trilogía *Apego y pérdida: Apego* (1969), *Separación* (1973) y *Pérdida, tristeza y melancolía* (1980).

Gracias a la colaboración con Mary Ainsworth, esta teoría cobró fuerza y fue ampliada por autores como Mary Main y Peter Fonagy, quienes demostraron que los apegos se mantienen durante toda la vida. Según esta perspectiva, el apego consigue potenciar la supervivencia porque se expresa a través de respuestas emocionales adaptativas en contextos de peligro, ligadas al sistema nervioso central, y favorece la protección por parte de los cuidadores (2). Así, Bowlby observó el comportamiento infantil —en presencia y ausencia de la madre—, mostrando cómo estas experiencias influyen directamente en el desarrollo de la personalidad (2).

Bowlby identificó cuatro etapas en la formación del apego (3):

- Búsqueda de intimidad: contacto y mantenimiento de la cercanía con el cuidador.

- Protesta por separación: resistencia ante la separación.
- Base segura: el cuidador es punto de partida para explorar el entorno.
- Refugio seguro: el niño busca al cuidador para apoyo y consuelo (Fig. 2).

López (4) propuso que, además de factores conductuales, existen componentes cognitivos y emocionales responsables del apego (5) (Fig. 3). Cantero (6) argumentó que la calidad del apego también está determinada por modelos mentales que influyen en las conductas y emociones asociadas. Si los cuidadores cuentan con modelos mentales receptivos, el apego es seguro y regulado, generando confianza. De lo contrario, un modelo inadecuado produce inseguridad y desconfianza (7) (Fig. 4).

Bowlby realizó dos aportaciones principales: estableció el apego como un sistema motivacional esencial y biológico, y destacó que las diferencias en su funcionamiento dependen de los modelos internos del individuo (8). Así, este modelo se construye en la infancia en función de quién es el cuidador y su respuesta ante las señales del niño (3). Un cuidador sensible y receptivo generará una imagen positiva, mientras que la insensibilidad provoca desconfianza y percepciones negativas (7).

Mary Ainsworth corroboró empíricamente las teorías de Bowlby con el estudio de Baltimore, en el que introdujo la «situación extraña». Se analizaron comportamientos de madres y bebés en dos contextos (Uganda y Baltimore [Estados Unidos]), concluyendo que los niños africanos mostraban apegos más estables. En esos experimentos, los episodios grabados mostraron cómo la mayoría de los niños restablecía la conexión materna tras breves separaciones, aunque

algunos presentaban respuestas diversas como detener la exploración, mostrar enfado o signos de depresión. Ainsworth observó que la calidad del afecto era más relevante que la cantidad, lo que dio lugar a los actuales estilos de apego (9).

Mary Main profundizó en estos patrones, hallando una correlación entre el tipo de apego de los niños y el estado mental de los padres ante el apego, focalizándose en las representaciones mentales internas. Para ello, desarrolló la «Adult Attachment Interview» (AAI), permitiendo a los adultos reflexionar retroactivamente sobre sus vínculos primarios (10). Main demostró que la calidad de apego en la infancia predecía el desarrollo posterior, y Marinus van Ijzendoorn lo confirmó en 1995 con la AAI. Se concluyó que la puntuación AAI de los padres predice el comportamiento de sus hijos en situaciones similares, perpetuando estilos de apego seguros o evitativos.

Según Main (10), el apego se deriva de la flexibilidad mental de los padres, quienes deben ser sensibles a las necesidades infantiles, construyendo confianza. Peter Fonagy extendió estas ideas, estudiando la transmisión intergeneracional del apego: los padres con mayor capacidad reflexiva tienden a criar hijos más seguros. Fonagy agregó el concepto de sistema mentalizador, que engloba la capacidad de comprender y anticipar las propias conductas y las ajenas (11).

Fonagy propuso tres etapas para la mentalización:

- Equivalencia mental: no se distingue entre mundo interno y externo.
- Simulación: ambos mundos se diferencian.
- Mentalización: capacidad reflexiva avanzada.

Cuando la última etapa no se desarrolla, predomina el apego inseguro, aunque puede revertirse a través de psicoterapia (8). Así, incluso los padres con historias de apego inseguro pueden, mediante la regulación afectiva y la mentalización, criar hijos con apego seguro y bienestar.

TRIÁNGULO DEL APRENDIZAJE

El modelo del Triángulo del aprendizaje de Geddes (12) enfatiza la naturaleza relacional de la experiencia

educativa, postulando que el aprendizaje efectivo surge de la interacción dinámica entre tres vértices: alumno, docente y tarea. Desde una perspectiva psicológica, el estilo de apego de cada alumno condiciona no solo su disposición emocional y actitudinal frente a las tareas, sino también la calidad de las relaciones que establece con sus profesores y compañeros. Así, el apego, al originarse de los primeros vínculos afectivos, actúa como un sistema regulador interno que potencia o limita la exploración, la autorregulación y la apertura al aprendizaje.

- Alumno: Un niño con apego seguro presenta una mayor confianza para explorar y enfrentar desafíos académicos, mostrando resiliencia ante la frustración y mayor capacidad para solicitar ayuda cuando la necesita. Por el contrario, estilos inseguros tienden a asociarse con conductas de evitación o ansiedad, dificultades en la autorregulación y menor implicación en las tareas propuestas.
- Docente: Los profesores pueden funcionar como figuras de apego alternativo dentro del contexto escolar. Su sensibilidad y capacidad de contención emocional resultan clave para promover un clima de confianza y seguridad psicológica, especialmente en estudiantes con historias de apego inseguro.
- Tarea: El tipo de vínculo establecido con la tarea refleja tanto la representación interna que el niño tiene de sí mismo como su percepción de apoyo externo. Estudiantes con apego seguro suelen mostrar mayor perseverancia y motivación intrínseca, mientras que aquellos con estilos inseguros pueden experimentar bloqueos, evitación o sobre-dependencia en el acompañamiento docente.

La psicología del aprendizaje atribuye una importancia central a la calidad de estas interacciones: la presencia de apego seguro favorece la flexibilidad cognitiva, la regulación emocional y el afrontamiento adaptativo de retos; mientras, los apegos inseguros pueden limitar la disposición al aprendizaje colaborativo, la tolerancia al error y el sentido de autoeficacia.

18 Cuando alguna de las conexiones del triángulo se ve afectada por patrones de apego inseguros (ansiosos, evitativos o desorganizados), pueden surgir dinámicas disfuncionales, tales como resistencia a la tarea, relaciones conflictivas con la figura docente o retraimiento social, lo que repercute directamente en el proceso académico.

Comprender el Triángulo del aprendizaje desde esta perspectiva permite a los profesionales de la educación identificar prematuramente indicadores de dificultades, adaptar estrategias pedagógicas y favorecer la formación de vínculos seguros en el aula. El objetivo último es propiciar entornos que potencien la autorregulación, el sentido de pertenencia y la autoestima académica de cada estudiante, con una visión integradora del desarrollo psicológico y social.

Objetivos

El presente estudio tiene como objetivo principal explorar y sintetizar la literatura científica sobre la teoría del apego y su impacto en el desarrollo integral del individuo, con especial atención al rendimiento académico. Para ello, se llevó a cabo una revisión sistemática exhaustiva de los últimos 10 años, utilizando de manera sistemática las bases de datos PubMed y Google Académico en todas las fases del proceso de revisión. Esta estrategia permitió identificar y describir los diferentes tipos de apego, así como analizar cómo cada uno de ellos influye en el desempeño escolar y en diversas áreas del desarrollo humano. De forma específica, se pretende esclarecer las consecuencias que los distintos estilos de apego — desde el seguro hasta el desorganizado— ejercen sobre las dimensiones psicológica, social y emocional de los niños. Se destaca la importancia del apego seguro como factor protector y promotor de resultados positivos en todas las esferas del desarrollo, mientras que se examinan las implicaciones negativas del apego inseguro, que puede dificultar la adaptación social y aumentar la vulnerabilidad a problemas psicológicos y de rendimiento académico.

Asimismo, este trabajo se plantea como punto de partida para futuras investigaciones, especialmente

en el ámbito del apego desorganizado, donde se ha detectado una notable escasez de información y producción científica. Se busca fomentar la generación de conocimiento que permita diseñar e implementar estrategias educativas eficaces para abordar las limitaciones asociadas a los estilos de apego inseguro, promoviendo así un entorno de aprendizaje más inclusivo y enriquecedor.

Con todo esto, se subraya la relevancia de crear vínculos seguros y positivos entre maestros y alumnos desde las primeras etapas educativas, considerándolos un factor clave para el desarrollo de adultos autónomos y resilientes. En este sentido, se promueve la reflexión y el debate sobre el papel de la escuela como espacio de seguridad y contención emocional, donde los niños puedan explorar y aprender con confianza.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una búsqueda sistemática siguiendo las directrices del método PRISMA, utilizando las bases de datos académicas Google Académico y PubMed. La búsqueda se ejecutó el 2 de julio de 2025, con el objetivo de identificar estudios relevantes publicados entre los años 2015 y 2025, centrándose en la literatura más reciente y relevante sobre el apego infantil, coincidiendo con la consolidación de nuevas líneas de investigación y la aparición de instrumentos de evaluación actualizados en el ámbito del apego y el desarrollo académico.

En la base de datos se buscó mediante filtros los artículos que cumplieran con el conjunto de criterios de inclusión que permitieran ser utilizados. Se incluyeron artículos de texto completos en inglés y español, artículos empíricos y textos académicos (incluidas tesis doctorales, cuando estuvieron disponibles).

Para ello, se han empleado las siguientes fórmulas booleanas combinando términos clave mediante operadores lógicos:

- En Google Académico: (intitle:“apego” OR intitle:“apego en la escuela” OR intitle:“apego y psicoterapia” OR intitle:“apego infantil”) -revisión -“systematic review” -“literature review”

- En PubMed: (apego[Title] OR “apego en la escuela”[Title] OR “apego y psicoterapia”[Title] OR “apego infantil”[Title] OR attachment[Title] OR “school attachment”[Title] OR “attachment and psychotherapy”[Title] OR “child attachment”[Title])AND(“2015/01/01”[Date-Publication]: “2025/12/31”[Date - Publication]) NOT (review[Publication Type] OR “systematic review”[Title] OR “literature review”[Title])

Se han aplicado los siguientes **criterios de inclusión**:

- Artículos publicados entre 2015 y 2025.
- Foco temático explícito en la interrelación entre apego infantil, psicoterapia y educación.
- Enfocados en etapas educativas infantiles y adolescentes.
- Publicaciones en inglés o español, con texto completo disponible y de acceso restringido y abierto.

Los **criterios de exclusión** han sido:

- Documentos duplicados.
- Estudios de revisión teórica, revisión sistemática o metaanálisis.
- Publicaciones sin revisión por pares.
- Estudios centrados exclusivamente en educación superior.
- Artículos con tratamiento tangencial del tema o sin desarrollo conceptual ni aplicabilidad didáctica.
- Falta de disponibilidad del texto completo al momento de la búsqueda.

La selección de los estudios se llevó a cabo en dos fases sucesivas (cribado por título y resumen, y lectura del texto completo) por los dos autores de manera independiente. En la primera fase, ambos revisores aplicaron de forma autónoma los criterios de inclusión y exclusión sobre el conjunto de registros identificados en la búsqueda. Las discrepancias surgidas entre

ambos revisores se resolvieron mediante discusión consensuada; en caso de no alcanzarse acuerdo, se estableció que la decisión final correspondería al revisor con mayor experiencia en el área. En la segunda fase, los artículos preseleccionados fueron evaluados a texto completo siguiendo el mismo procedimiento, registrándose en todos los casos los motivos de exclusión.

La búsqueda inicial arrojó 3110 resultados en Google Académico y 235 en PubMed. Tras aplicar los filtros y realizar una lectura preliminar, se han seleccionado 23 artículos: 23 provenientes de Google Académico y 0 de PubMed. Este corpus documental constituye la base empírica sobre la que se fundamenta el análisis y las propuestas didácticas del presente trabajo.

En la primera búsqueda se obtuvo un total de 3345 artículos, como se muestra en el diagrama de flujo en la [Figura 1](#) para Google Académico y PubMed. Sin embargo, cuando fueron revisados, se descartaron aquellos sin revisión por pares, con títulos duplicados, eran artículos de revisión, no enfocados en etapas educativas infantiles y adolescentes, con tratamiento tangencial del tema o sin desarrollo conceptual ni aplicabilidad didáctica, con contenido incompleto o que presentaban ausencia de resumen; ante esto, el número de artículos se redujo a 659.

En la segunda y tercera preselección se excluyeron 636 por falta de pertenencia o solidez, por lo que se redujo el número de artículos a 23 atendiendo a los criterios de inclusión, como se puede observar en la [Figura 1](#).

La extracción de datos de los estudios incluidos fue realizada de forma independiente por los dos autores mediante un formulario estandarizado, recogiendo: autores, año, país, muestra, diseño, instrumento de medida del apego, variables de resultado y principales hallazgos. Las discrepancias se resolvieron por consenso.

Dado que el número de estudios incluidos ($n = 23$) es inferior al umbral recomendado ($k \geq 10$) para la construcción de un gráfico de embudo formal, la posibilidad de sesgo de publicación se valoró cualitativamente, considerando la diversidad de fuentes y las bases de datos consultadas.

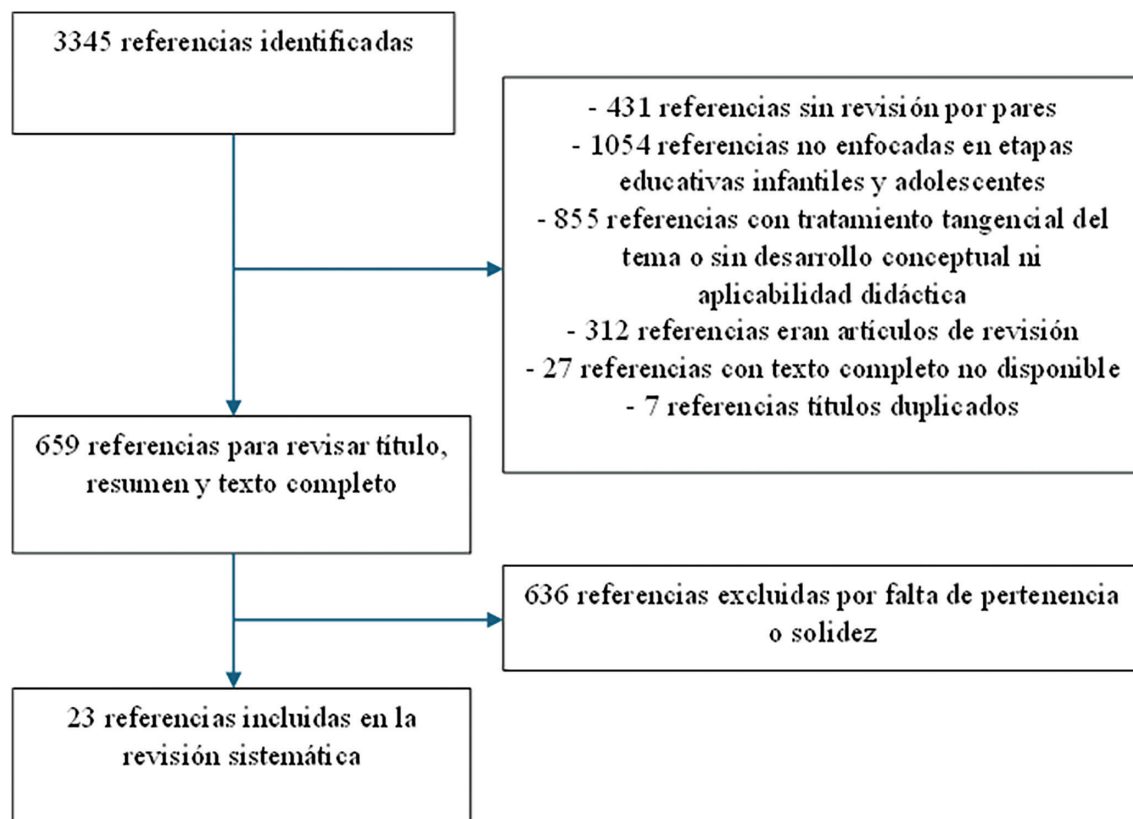


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de búsqueda, cribado, evaluación e inclusión de estudios en Google Académico y PubMed, adaptado al método PRISMA.

Los resultados de este estudio indican que el apego en el entorno escolar ha sido estudiado en relación con la autoestima, los padres, los compañeros, los rasgos de la personalidad, las dificultades de alfabetización y el rendimiento académico. La evaluación de esta última variable es muy complicada ya que no se encontró un alto grado de asociación, es decir, no se observó correlación estadísticamente significativa. Esto puede deberse a la necesidad de evaluar otras variables que pueden interferir con los resultados, como el nivel motivación, metodología de evaluación del rendimiento académico, etc. Los detalles de los 23 artículos utilizados para realizar este análisis se muestran en la [Tabla 1 \(13-35\)](#).

Esta revisión sistemática no fue registrada prospectivamente en PROSPERO debido a su naturaleza académica, si bien se siguieron íntegramente las directrices PRISMA 2020.

La evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos se realizó de forma independiente por los dos autores, siguiendo las recomendaciones de la Declaración PRISMA 2020. Para los estudios empíricos cuantitativos se aplicó la herramienta RoB 2 (Revised Cochrane Risk of Bias Tool), valorando cinco dominios: (1) sesgo derivado del proceso de aleatorización, (2) sesgo por desviaciones de las intervenciones previstas, (3) sesgo por datos de resultado perdidos, (4) sesgo en la medición del resultado y (5) sesgo en la selección del resultado comunicado. Para los estudios observacionales se utilizó la escala Newcastle-Ottawa (NOS), que evalúa la selección de los participantes, la comparabilidad de los grupos y la medición de los resultados. Las discrepancias entre revisores se resolvieron mediante discusión consensuada; en caso de persistir el desacuerdo, la decisión fue adoptada por el primer autor.

Tabla 1. Estudios incluidos en la revisión sistemática tras el proceso de cribado ($n = 23$)

Autor	Año	Tipo de estudio	Variables criterios	Resultados principales
Apego seguro				
Acevedo, Guajardo & Monje-Ojeda (13)	2024	Observacional microanalítico	Calidad/patrón de apego (15-20 m)	Errores comunicativos maternos predicen el 71,5% de la varianza en calidad de apego
Álvarez Navarrete et al. (14)	2019	Descriptivo	Tipo de apego (seguro, ansioso, evitativo)	1-3 años: mayor porcentaje de apego seguro asociado a conducta cuidadora sensible
Andrade Zúñiga et al. (15)	2018	Correlacional	Seguridad del apego	Sensibilidad cuidadora predice seguridad del apego en preescolares
Bortolini & Piccinini (16)	2015	Estudio de casos	Seguridad del apego del hijo	Coincidencia entre cuidado afectivo recibido por madres y apego seguro del hijo (transmisión intergeneracional)
Descarpenteries & Tereno (17)	2024	Ensayo clínico-piloto	Mentalización y seguridad del apego	Feedback por vídeo mejora mentalización parental y aumenta tasas de apego seguro
Ferreyros Peña (18)	2017	Cuasiexperimental (grupo intervención-control)	Desarrollo infantil (motor, cognitivo, lenguaje, socioemocional)	Programa materno ↑ apego seguro (92,9% vs 62,5%) y todas las áreas de desarrollo
Machaca Ayala & Sosa Tirado (19)	2022	Correlacional	Habilidades sociales 4 años	Apego seguro correlaciona ($p = 0,60$) con habilidades sociales adecuadas
Mamani Quispe & López Venancio (20)	2024	Correlacional	Adaptación preescolar 3-5 años	Apego seguro moderado-alto favorece adaptación; estilos inseguros la dificultan
Moya Arroyo et al. (21)	2015	Comparativo-correlacional	Problemas interiorizados & exteriorizados	Apego seguro media la relación entre riesgo psicosocial y ajuste infantil
Nóblega, Bárrig & Fourment (22)	2019	Correlacional	Seguridad del apego preescolar	Alta correlación con sensibilidad materna en < y > 4 años
Nóblega et al. (23)	2016	Correlacional	Seguridad del apego (AQS)	Sensibilidad materna predice directamente la seguridad del apego antes del año de vida
Nóblega et al. (24)	2020	Estudio cualitativo	Representaciones de apego materno	Estado mental de apego no resuelto se asocia a menor sensibilidad y seguridad infantil
Rivera Pineda et al. (25)	2016	Descriptivo-programa (Método Sentia)	Apego seguro (0-11 años)	Entrenamiento parental orientado a dominios vinculares fortalece apego seguro
Sauñe & Pineda (26)	2017	Correlacional	Madurez neuropsicológica	Apego seguro (madre $p = ,351$; padre $p = ,240$) correlaciona positivamente con madurez cognitiva (CUMANES)
Viteri Neira (27)	2023	Proyecto cualitativo-intervención	Guía de apego seguro mediante juegos cooperativos	10 actividades mejoran vínculos, emociones y comunicación en niños de 3-4 años

(continuada)

Tabla 1. Estudios incluidos en la revisión sistemática tras el proceso de cribado (*n* = 23) (continuada)

Autor	Año	Tipo de estudio	Variables criterioales	Resultados principales
Apego inseguro ansioso/ambivalente				
Aguilar Ccarita (28)	2021	Correlacional	Ansiedad en confinamiento	Estrategias de afrontamiento y ansiedad elevadas en adolescentes con apego ansioso
Attili et al. (29)	2018	Estudio clínico	Trastornos alimentarios	Apego ansioso alto se transmite intergeneracionalmente y se asocia a TCA
Estévez et al. (30)	2018	Correlacional	Impulsividad	Dependencia emocional media relación entre apego preocupado y conducta impulsiva
Guevara et al. (31)	2019	Correlacional	Dependencia emocional	Sobrepotección parental (apego inseguro) predice prioridad de pareja, miedo a soledad, etc.
Roque Vásquez (32)	2019	Correlacional	Dependencia emocional	Apego ansioso asociado a mayor dependencia en adolescentes
Apego inseguro evitativo				
Grijalba Cañari (33)	2017	Correlacional	Agresividad	Apego evitativo correlaciona con agresividad en adolescentes
Lacasa et al. (34)	2015	Comparativo	Síntomas internalizantes / externalizantes	Apego evitativo ligado a mayor sintomatología en muestra clínica y no clínica
Vásquez Olivares (35)	2023	Predictivo	Problemas comportamentales	Estilos de apego (evitativo) predicen problemas externalizados e internalizados
Apego desorganizado				
No se encontraron artículos que cumplan los criterios de inclusión de la revisión sistemática.				

RESULTADOS

La clasificación de los estilos de apego de una persona ha evolucionado a lo largo del tiempo gracias a las teorías e investigaciones de autores como Bowlby, Ainsworth, Main, Fonagy, entre otros, los cuales han contribuido al desarrollo de diferentes modelos y estilos de apego. En la actualidad, los tipos de apego se pueden clasificar en cuatro: seguro, inseguro-evitativo, inseguro-ambivalente y desorganizado.

La evaluación del riesgo de sesgo de los 23 estudios incluidos, recogida en la Tabla 2, mostró que 16 estudios (69,6%) presentaron un riesgo bajo (NOS ≥ 7), mientras que 7 estudios (30,4%) obtuvieron un riesgo moderado (NOS entre 5 y 6), fundamentalmente por la ausencia de grupo de control o comparación formal y por el carácter no probabilístico de sus muestras. Ningún estudio fue clasificado con riesgo alto de

sesgo. Las principales fuentes de sesgo identificadas fueron el muestreo por conveniencia, la variabilidad en los instrumentos de medida del apego y la falta de cegamiento en la evaluación de los resultados.

A continuación, se describirán los principales resultados obtenidos de la presente revisión sistemática:

Apego seguro

Vargas et al. (36) consideran que las relaciones afectivas que se tejen desde temprana edad basadas en el respeto, la confianza y la seguridad ayudan a regular el sistema emocional, favoreciendo la autoestima y la capacidad de crear vínculos con otras personas, además de desarrollar habilidades para gestionar las dificultades y potenciar las capacidades, entre ellas

Tabla 2. Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios incluidos mediante la escala Newcastle-Ottawa (NOS)

Autor(es) (año)	Diseño	Selección (máx. 4★)	Comparabilidad (máx. 2★)	Resultado (máx. 2★)	Total (máx. 9)	Riesgo global
Acevedo, Guajardo & Monje-Ojeda (2024) (13)	Observacional microanalítico	★★★★	★★	★★★	9	Bajo
Álvarez Navarrete et al. (2019) (14)	Descriptivo	★★★★	★	★★	6	Moderado
Andrade Zúñiga et al. (2018) (15)	Correlacional	★★★★	★★	★★	7	Bajo
Bortolini & Piccinini (2015) (16)	Estudio de casos	★★★★	★	★★	6	Moderado
Descarpenteries & Tereno (2024) (17)	Ensayo clínico-piloto	★★★★	★★	★★	7	Bajo
Ferreiros Peña (2017) (18)	Cuasiexperimental	★★★★	★★	★★	7	Bajo
Machaca Ayala & Sosa Tirado (2022) (19)	Correlacional	★★★★	★★	★★	7	Bajo
Mamani Quispe & López Venancio (2024) (20)	Correlacional	★★★★	★★	★★	7	Bajo
Moya Arroyo et al. (2015) (21)	Comparativo-correlacional	★★★★★	★★	★★★	9	Bajo
Nóblega, Bárrig & Fourment (2019) (22)	Correlacional	★★★★★	★★	★★★	9	Bajo
Nóblega et al. (2016) (23)	Correlacional	★★★★	★★	★★	7	Bajo
Nóblega et al. (2020) (24)	Cualitativo	★★★★	★	★★	6	Moderado
Rivera Pineda et al. (2016) (25)	Descriptivo-programa	★★★★	★	★★	6	Moderado
Sauñe & Pineda (2017) (26)	Correlacional	★★★★	★★	★★	7	Bajo
Viteri Neira (2023) (27)	Intervención cualitativa	★★★★	★	★★	6	Moderado
Aguilar Ccarita (2021) (28)	Correlacional	★★★★	★★	★★	7	Bajo
Attili et al. (2018) (29)	Estudio clínico	★★★★	★★	★★	7	Bajo
Estévez et al. (2018) (30)	Correlacional	★★★★	★★	★★	7	Bajo
Guevara et al. (2019) (31)	Correlacional	★★★★	★★	★★	7	Bajo
Roque Vásquez (2019) (32)	Correlacional	★★★★	★	★★	6	Moderado
Grijalba Cañari (2017) (33)	Correlacional	★★★★	★★	★★	7	Bajo
Lacasa et al. (2015) (34)	Comparativo	★★★★★	★★	★★★	9	Bajo
Vásquez Olivares (2023) (35)	Predictivo	★★★★	★★	★★	7	Bajo

Nota. Selección (máx. 4★): representatividad de la muestra, definición de casos, procedimiento de selección y descripción de la muestra; Comparabilidad (máx. 2★): control de la variable principal (estilo de apego) y de variables confusoras adicionales; Resultado (máx. 2★): adecuación del instrumento de medida, validez de las variables resultado y tasa de respuesta / pérdidas; Riesgo global: Bajo (7-9★) · Moderado (4-6★) · Alto (0-3★)

24 las que competen al desarrollo cognitivo y afectivo. Los vínculos afectivos que construyen los individuos con sus padres o cuidadores forman los primeros sentimientos positivos o negativos, en función de cómo se experimente y perciba la relación filio-parental constituyendo el factor fundamental para fortalecer sentimientos de seguridad, inseguridad o ambivalencia en el ser humano (37).

Según Ainsworth *et al.* (9), los niños con un apego seguro son aquellos que han recibido una atención sensible y adecuada por parte de sus figuras de apego y, por tanto, son aquellos que presentan una relación afectiva positiva con sus cuidadores y en las escuelas un mejor rendimiento académico, los cuales transmiten la seguridad y confianza necesaria para que el niño explore el entorno. Por otra parte, Barrera-Herrera *et al.* (38) indican que esto favorecerá que el niño vaya desarrollando una base segura a la vez que crece, lo cual le dará autonomía para explorar el mundo y le ayudará a tener una autoestima más saludable y habilidades sociales más satisfactorias, y serán capaces de controlar de una forma más correcta sus emociones y tener un mejor rendimiento académico.

Siguiendo a Bowlby, este autor argumentó los efectos inmediatos que tiene el apego seguro y su gran ventaja en el rendimiento académico (37). Miranda *et al.* (39) indican que los niños, cuando son sometidos a un episodio de separación con sus figuras de apego, suelen sentir una gran angustia, lo que podría afectar al rendimiento escolar, pero esta desaparece cuando se produce el reencuentro, siempre y cuando exista un apego seguro.

Por otra parte, Geddes (12) señala que el apego seguro se asocia con una serie de beneficios para el desarrollo emocional, social y cognitivo del niño, así como para las relaciones interpersonales en la edad adulta.

Rudolph (40), haciendo alusión a la teoría del apego (2, 41, 8), mostró que la necesidad de vinculación es primaria y que el apego seguro proporciona una base para la criatura en crecimiento. El modelo adulto de apego seguro es la pareja entre el padre y la madre (42) y la búsqueda de este apego cumple una función motivacional fundamental (43).

Otro estudio de Ainsworth (44) indica que los niños con apego seguro se caracterizan por su eficacia para responder ante situaciones estresantes, utilizando estrategias de afrontamiento adecuadas y regulando las situaciones estresantes de manera adecuada en la mayor parte del tiempo; por el contrario, los niños con apego ambivalente reportan altos niveles de estrés emocional y más conflictos con sus pares.

Durante la adolescencia, los estudiantes con apego seguro presentan en su mayoría un mejor rendimiento académico, mejores actitudes y respuestas frente al estudio, lo que les permite enfrentar de forma adecuada las exigencias que esta presenta, como se evidencia en las calificaciones que obtienen (45). En la adultez, el apego seguro ya consolidado hace que la persona no presente dificultades en desarrollar habilidades sociales. Esto le permite desenvolverse de una mejor forma frente a situaciones laborales y personales ya que muestra seguridad y confianza en sí misma, pudiendo también tener el control de sus propias emociones (6).

Peter Fonagy sostiene que el apego cumple una función evolutiva clave al favorecer la creación de un sistema representacional interno que contribuye a la supervivencia humana. A través de este sistema, las personas desarrollan la capacidad de mentalización, entendida como la habilidad psicológica de interpretar y comprender tanto los propios estados mentales — pensamientos, deseos, emociones y creencias— como los de los demás. Mentalizar no se limita a empatizar, sino que implica reconocer que las conductas están guiadas por motivaciones internas, lo que permite atribuir intenciones y significados a las acciones propias y ajenas.

Esta capacidad resulta fundamental para establecer relaciones sociales saludables, ya que facilita la comprensión de reacciones emocionales y conductuales en uno mismo y en los demás.

El desarrollo de la mentalización requiere habilidades cognitivas y autorreguladoras como la atención sostenida, el control de impulsos y la capacidad para reflexionar sobre las emociones. Así, esta capacidad no solo favorece una mayor adaptación social, sino que también fortalece la autorreflexión y la regulación emocional, aspectos esenciales en la maduración afec-

tiva y el bienestar psicológico (38). La capacidad de mentalizar, en su faceta autorreflexiva, permite al individuo identificar y registrar sus propios sentimientos, deseos y pensamientos, comprendiendo tanto sus orígenes como su relación con otros aspectos de la vida mental. Esta habilidad posibilita distinguir los propios pensamientos y emociones como fenómenos mentales, separándolos de la realidad objetiva y facilitando una perspectiva interna más clara sobre sí mismo (46-47).

El desarrollo de esta función no es innato, sino que surge fundamentalmente a partir de las experiencias interpersonales tempranas, especialmente en el contacto con las figuras primarias de apego. La adquisición de un self mentalizante depende de la calidad de estas interacciones: cuando el entorno relacional es sensible y contiene las necesidades del niño, se fortalece la habilidad mentalizadora. En cambio, si el apego es inseguro o desorganizado, la capacidad de reflexión interna o mentalización puede verse comprometida (48).

Así, los niños que establecen vínculos de apego seguro con cuidadores empáticos y con alta capacidad para mentalizar son quienes desarrollan con mayor solidez estas habilidades reflexivas. Por el contrario, contextos de apego deficiente disminuyen dicha capacidad, manifestándose en una menor aptitud para comprender y gestionar los propios estados mentales y los de los demás (47, 49).

Diversos estudios subrayan la importancia de la sensibilidad materna en el desarrollo de un apego seguro durante el primer año de vida. Nóbrega et al. (22-23) definen esta sensibilidad como la habilidad de la madre para responder de forma constante y adecuada a las señales del lactante, lo cual se ha demostrado ser un predictor robusto de la formación de un apego seguro.

Asimismo, en contextos de alta vulnerabilidad psicosocial, las intervenciones tempranas centradas en la vinculación familiar muestran resultados prometedores. Ferreyros Peña (18) documenta mejoras significativas en la regulación emocional y el desarrollo sociocognitivo de niños expuestos a riesgo, mientras que Moya Arroyo et al. (21) indican que, incluso bajo condiciones adversas, los pequeños con apego seguro presentan un 40% menos de problemas internalizados y externalizados.

El entorno educativo preescolar también desempeña un papel crucial en el refuerzo de la base

segura. Viteri Neira (27) y Andrade Zúñiga et al. (15) señalan que la implementación de juegos cooperativos y actividades de cuidado sensible en niños de 3 a 4 años potencia su exploración del entorno y eleva su competencia social. En concreto, Andrade Zúñiga et al. (15) observaron un incremento estadísticamente significativo en la interacción positiva entre pares tras ocho semanas de estas dinámicas guiadas por docentes formados en sensibilidad.

La dimensión intergeneracional del apego añade otra capa explicativa. Bortolini & Piccinini (16) presentan evidencias de transmisión del apego seguro a través de la coherencia narrativa de los cuidadores. Complementariamente, Acevedo et al. (13) desarrollan un modelo predictivo que, más allá de la sensibilidad materna, incorpora factores de mentalización parental y estrés familiar, que explican el 58% de la variabilidad en la seguridad del apego. De manera práctica, Descarpenteries & Tereno (17) demuestran que la retroalimentación por vídeo eleva la capacidad de mentalización en los padres y mejora las puntuaciones de apego seguro en un 25% tras solo dos sesiones.

En la etapa escolar, el apego seguro se asocia con beneficios en el ámbito neuropsicológico y social de los niños de 9 a 11 años. Sauñe Palomino & Pineda Huarcaya (26) y Machaca Ayala & Sosa Tirado (19) constatan que estos alumnos presentan un mayor control atencional, flexibilidad cognitiva y regulación emocional. Asimismo, Machaca Ayala & Sosa Tirado (19) documentan mejoras en la cooperación y en la resolución de conflictos interpersonales en aquellos grupos con altos niveles de seguridad de apego.

Para trasladar estos hallazgos a la práctica, se destacan tres estrategias de intervención:

- Método Sentia: protocolo psicoeducativo orientado a capacitar a docentes en prácticas sensibles (25).
- Programa de Cooperación Lúdica: secuencia de juegos diseñada para reforzar la base segura en el aula (27).
- Formación en mentalización: talleres para padres fundamentados en el modelo de Fonagy, integrados en consultas pediátricas (17).

26 En conclusión, la seguridad del apego surge de un entramado multidimensional en el que confluyen la sensibilidad materna, la capacidad de mentalización parental, las condiciones psicosociales y las intervenciones estructuradas tanto en el hogar como en el ámbito escolar. Estos hallazgos ofrecen una perspectiva integral y basada en evidencia para fomentar el apego seguro desde la primera infancia hasta la edad escolar.

Apego inseguro ambivalente

Según Moreno *et al.* (7), los niños con un apego inseguro ambivalente son aquellos que presentan síntomas de ansiedad y preocupación constante sobre si sus figuras de apego van a satisfacer correctamente sus necesidades. Esto se debe a que los cuidadores presentan una baja disponibilidad hacia el niño. De esta manera, los niños pueden desarrollar actitudes de cercanía, proximidad y contacto físico con sus cuidadores a la vez que pueden mostrar una insatisfacción por la proximidad y el contacto físico que afecte a su rendimiento académico.

Siguiendo a Amitay & Rahav (50), en este tipo de apego el niño desarrolla confusión en lo que se refiere a sus emociones y esto dificulta su gestión. A su vez, esa escasa disponibilidad genera una falsa dependencia hacia la figura de apego. De acuerdo con los autores Moreno & Martínez (7), estos niños muestran a través de sus conductas que requieren atención (llorar, quejarse, gritar, etc.), al mismo tiempo que tienen la sensación de ser abandonados o ignorados por sus figuras de apego (2, 9). Otro autor como Wallin (8) traduce la teoría y la investigación del apego inseguro en un marco innovador que sirve como marco para la psicoterapia infantil. En los niños que tienen este tipo de apego inseguro se entorpece la educación de calidad y, por ende, del desarrollo del adolescente, presentando conflictos a nivel escolar, cognitivo y emocional, lo cual afecta a su rendimiento académico.

Sassaroli y Lorenzini (51) argumentan que el apego ambivalente no permite asegurar un apego seguro con un cuidador estable y continuo, por ello no puede asegurar un adecuado desarrollo cognitivo y mental del niño

que afectará a su edad adulta. Otro estudio realizado por los mismos autores apunta que lo que caracteriza la relación entre niños ambivalentes y sus padres preocupados es la proximidad insatisfactoria e impredecible, tendiendo a suceder de forma poco frecuente una gran proximidad afectiva entre ellos, pero en el momento en que sucede, el niño se confía y busca consuelo obteniendo un distanciamiento debido a que existe una dificultad por parte de los padres para entender las demandas de ayuda imprevistas o para responder a ellas adecuadamente, o bien porque los padres reaccionan con crisis agresivas momentáneas o actitudes de desprecio.

Beláustegui (52) muestra que en el apego ambivalente el niño presenta bajos niveles de confianza en la consolidación de relaciones afectivas, además, manifiesta un deseo por mantener la cercanía con dichas relaciones, pero a la vez, presenta temor e inseguridad para dar inicio y mantenerlas. Delgado *et al.* (53) enfatiza la postura de las madres en el momento de participar durante la conducta exploratoria de los infantes, teniendo en cuenta que en algunos casos las madres que se manifiestan más atentas y sensibles de lo que se encuentra dentro de los límites de la normalidad podrían afectar posteriormente a la falta de autonomía y desarrollo del niño durante su crecimiento. Para alumnos con un estilo de apego inseguro-ambivalente, el perfil de aprendizaje se muestra reflejado en las siguientes características:

- Actitud en la escuela: muestran elevados niveles de ansiedad.
- Respuesta al profesor: pueden mostrar dos tipos de comportamiento, como una necesidad de aprobación y dependencia constante del profesor para mostrarse partícipes del aprendizaje o, por el contrario, cuando esto no se cumple, manifiestan frustración y rivalidad hacia el profesor (54).
- Respuesta a la tarea: al necesitar de esa constante aprobación, generan dependencia a realizar la tarea con apoyo y, cuando esto no sucede, presentan grandes dificultades para resolverla, ya que se muestran ansiosos e incapaces de concentrarse en la tarea y preocupados por perder la atención del profesor.

- Dificultades y habilidades: presentan un nivel académico inferior y presentan dificultades en realizar las tareas sin apoyo, por lo que suelen ser niños que necesitan de una mayor atención y constancia del profesor para evitar el fracaso escolar.

Además, estudios recientes sobre intervenciones y factores protectores aportan luz sobre cómo mitigar estas dificultades. Programas de juegos cooperativos y actividades de cuidado sensible, dirigidos a niños de 3 a 4 años, mejoran su competencia social y exploración del entorno (15-27). La retroalimentación por vídeo para padres eleva su capacidad de mentalizar y ha mostrado mejorar las puntuaciones de apego seguro en un 25 % tras dos sesiones (17). Asimismo, modelos predictivos que integran sensibilidad materna, mentalización parental y estrés familiar explican hasta el 58% de la variabilidad en la seguridad del apego (13), y la intervención temprana en contextos vulnerables reduce hasta en un 40% los problemas internalizados y externalizados en niños con apego seguro (18-21). Estas evidencias sugieren que, aunque el apego ambivalente conlleva riesgos académicos y emocionales, la implementación de programas de formación en sensibilidad parental, talleres de mentalización y estrategias lúdicas en el aula puede favorecer transiciones hacia patrones de apego más seguros y mejorar el rendimiento y bienestar escolar (véase la Figura 2).

Apego inseguro-evitativo

Estudios realizados por Bowlby y Ainsworth (2, 9) muestran que los niños con apego inseguro-evitativo son aquellos que tienden a evitar a sus figuras de apego,

esto se debe a que sus cuidadores no se han mostrado accesibles ni sensibles a sus necesidades, desarrollando así muchas dificultades en el aprendizaje diario. De esta manera, los niños reprimen sus necesidades y aprenden a gestionarlas por sí mismos desarrollando sus propias estrategias.

Por otra parte, Lyons et al. (55) indican que, cuando los niños son sometidos a la situación extraña y se produce el episodio de separación de su figura de apego, no muestran ninguna emoción tras su marcha, además de que a su regreso no buscan consuelo, ya que han vivido experiencias en las que han sido ignorados o abandonados por sus cuidadores. Además, muestran dificultades en su desarrollo escolar.

Ainsworth (9) argumenta que estos niños, al no haber desarrollado la confianza en sí mismos ni haber extrapolado sus emociones tanto negativas como positivas, van a ser adultos con grandes dificultades para socializar y para transmitir y gestionar sus propias emociones. Pena (56), coincidiendo con el postulado de Bowlby sobre la clasificación de estos tres estilos de apego, desarrolló sus propias investigaciones en las cuales pudo diferenciar un estilo de apego desorganizado, que desarrolló junto con Main.

Siguiendo a Díaz (57), el niño con apego inseguro-evitativo presenta niveles bajos de confianza, con tendencia a alejarse, con patrones inadecuados de comunicación, dificultades emocionales y desapego hacia la madre; se muestra preocupado e inseguro y con bajo rendimiento escolar.

Ainsworth realizó investigaciones sobre apego en Uganda (58) y en Baltimore (9), encontrando que en el apego seguro la madre era sensible a las señales del infante, mientras que las dos formas de organización

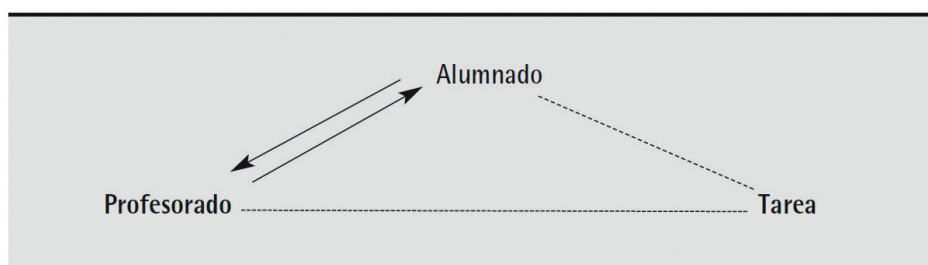


Figura 2. El apego ansioso en el Triángulo del aprendizaje. Tomado de Geddes, 2010 (12).

28 de apego inseguro-evitativo e inseguro-ambivalente estaban relacionadas respectivamente con rechazo materno y falta de predictibilidad (véase la [Figura 3](#)).

Reig ([59](#)) pone de manifiesto que el apego inseguro-evitativo se asocia especialmente con los trastornos depresivos, patrones de relación distante y tendencias de desconexión emocional, crea malestar subjetivo y dificultades tanto en la relación con el entorno como con uno mismo.

Grijalba Cañari examinó a 358 adolescentes de Chíncha Alta (Ica, Perú) y encontró que el apego seguro se asocia con menor agresividad física e ira, mientras que los estilos inseguro-desvalorizador (evitativo) e inseguro-preocupado (ambivalente) presentan correlaciones positivas significativas con agresión física e ira ([33](#)). Lacasa et al. compararon a 248 adolescentes clínicos y no clínicos, hallando que el estilo de apego preocupado predice síntomas externalizantes (agresividad verbal, búsqueda de atención) e internalizantes (quejas somáticas, conducta fóbico-ansiosa, problemas de pensamiento) ([34](#)). Finalmente, Vásquez Olivares observó en 377 estudiantes cajamarquinos de nivel secundario que las representaciones del apego explican el 51% de la varianza en problemas externalizados y el 60%

en problemas internalizados, confirmando el apego como predictor sólido de dificultades emocionales y conductuales ([35](#)).

Los niños con apego inseguro-evitativo, según Geddes ([12](#)), muestran el siguiente perfil de aprendizaje:

- Actitud en la escuela: se muestran con una actitud indiferente hacia nuevas experiencias.
- Respuesta al profesor: manifiestan actitudes negativas en la búsqueda de ayuda o apoyo hacia el profesor ante situaciones difíciles y son más propensos a trabajar en solitario. Además, en algunos casos estos niños pueden mostrar ansiedad o incomodidad ante la presencia del maestro, adoptando así actitudes de frialdad y distancia.
- Respuesta a la tarea: muestran necesidad de autonomía y rechazan la ayuda del adulto, enfocándose en la tarea de manera que genere una protección hacia su seguridad emocional.
- Dificultades y habilidades: manifiestan particularidades en su rendimiento académico, como una limitada creatividad y escaso dominio del lenguaje, lo que incrementa el riesgo de experimentar fracaso escolar ([54](#)) (véase la [Figura 4](#)).

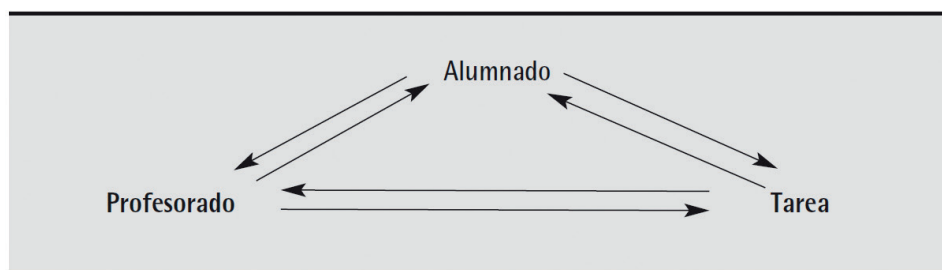


Figura 3. El triángulo del aprendizaje. Tomado de Geddes, 2010 ([12](#)).

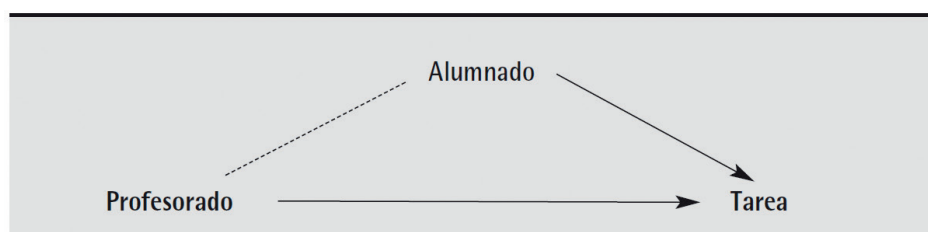


Figura 4. El apego evitativo en el Triángulo del aprendizaje. Tomado de Geddes, 2010 ([12](#)).

Según Wallin (8), al final lo que empezó como una interacción de origen biológico puede registrar representaciones psicológicas y mentales que continúan modelando la conducta y la experiencia subjetiva a lo prolongado de la vida, al borde de que las figuras de apego estén o no presentes.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La revisión sistemática realizada, que abarca literatura publicada entre 2015 y 2025, pone de manifiesto la relevancia crítica de los estilos de apego en el desarrollo integral y el rendimiento académico de niños y adolescentes. En este sentido, el apego seguro se revela como un factor protector que favorece el bienestar emocional y social, potencia la exploración cognitiva y, en última instancia, mejora la adaptación escolar. Contrariamente, los apegos inseguros — ambivalente, evitativo y desorganizado — se asocian con mayores niveles de ansiedad, dificultades en la regulación emocional y patrones de conducta que obstaculizan el aprendizaje. Los estudios consultados coinciden en que, aunque la evidencia empírica señala una correlación positiva entre la seguridad de apego y el rendimiento académico, la heterogeneidad metodológica de las investigaciones y la presencia de variables intervinientes — como la motivación, el estilo de enseñanza y las condiciones sociofamiliares — dificultan la obtención de conclusiones definitivas sobre su magnitud exacta.

La seguridad de apego emerge principalmente de una interacción sensible y coherente entre el cuidador y el niño. Programas de intervención temprana basados en la retroalimentación por vídeo y ejercicios de mentalización parental han demostrado incrementar en un 25 % la puntuación de apego seguro en apenas dos sesiones, así como reducir en un 40 % los problemas internalizados y externalizados en contextos de alta vulnerabilidad. Estas estrategias, sumadas a metodologías didácticas centradas en el juego cooperativo y la inclusión de actividades que refuercen la autonomía y la interacción segura entre pares, generan un entorno escolar más propicio para el aprendizaje y el desarrollo socioemocional. Por

ello, resulta esencial integrar en la formación docente conocimientos sobre detección temprana de estilos de apego y prácticas sensibles que permitan adaptar la intervención educativa a las necesidades afectivas del alumnado.

Los estilos de apego inseguros, por su parte, presentan perfiles de respuesta diferenciados: el apego ambivalente se caracteriza por una dependencia emocional fluctuante que se traduce en altos niveles de ansiedad ante la tarea y necesidad constante de aprobación; el apego evitativo induce actitudes de relevancia autónoma que dificultan la cooperación y la búsqueda de ayuda; mientras que el apego desorganizado, aun escasamente estudiado, se vincula con conductas desreguladas y mayor prevalencia de psicopatologías, sugiriendo la urgencia de profundizar en su investigación para diseñar intervenciones específicas. Aunque la mayoría de los estudios sobre apego desorganizado son de ámbito clínico y presentan muestras reducidas, sus hallazgos preliminares apuntan a la necesidad de protocolos que aborden tanto la estabilización emocional como el acompañamiento pedagógico de estos niños.

Desde el punto de vista metodológico, esta revisión detecta tres limitaciones principales: la multiplicidad de instrumentos de evaluación de apego (Situación Extraña, AAI, cuestionarios de autorreporte) y de medidas de rendimiento académico, que generan resultados poco comparables; la predominancia de diseños transversales sobre los longitudinales, lo que impide comprender la evolución y estabilidad de los efectos del apego; y la escasa representación de contextos culturales y socioeconómicos diversos, especialmente en el caso del apego desorganizado. Superar estas barreras exigirá la implementación de estudios multicéntricos y transnacionales que utilicen criterios uniformes y sigan a las cohortes desde la infancia hasta la adultez, incorporando variables mediadoras como el estrés académico y las estrategias de afrontamiento.

En términos prácticos, las evidencias recopiladas respaldan la creación de marcos educativos que fortalezcan el apego seguro mediante tres ejes: a) la formación de docentes en mentalización y regulación emocional;

30 b) la implementación de programas familiares de apoyo a la sensibilidad parental, accesibles en entornos clínicos y comunitarios; y c) el diseño curricular que articule dinámicas de juego cooperativo, tareas de resolución de conflictos y actividades que promuevan la base segura. Este enfoque integral, apoyado en datos empíricos, puede contribuir a mejorar no solo las calificaciones académicas, sino también la cohesión social y el clima emocional del aula.

Mirando al futuro, la investigación debe centrarse en profundizar el conocimiento sobre el apego desorganizado, clarificar los mecanismos mediadores de la relación apego-rendimiento y evaluar la eficacia de las intervenciones en distintos niveles educativos. Asimismo, será crucial explorar la interacción entre estilos de apego y factores contextuales, como la diversidad cultural y el capital social familiar, para diseñar políticas educativas inclusivas y sensibles a la realidad de cada comunidad. De esta manera, los hallazgos de esta revisión no solo consolidan la teoría del apego como un pilar del desarrollo humano, sino que también ofrecen una hoja de ruta para la construcción de entornos afectivos y pedagógicos que potencien el éxito académico y el bienestar integral de niños y adolescentes.

CONFLICTOS DE INTERÉS

«Los autores declaran no tener conflictos de interés».

CONTRIBUCIONES

Roberto García Sánchez y Samuel Pérez Bravo realizaron el concepto, diseño, análisis, interpretación de datos, escritura y corrección del artículo, la interpretación de datos y la escritura.

REFERENCIAS

1. Bowlby J, Solomon M. Attachment theory. Los Angeles: Lifespan Learning Institute; 1989.
2. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 1, Attachment. New York: Basic Books; 1969.
3. Bowlby J. Attachment and loss. Vol. 2, Separation, anxiety and anger. New York: Basic Books; 1973.
4. Rodríguez-Marín J, Pastor MA, López-Roig S. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema* [Internet]. 1993 [Consultado 15 jul 2025];5(Supl):349-72. Disponible en: <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7199>
5. García R, Martínez-Arias R. Adaptación española de la escala de relación profesor-alumno (STRS) de Pianta. *Psicol Educ* [Internet]. 2008 [Consultado 15 jul 2025];14(1):11-27. Disponible en: <https://journals.copmadrid.org/psed/art/f670ef5d2d6bdf8f29450a970494dd64>
6. Cantero-Morales F. La influencia familiar en el rendimiento académico y en sus aspiraciones del alumnado de formación profesional de educación infantil de Pozoblanco [Trabajo de fin de máster]. Logroño: Universidad Internacional de La Rioja; 2015. Disponible en: <https://reunir.unir.net/handle/123456789/3089>
7. Moreno R, Martínez M. Estilos de apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado. [Tesis Doctoral]. Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2010. Disponible en: <https://docta.ucm.es/handle/20.500.14352/47508>
8. Wallin D. El apego en psicoterapia. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2012.
9. Ainsworth MDS. Bowlby-Ainsworth attachment theory. *Behav Brain Sci*. 1978;1(3):436-438. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00075828>
10. Main M. Las categorías organizadas del apego en el infante, en el niño, y en el adulto: atención flexible versus inflexible bajo estrés relacionado con el apego. *Aperturas Psicoanalíticas* [Internet]. 2001 [Consultado 15 jul 2025];8. Disponible en: <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000156>
11. Allen JG, Fonagy P, Bateman AW. Mentalizing in clinical practice. Washington: American Psychiatric Publishing; 2008.
12. Geddes H. El apego en el aula: relación entre las primeras experiencias infantiles, el bienestar emocional y el rendimiento escolar. Barcelona: Graó; 2010.

13. Lecannelier F, Guajardo H, Monje-Ojeda G. Más allá de la sensibilidad materna: modelo predictivo de la calidad del apego. *Psykhe* (Santiago). 2024;33(1):1-7. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2020.22013>
14. Álvarez Navarrete S, Hidalgo Ramírez NU, Morán Álvarez MD, Reyes Soto RA. Factores que inciden en el apego seguro. *PsicoEducativa* [Internet]. 2019 [Consultado 15 jul 2025];5(9):8-12. Disponible en: <https://psicoeducativa.iztacala.unam.mx/revista/index.php/rpsicoedu/article/view/102>
15. Díaz Mosquera EN, Andrade Zúñiga IP, Espinosa Marroquín E, Nóbrega M, Núñez del Prado J. Cuidado sensible y seguridad del apego en preescolares. *Cienc Psicol*. 2018;12(1):97-107. <https://doi.org/10.22235/cp.v12i1.1600>
16. Bortolini M, Piccinini CA. Transmissão intergeracional do apego seguro: evidências a partir de dois casos. *Psicol Estud*. 2015;20(2):247-259. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v20i2.25246>
17. Descarpenteries C, Tereno S. Le vidéo-feedback dans le développement de la mentalisation et d'un attachement sécure. *Devenir*. 2024;36(4):290-305. <https://doi.org/10.3917/dev.244.0290>
18. Ferreyros Peña M. Apego seguro y desarrollo del infante en poblaciones vulnerables. *Av Psicol*. 2017;25(2):139-52. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2017.v25n2.350>
19. Machaca Ayala PS, Sosa Tirado JEB. El apego y las habilidades sociales en niños de 4 años del colegio Cuna Jardín 083 Mangomarca, 2022 [Tesis de grado]. Lima: Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/133955>
20. Mamani Quispe RK, López Venancio RM. Estilo de apego y adaptación preescolar desde la perspectiva de docentes y padres de familia de la región Puno [Tesis de licenciatura]. Juliaca: Universidad Peruana Unión; 2024. Disponible en: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/8115>
21. Moya Arroyo JJ, Sierra García P, del Valle Estévez C, Carrasco MA. Efectos del apego seguro y el riesgo psicosocial en los problemas infantiles interiorizados y exteriorizados. *Tend Pedagóg*. 2015;26:163-178. <https://doi.org/10.15366/tp2015.26.008>
22. Nóbrega M, Bárrig P, Fourment K. Cuidado materno y seguridad del apego del niño preescolar. *Psicol Teor Pesqui*. 2019;35(1):e3534. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3534>
23. Nóbrega M, Bárrig P, Conde LG, Núñez del Prado J, Carbonell OA, Altmann de Litvan M, et al. Cuidado materno y seguridad del apego antes del primer año de vida. *Univ Psychol*. 2016;15(1):245-260. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-1.cmsa>
24. Nóbrega M, Szteren L, Marinelli F, Bárrig-Jóv P, Núñez del Prado J, Conde G. Estado mental de apego no resuelto, cuidado materno y seguridad del apego infantil en dos diadas madre-hijo. *Cienc Psicol*. 2020;14(2):e2315. <https://doi.org/10.22235/cp.v14i2.2315>
25. Rivera Pineda MR, García Canga Argüelles M, Marroquín Barrera R. Sentia. Método orientado a establecer el apego seguro. *Revista Psicólogos*. 2016;6(18):24-35. <https://doi.org/10.59205/rp.v6i18.86>
26. Sauñe Palomino R, Pineda Huarcaya SY. Apego seguro y madurez neuropsicológica en escolares de 9 a 11 años de edad de una Institución Educativa de Lima Este, 2016 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2017. Disponible en: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/720>
27. Viteri-Neira ME, Vizcaíno-Cárdenas TL. Desarrollo del apego seguro en niños de 3 a 4 años a través de juegos cooperativos. *Educación y Sociedad*. 2024;22(3):239-250. <https://doi.org/10.5281/zenodo.13855474>
28. Aguilar Ccarita LM. Apego, estrategias de afrontamiento y ansiedad en adolescentes en confinamiento por Covid 19 [Tesis de maestría]. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2021. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/14766>
29. Attili G, Di Pentima L, Toni A, Roazzi A. High anxiety attachment in eating disorders: intergenerational transmission by mothers and

- fathers. *Paidéia* (Ribeirão Preto). 2018;28:e2813. <https://doi.org/10.1590/1982-4327e2813>
30. Estévez A, Chávez-Vera MD, Momeñe J, Olave L, Vázquez D, Iruarizaga I. The role of emotional dependence in the relationship between attachment and impulsive behavior. *An Psicol.* 2018;34(3):438-445. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.313681>
 31. Gómez Guevara DG, Sánchez Manayay GX, Calonge De la Piedra DM. Apego parental y dependencia emocional en mujeres del distrito de Túcume-Lambayeque, Perú. *Horiz (El Alto)*. 2019;3(9):57-73. <https://doi.org/10.33996/revis-tahorizontes.v3i9.68>
 32. Roque Vásquez EC. Estilos de apego y dependencia emocional en adolescentes de instituciones educativas públicas de Surquillo, 2019 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad César Vallejo; 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/37413>
 33. Grijalba Cañari LJ. Estilos de apego y agresividad en adolescentes de instituciones educativas públicas del distrito de Chíncha Alta-Ica, 2017 [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad César Vallejo; 2017. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/11297>
 34. Lacasa F, Mitjavila M, Ochoa S, Balluerka N. The relationship between attachment styles and internalizing or externalizing symptoms in clinical and nonclinical adolescents. *Anal Psicol.* 2015;31(2):422-432. <https://doi.org/10.6018/analesps.31.2.169711>
 35. Vásquez Olivares KM. Estilos de apego como predictor de los problemas externalizados e internalizados en estudiantes cajamarquinos de nivel secundario [Tesis de maestría]. Lima: Universidad de San Martín de Porres; 2023. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12727/12244>
 36. Vargas K, Yana M, Pérez K, Chura W, Alanoca R. Aprendizaje colaborativo: una estrategia que humaniza la educación. *Rev Innova Educ.* 2020;2(2): 363-379. <https://doi.org/10.35622/j.rie.2020.02.009>
 37. García Sánchez R, Cuesta Condo LV, Pérez Bravo S. Psicología pediátrica. Influencia del tipo de apego en el niño. *Canar Pediatr* [Internet]. 2024 [Consultado 15 jul 2025];48(1):39-51. Disponible en: <https://sctpte.com/wp-content/uploads/2024/05/Psicologia.pdf>
 38. Barrera-Herrera A, Vinet EV. Adultez emergente y características culturales de la etapa en universitarios chilenos. *Ter Psicol.* 2017;35(1): 47-56. Disponible en: <https://doi.org/10.4067/S0718-48082017000100005>
 39. Miranda Llanos XC. Factores de la relación parental-vincular que generan diferencia en el rendimiento académico y la adaptación escolar en alumnos de familias adoptivas o biológicas dentro del sistema educativo del Colegio La Misión de Calera de Tango [Tesis de licenciatura]. Santiago de Chile: Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2004. Disponible en: <https://biblioteca-digital.academia.cl/handle/123456789/2542>
 40. Monti JD, Rudolph KD. Emotional awareness as a pathway linking adult attachment to subsequent depression. *J Couns Psychol.* 2014;61(3):374-382. <https://doi.org/10.1037/cou0000016>
 41. Stern DN. El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva. Buenos Aires: Paidós; 1991.
 42. Salvador Coderch P, Fernández Crende A. Causalidad y responsabilidad. InDret [Internet]. 2006 [Consultado 15 jul 2025];(1):1-25. Disponible en: <https://indret.com/causalidad-y-responsabilidad-3/>
 43. Bleichmar S. Acerca del malestar sobrante. En: Bleichmar S. La subjetividad en riesgo. Buenos Aires: Topía Editorial; 2005. p. 29-34.
 44. Ainsworth MS. Attachments beyond infancy. *Am Psychol.* 1989;44(4):709-716. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.44.4.709>
 45. Bernier A, Larose S, Boivin M, Soucy N. Attachment state of mind: implications for adjustment to college. *J Adolesc Res.* 2004;19(6):783-806. <https://doi.org/10.1177/0743558403260096>
 46. Fonagy P. Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *Int J Psychoanal* [Internet]. 1991 [Consultado 15 jul 2025];72(Pt 4):639-656.

- Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1797718/>
47. Fonagy P, editor. An open door review of outcome studies in psychoanalysis [Internet]. 2nd rev. ed. London: International Psychoanalytical Association; 2002. Disponible en: https://www.ipa.world/IPA_Docs/Open%20Door%202002.pdf
48. Fonagy P, Target M. The mentalization-focused approach to self pathology. *J Pers Disord.* 2006;20(6):544-576. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.544>
49. Fonagy P. Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. *Apert Psicoanal* [Internet]. 1999 [Consultado 15 jul 2025];(3). Disponible en: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-unanueva-teoria>
50. Amitay G, Rahav G. Attachment and pedagogical relevant practices as elements of a successful alternative school through the narratives of its students. *Psychol Sch.* 2018;55(10):1239-1258. <https://doi.org/10.1002/pits.22200>
51. Sassaroli S, Lorenzini R. Apego y exploración en la patogénesis de las fobias. *Rev Psicoter.* 1990;1(2-3):95-111. <https://doi.org/10.33898/rdp.v1i2-3.670>
52. Beláustegui M. El docente como figura de apego y su capacidad de compensar vínculos de apego inseguro [Tesis de licenciatura]. Buenos Aires: Universidad Austral; 2019. Disponible en: <https://riu.austral.edu.ar/handle/123456789/740>
53. Oliva Delgado A. Estado actual de la teoría del apego. *Rev Psiquiatr Psicol Niño Adolesc.* 2004;4(1): 65-81. <https://doi.org/10.65549/pwmm6a64>
54. Sánchez Daniel A. El apego infantil: la influencia en el rendimiento académico [Trabajo de fin de grado]. Salamanca: Universidad de Salamanca; 2023. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/152758>
55. Lyons JS, Rogers L. The U.S. child welfare system: a de facto public behavioral health care system. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004;43(8):971-973. <https://doi.org/10.1097/01.chi.0000127575.23736.90>
56. Pena González E. Apego desorganizado y disociación en el trauma complejo [Trabajo de fin de grado]. Barcelona: Universitat Abat Oliba CEU; 2022. Disponible en: <https://hdl.handle.net/2072/522680>
57. Corral-Proañó VJ, Díaz-Mosquera E. Entender la conducta suicida desde los vínculos de apego inseguro y el trauma infantil. *CienciAmérica.* 2019;8(1): 48-61. <https://doi.org/10.33210/ca.v8i1.204>
58. Ainsworth MDS. *Infancy in Uganda: infant care and the growth of love.* Baltimore: Johns Hopkins Press; 1967.
59. Baena Reig V. Patrón de apego evitativo y psicopatología: estudio de caso y abordaje desde el modelo de terapia de esquemas de Young [Trabajo de fin de máster]. Barcelona: Universitat Ramon Llull; 2021. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.14342/368>

Júlia de Mas ¹ * 
Aida Ambrós ¹ 
Eva Daví ¹ 
Alba Toll ¹ 
Leyda Cortés ¹ 
Paloma Varela ¹ 

1. Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, España.

* AUTOR DE CORRESPONDENCIA

Júlia de Mas
Correo: jde@csgm.cat

Primer episodio psicótico inducido por alcohol de alta graduación y bebida energética en una adolescente

First episode psychosis induced by high-proof alcohol and an energy drink in an adolescent

RESUMEN

Introducción: En recientes estudios se ha observado que el consumo de alcohol mezclado con bebidas energéticas (AmED) está aumentando entre los adolescentes europeos. Se ha relacionado este consumo con conductas de riesgo y descompensaciones psiquiátricas en personas vulnerables. **Descripción del caso clínico:** Se trata de una adolescente de 16 años sin antecedentes psiquiátricos significativos que desarrolló un episodio psicótico agudo tras consumir alcohol de alta graduación mezclado con una bebida energética en menos de una hora. Inicialmente, presentó insomnio y conducta agresiva, seguidos de delirios persecutorios y autorreferenciales, así como alucinaciones auditivas. Entre sus antecedentes destacan conductas de riesgo desde los 13 años y antecedentes psiquiátricos familiares. La paciente fue ingresada en la Unidad de Psiquiatría Infantojuvenil, donde se le administró inicialmente olanzapina y, posteriormente, aripiprazol, lo que provocó una mejoría gradual. **Discusión:** En este caso, la relación temporal, las características clínicas y la mejoría tras la abstinencia sugieren el diagnóstico de psicosis inducida por sustancias. Tanto el alcohol como la cafeína pueden inducir psicosis de manera independiente, por lo que, en este caso, es probable que ambas sustancias tuvieran un efecto aditivo. El fácil acceso de los adolescentes a AmED, su bajo coste y su sabor agradable, así como su normalización social, facilitan el consumo de este tipo de bebidas. La identificación proactiva, el seguimiento y la educación preventiva son esenciales para mitigar las complicaciones psiquiátricas.

ABSTRACT

Introduction: Recent studies have shown that the consumption of alcohol mixed with energy drinks (AmED) is increasing among European adolescents. This pattern of consumption has been linked to risk-taking behaviours and psychiatric decompensation in vulnerable individuals. **Clinical Case Description:** We present the case of a 16-year-old adolescent with no significant prior psychiatric history who experienced an acute psychotic episode following the consumption of high-strength alcohol mixed with an energy drink in less than an hour. Initially, the patient presented insomnia and aggressive behaviour, followed by persecutory and self-referential delusions, as well as auditory hallucinations. The patient had engaged in risky behaviours since the age of 13 and had a family history of psychiatric disorders. She was admitted to the Child and Adolescent Psychiatry Unit, where she was initially treated with olanzapine, later switching to aripiprazole, which resulted in gradual improvement. **Discussion:** In this case, the temporal relationship, clinical features and improvement following abstinence all support a diagnosis of substance-induced psychosis. Alcohol and caffeine can both independently trigger psychosis; therefore, it is likely that the two substances had an additive effect in this instance. The ease of access to AmED, its low cost, pleasant taste and social acceptance contribute to its widespread use among adolescents. Proactive identification, follow-up and preventive education are essential to mitigate psychiatric

Conclusión: Los profesionales sanitarios deben considerar el consumo de AmED como posible desencadenante de episodios psicóticos agudos en adolescentes y jóvenes adultos.

Palabras clave: consumo de alcohol, bebidas energéticas, psicosis inducida por sustancias, adolescente, trastornos psicóticos.

INTRODUCCIÓN

La elevada prevalencia del consumo de sustancias entre los adolescentes representa un importante desafío de salud pública a nivel mundial, debido a sus consecuencias sobre el desarrollo neuropsicológico y su impacto creciente en los servicios de salud mental infantojuvenil. Entre las combinaciones más extendidas en los últimos años destaca la mezcla de alcohol con bebidas energéticas (AmED, *Alcohol mixed with Energy Drinks*), una práctica que ha aumentado significativamente entre los adolescentes europeos y que constituye un potencial factor de riesgo neuropsiquiátrico.

Un estudio europeo realizado en 2019 con 49.143 estudiantes de 17 países reveló que el 33,9% de los adolescentes de 16 años había consumido AmED en el último año, con mayor prevalencia en los varones (37,3%) que en mujeres (30,6%) (1). La prevalencia del consumo varió entre los distintos países, desde el 14,9% en Letonia hasta el 53,7% en Eslovenia, siendo en España del 29,8%. De acuerdo con este estudio, la prevalencia de consumo de AmED en España se encuentra en un rango intermedio respecto a la observada en otros países europeos. Entre los adolescentes encuestados, el 46% había consumido AmED solo una o dos veces al año, mientras que el 5% lo había hecho 40 o más veces (1).

En 2023 se realizó en España la encuesta ESTUDES 2023 que reveló que el 19,5% de los estudiantes de entre 14 y 18 años había consumido AmED en los últimos 30 días, siendo mayor la prevalencia a los 16 y 17 años (2).

En los adolescentes europeos se han identificado diversos factores de riesgo asociados al consumo de AmED, entre los que destacan el consumo reciente

complications. **Conclusion:** Healthcare professionals should consider AmED consumption as a potential trigger for acute psychotic episodes in adolescents and young adults.

Keywords: alcohol drinking, energy drinks, substance-Induced psychosis, adolescent, psychotic disorders.

de alcohol, el uso simultáneo de tabaco o cannabis, el sexo masculino, la nacionalidad no española, la repetición de curso escolar y un menor nivel educativo de los padres (3). Este patrón de consumo se vincula estrechamente con diversas conductas de riesgo, como el consumo excesivo de alcohol, la agresividad, las conductas sexuales de riesgo, el absentismo escolar y los conflictos legales (1).

Asimismo, se ha observado que el consumo de AmED se asocia con un incremento de la impulsividad —posiblemente mediado por alteraciones en la vía dopaminérgica mesocorticolímbica (4)—, lo que incrementa la probabilidad de sobreconsumo y de desarrollo de conductas adictivas (5).

En cuanto a los factores que facilitan este tipo de consumo, los adolescentes suelen sentirse atraídos por el AmED porque la cafeína contrarresta parcialmente la sedación inducida por el alcohol, mientras que la publicidad de estas bebidas resulta especialmente sugestiva. A ello se suma la influencia del grupo de iguales, que favorece la experimentación, así como su sabor dulce y su fácil acceso, características que las convierten en una alternativa particularmente popular frente a las bebidas alcohólicas tradicionales (5). Finalmente, los fabricantes de bebidas energéticas refuerzan esta percepción positiva mediante estrategias de *marketing* que promocionan sus supuestos beneficios, como el aumento de la concentración, el rendimiento deportivo y la actividad mental (6).

Las bebidas energéticas contienen componentes como la cafeína —antagonista de los receptores de adenosina— que aumenta la liberación de dopamina en el sistema mesolímbico, lo que podría contribuir, en individuos vulnerables, a la aparición de síntomas psicóticos. Algunas de estas bebidas incluyen también

taurina, un aminoácido que se ha relacionado de forma hipotética con la inducción de síntomas psicóticos, así como inositol, cuya implicación en la desregulación afectiva podría contribuir al desarrollo de episodios maníacos en personas con trastorno bipolar (7). En 2025, un equipo de investigadores daneses publicó una revisión sistemática que incluyó once estudios tipo *case report*. En ellos se documentó, tras el consumo de bebidas energéticas, tanto el empeoramiento de síntomas psicóticos en pacientes con trastornos psiquiátricos graves previos (como la esquizofrenia) como la aparición de episodios psicóticos en individuos sin antecedentes psiquiátricos (7).

Finalmente, hay estudios realizados en roedores adolescentes que indican que la exposición a AmED induce alteraciones funcionales en los sistemas dopaminérgicos mesolímbico y mesocortical —vías implicadas en la modulación de la motivación y la cognición, y análogas a las afectadas en los trastornos psicóticos—. Además, se observa una disrupción del equilibrio entre la neurotransmisión glutamatérgica y dopaminérgica, junto con signos de neurotoxicidad y de alteración de la plasticidad sináptica en el hipocampo y la corteza prefrontal a largo plazo (4,6).

En este contexto, presentamos el caso de una adolescente que desarrolla un episodio psicótico inducido por sustancias tras el consumo de una mezcla de alcohol de alta graduación y bebida energética en un corto periodo de tiempo, con el objetivo de discutir el papel potencial de los AmED como precipitantes de síntomas psicóticos.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente de 16 años, sin alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes médicos relevantes, salvo la extirpación de un quiste submentoniano a los cinco años. Tuvo la menarquia a los 10 años. Es hija de padre español, fallecido en 2018, y madre de origen árabe. Actualmente, vive con su madre, un hermano mayor y otro menor con síndrome de Down.

Los antecedentes psiquiátricos familiares incluyen un familiar de primer grado tratado por depresión, un

familiar de tercer grado por parte materna con suicidio consumado y tres familiares de cuarto grado por parte paterna con trastornos de ansiedad.

No se observaron hallazgos destacables en el desarrollo neuroevolutivo: embarazo sin complicaciones, parto a término (39 semanas), desarrollo psicomotor y del lenguaje normal, y control de esfínteres antes de los cinco años. El sueño fue adecuado, salvo por el creciente uso de pantallas antes de dormir en los últimos años.

A los cinco años, acudió a un logopeda por sospecha de retraso en la lectura y la escritura. El rendimiento académico se mantuvo adecuado hasta 4.º de la ESO. Ha completado una formación profesional como auxiliar de enfermería y en septiembre de 2025 iniciará un grado superior de educación infantil. Su madre la describe como una persona rígida y ansiosa, aunque con una interacción social adecuada y un grupo de amistades estable.

Desde los 13 años se observan conductas de riesgo como escaparse de casa, agresividad hacia iguales que derivan en conflictos legales y conductas sexuales de riesgo. Es consumidora habitual de cigarrillos electrónicos y refiere consumo esporádico de alcohol en forma de *binge drinking* desde los 14 años, así como un consumo ocasional de cannabis. En las semanas previas al episodio actual, ha iniciado el consumo de óxido nitroso.

En el episodio actual, la paciente comenta que el 25 de julio de 2025 se reunió con tres amigas para celebrar el cumpleaños de una de ellas. En un contexto privado, solo entre ellas, prepararon y consumieron una mezcla de bebida alcohólica de alta graduación con bebida energética. La propia paciente señala que optaron por preparar la mezcla ellas mismas, ya que comprar ambos productos por separado suponía un gasto inferior a 10 €. En este contexto, ingirió aproximadamente 25 cl de alcohol (37,5 % de etanol), equivalente a unos 74 g de etanol (aproximadamente 7-8 unidades de bebida estándar), mezclados con 500 ml de bebida energética (32 mg de cafeína/100 ml), lo que corresponde a una ingesta total aproximada de 160 mg de cafeína, además de taurina (0,4 %), en menos de una hora. Niega el consumo de otras sustancias esa

37 noche, en la cual presentó un episodio de conducta heteroagresiva, sin amnesia posterior.

Al día siguiente, la paciente y su familia emprendieron un viaje a Marruecos con motivo de una visita familiar. Durante el trayecto, la paciente presentó un episodio de vómitos, por lo que realizaron una parada en un hospital de Andalucía. En dicho centro, se descartó la existencia de patología orgánica de gravedad y se efectuó una analítica de tóxicos en orina, cuyos resultados fueron negativos. Este episodio podría ser compatible con un cuadro de intoxicación aguda por alcohol o cafeína tras el consumo de AmED, en el contexto de una ingesta rápida y en cantidades elevadas. Tras la resolución del cuadro y una vez dada de alta, la paciente y su familia continuaron su viaje a Marruecos.

Desde la misma noche del consumo de AmED, la paciente desarrolló un cuadro de insomnio persistente y la aparición progresiva de sintomatología psicótica, con inicio en las primeras 24 horas tras el consumo, caracterizada por bloqueos del pensamiento, hipervigilancia, abandono del autocuidado, ideación persecutoria (con la convicción de que era grabada o espiada), risas inmotivadas, alucinaciones con risas inapropiadas, autorreferencialidad y creciente desconfianza hacia el entorno familiar. Asimismo, se observó una disminución significativa de la ingesta alimentaria e hídrica, con pérdida ponderal de aproximadamente 6 kg, atribuible a ideas delirantes de perjuicio, concretamente a la creencia de que sus familiares intentaban envenenarla.

Debido a la evolución de los síntomas y a su impacto en el funcionamiento diario, la madre decidió volver a España y llevarla al servicio de urgencias psiquiátricas de nuestro hospital para una evaluación psiquiátrica.

En la exploración psicopatológica, la paciente se encontraba consciente y orientada en persona, espacio y tiempo, aunque escasamente colaboradora. Se apreciaba pérdida de peso y ligero descuido de la higiene. El contacto era poco sintónico, con perplejidad ocasional y sonrisas inmotivadas. Su conducta oscilaba entre la hipervigilancia y la tensión. Se mostraba suspicaz y poco accesible, con latencia

aumentada en las respuestas y escasez de lenguaje. Refería ideas autorreferenciales. No verbalizaba fenómenos alucinatorios, aunque mostraba una conducta de escucha, girando la cabeza repetidamente. *Insight* escaso.

Ante una clínica compatible con un primer episodio psicótico, se decidió su ingreso en la Unidad de Psiquiatría Infantojuvenil. Los análisis de sangre y orina realizados al ingreso fueron normales. Se realizó resonancia magnética craneal, artefactada por los *brackets*, por lo que se decidió ampliar estudio con tomografía computarizada craneal. En ambos estudios no se encontraron hallazgos relevantes.

A nivel farmacológico, se inició tratamiento antipsicótico con olanzapina, aumentando la dosis hasta 15 mg/día. Posteriormente, se sustituyó por aripiprazol 10 mg/día, por somnolencia excesiva con la olanzapina.

En su estancia en la Unidad de Psiquiatría Infantojuvenil y ante revisión de historia, se realiza el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por sustancias, en este caso por alcohol de alta graduación y bebida energética. Durante las siguientes semanas, se observó una mejoría gradual con desaparición de las alucinaciones auditivas y de las ideas delirantes persecutorias y autorreferenciales, además de haber una ganancia de *insight*. Consultar [Figura 1](#) con el desarrollo del caso clínico.

Ante remisión de episodio psicótico se decidió dar el alta hospitalaria, continuando el seguimiento en el Hospital de Día Infantojuvenil (HDIJ) y la vinculación al Programa de Atención Específica al Trastorno Psicótico Incipiente (PAE-TPI).

Durante su estancia en el HDIJ se realiza reducción progresiva de la medicación prescrita al alta, observándose una recaída precoz que requirió reingreso a Unidad de Referencia de Psiquiatría infanto-juvenil (URPIJ). En este contexto, se realiza un cambio a antipsicótico inyectable de liberación prolongada con el objetivo de asegurar la adherencia al tratamiento, estableciéndose nuevo seguimiento por HDIJ.

A lo largo del ingreso HDIJ se constató la presencia recurrente de sintomatología positiva (ideación

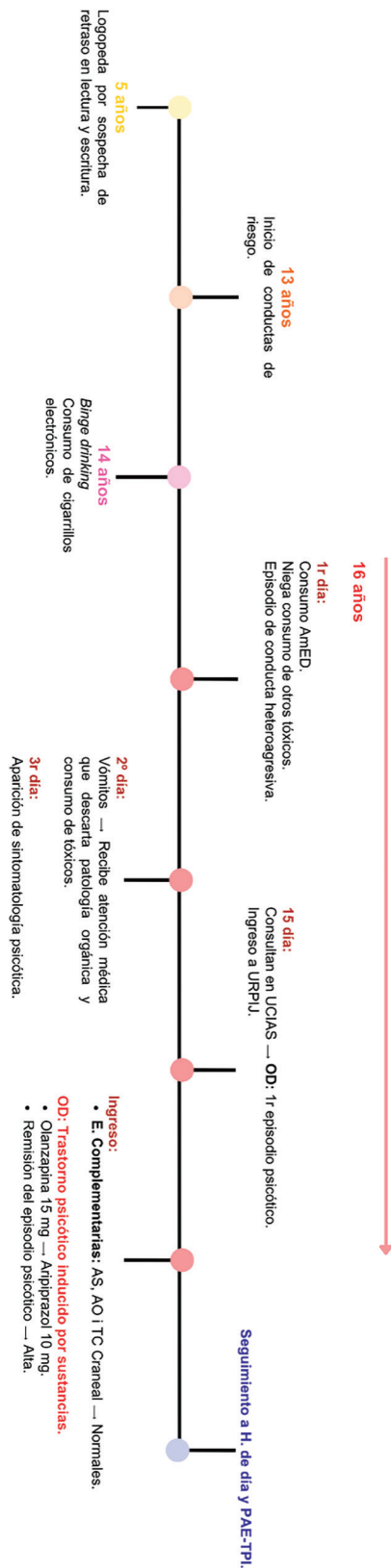


Figura 1. Diagrama temporal del caso clínico.

39 autorreferencial y delirante de perjuicio, fenómenos alucinatorios auditivos complejos de tipo comentador e imperativo y alteraciones senso-perceptivas) con mejoría progresiva. No obstante, persistió la sintomatología negativa (apatoabulia, anhedonia, embotamiento afectivo, retraimiento social y deterioro funcional académico) con impacto funcional relevante. Dada la persistencia de la clínica, la ausencia de consumo de tóxicos y la respuesta terapéutica al tratamiento antipsicótico, se orientó como trastorno de espectro esquizofrénico. En la actualidad, la paciente realiza seguimiento en Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ) según el programa PAE-TPI.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra de manera clara las potenciales consecuencias neuropsiquiátricas del consumo de alcohol mezclado con bebidas energéticas (AmED) en una adolescente vulnerable. La paciente presentaba múltiples factores de riesgo y predisposición, entre ellos antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos (depresión, ansiedad y suicidio), un patrón previo de desregulación conductual y consumo de alcohol y cannabis. Estos elementos pudieron reducir su umbral de resiliencia neurobiológica, facilitando que la exposición aguda a AmED actuara como precipitante directo de un episodio psicótico (3, 7). Aunque gran parte de la literatura previa sobre AmED se ha centrado en los riesgos conductuales e impulsividad, la evidencia emergente y los hallazgos de este caso respaldan la hipótesis de que su consumo puede precipitar descompensaciones psicóticas en individuos predispuestos (1, 5, 7).

En este caso, la relación temporal entre la ingesta combinada de alcohol y cafeína y la aparición de la sintomatología psicótica fue directa y bien delimitada, por lo que esta secuencia temporal apoya la hipótesis de una etiología inducida por sustancias (alcohol y cafeína). La paciente ingirió una mezcla equivalente a unos 74 g de etanol (~7-8 unidades de bebida estándar) combinados con 160 mg de cafeína y taurina, en menos de una hora, lo que constituye un patrón de consumo tipo *binge* en una adolescente. Los efectos estimulantes de la cafeína contrarrestan la sedación producida

por el alcohol y prolongan la vigilia, generando un estado de hiperactivación dopaminérgica que puede facilitar la aparición de síntomas psicóticos en individuos vulnerables (4-6). Además, la paciente presentó insomnio persistente durante las dos semanas posteriores, fenómeno que se reconoce como factor de riesgo independiente y mediador relevante en la génesis de síntomas psicóticos (5, 8).

Diversos autores han descrito que tanto la cafeína como el alcohol, por sí solos, pueden precipitar episodios psicóticos. En el caso de la cafeína, se han documentado cuadros caracterizados por insomnio prolongado, agitación psicomotora, ideación paranoide y alucinaciones auditivas, incluso con dosis moderadas (7, 8, 9). Por su parte, el alcohol también ha sido implicado en la génesis de psicosis inducidas, tanto durante la intoxicación aguda como en fases de abstinencia, con síntomas que incluyen delirios de persecución, alucinaciones auditivas e ideación de referencia (7, 10).

En comparación con los casos descritos en la literatura acerca de la aparición de sintomatología psicótica asociada al consumo de bebidas energéticas (7, 8), el presente caso comparte varias características comunes, como la aparición de síntomas psicóticos en el contexto de consumo agudo y la presencia de factores de vulnerabilidad previos. No obstante, la dosis de cafeína ingerida no puede considerarse excepcionalmente elevada en relación con otros casos publicados, lo que sugiere que la interacción con el alcohol y la vulnerabilidad individual podrían desempeñar un papel determinante.

En el contexto del caso clínico presentado, la combinación sinérgica de ambos compuestos —alcohol y cafeína— puede potenciar los efectos de cada uno y generar un impacto neurotóxico y desregulador más intenso sobre los sistemas dopaminérgicos mesolímbico y mesocortical, favoreciendo la aparición de síntomas psicóticos. Esta hipótesis se ve respaldada por estudios experimentales en roedores adolescentes, que demuestran que tras el consumo de AmED se observan alteraciones en la neurotransmisión dopaminérgica y glutamatérgica (4, 6).

Si bien la etiología del episodio debe considerarse probablemente multifactorial, los hallazgos del presente

caso apoyan que el consumo combinado de alcohol y bebidas energéticas desempeñó un papel predominante como factor precipitante. En efecto, la estrecha relación temporal entre la ingesta de AmED, el inicio del insomnio persistente y la posterior aparición progresiva de sintomatología psicótica refuerzan esta hipótesis.

No obstante, es necesario considerar otros posibles factores contribuyentes. El propio alcohol ha sido descrito como desencadenante de síntomas psicóticos tanto en fases de intoxicación como de abstinencia, incluso en dosis moderadas (11). Asimismo, aunque la paciente refiere un consumo ocasional de cannabis y un uso reciente de óxido nitroso, no puede descartarse completamente su contribución, dada la asociación de estas sustancias con la aparición de sintomatología psicótica en población adolescente.

En este contexto, debe tenerse en cuenta que los cribados toxicológicos en orina presentan limitaciones relevantes, incluyendo ventanas temporales de detección restringidas y la incapacidad para identificar determinadas sustancias, como el óxido nitroso, lo que dificulta la exclusión completa de otros agentes implicados. Sin embargo, la ausencia de consumo referido en los días posteriores, junto con la evolución clínica y la secuencia temporal descrita, hacen más probable que el episodio se relacione principalmente con el consumo agudo de AmED en un contexto de vulnerabilidad individual.

Desde el punto de vista diagnóstico, los hallazgos del caso son consistentes con un trastorno psicótico inducido por sustancias, de acuerdo con los criterios clínicos habituales, que incluyen la aparición de síntomas psicóticos durante o poco después de la exposición a una sustancia potencialmente implicada, así como la mejoría tras su retirada. No obstante, existe un debate creciente en la literatura acerca de la validez y los límites de esta categoría diagnóstica, especialmente en población adolescente, donde resulta complejo diferenciar entre una psicosis inducida transitoria y el inicio de un trastorno psicótico primario precipitado por factores externos (12).

Estos factores contextuales —incluyendo la accesibilidad, el bajo coste, su sabor agradable y la

normalización social del consumo de AmED—, previamente descritos en la introducción, no solo facilitan su consumo en adolescentes, sino que también contribuyen a una infraestimación del riesgo, favoreciendo patrones de ingesta más intensivos y potencialmente desregulados.

Desde una perspectiva neurobiológica y preventiva, este patrón de consumo supone un importante desafío. El consumo de AmED activa simultáneamente mecanismos cerebrales opuestos (sedación y estimulación), lo que genera un impacto disruptivo en el sistema nervioso central en desarrollo. En adolescentes con factores de riesgo (antecedentes familiares de trastornos mentales, disfunción conductual o vulnerabilidad emocional), esta combinación puede precipitar no solo conductas disruptivas, sino también episodios psicóticos agudos, trastornos afectivos o alteraciones neurocognitivas persistentes.

Además, la normalización del consumo de AmED en contextos sociales y culturales, como fiestas, redes sociales o entornos escolares, agrava el problema, ya que reduce la percepción del riesgo y dificulta la prevención y la intervención temprana (11). La falta de concienciación sobre los efectos psiquiátricos de estas sustancias, tanto entre adolescentes como entre padres, educadores y profesionales sanitarios, dificulta la detección temprana de casos como el descrito.

En este contexto, es fundamental que los profesionales de salud mental consideren el consumo de AmED como factor etiológico potencial ante episodios psicóticos de nueva aparición en adolescentes. La evaluación clínica debe incluir una anamnesis toxicológica detallada, enfatizando el tipo y la cantidad de bebidas energéticas y alcohol consumidos, así como la duración del insomnio y los síntomas prodrómicos. La educación preventiva dirigida a adolescentes y familias resulta clave para disminuir la percepción errónea de inocuidad del AmED y prevenir recaídas o nuevas descompensaciones.

CONCLUSIÓN

Este caso demuestra que el consumo agudo de alcohol mezclado con bebidas energéticas (AmED) puede

41 actuar como desencadenante de un primer episodio psicótico en adolescentes con vulnerabilidad. La combinación de fácil acceso, bajo coste, sabor agradable, fuerte atractivo comercial y normalización social supone un riesgo significativo para la estabilidad mental en esta etapa del desarrollo. Los profesionales de la salud mental deben considerar el AmED como un posible factor precipitante de los cuadros psicóticos de reciente aparición, promoviendo la identificación temprana y la educación preventiva entre los adolescentes en situación de riesgo.

APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la paciente y de su tutora legal para la publicación de este caso clínico, incluyendo la utilización de los datos clínicos con fines científicos, garantizando en todo momento la confidencialidad y anonimato de la información.

AGRADECIMIENTOS

A todos los autores y colaboradores

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de interés

REFERENCIAS

1. Scalese M, Cerrai S, Benedetti E, Colasante E, Cotichini R, Molinaro S. Combined alcohol and energy drinks: consumption patterns and risk behaviours among European students. *J Public Health (Berl)*. 2026;34:1041-1050. <https://doi.org/10.1007/s10389-024-02342-8>
2. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023 [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2024 [Consultado 17 nov 2025]. Disponible en: https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2024/2024_Informe_ESTUDES.pdf
3. Teijeiro A, Pérez-Ríos M, García G, Martin-Gisbert L, Candal-Pedreira C, Rey-Brandariz J, et al. Consumption of energy drinks among youth in Spain: trends and characteristics. *Eur J Pediatr*. 2025; 184: 365. <https://doi.org/10.1007/s00431-025-06177-7>
4. Dazzi L, Sanna F, Talani G, Bassareo V, Biggio F, Follesa P, et al. Binge-like administration of alcohol mixed to energy drinks to male adolescent rats severely impacts on mesocortical dopaminergic function in adulthood: A behavioral, neurochemical and electrophysiological study. *Neuropharmacology*. 2024; 243: 109786. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2023.109786>
5. Lalanne L, Lutz PE, Paille F. Acute impact of caffeinated alcoholic beverages on cognition: a systematic review. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2017;76:188-194. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.03.007>
6. Biggio F, Talani G, Asuni GP, Bassareo V, Boi M, Dazzi L, et al. Mixing energy drinks and alcohol during adolescence impairs brain function: A study of rat hippocampal plasticity. *Neuropharmacology*. 2024; 254: 109993. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2024.109993>
7. Wegmann Düring S, Botfeldt Møller-Pedersen T, Hovmand OR. Psychotic symptoms following consumption of energy drinks: a systematic review. *Nord J Psychiatry*. 2025; 79(5): 325-332. <https://doi.org/10.1080/08039488.2025.2499593>
8. Hernandez-Huerta D, Martin-Larregola M, Gomez-Arnau J, Correias-Laufer J, Dolengevich-Segal H. Psychopathology related to energy drinks: A psychosis case report. *Case Rep Psychiatry*. 2017;2017: 5094608. <https://doi.org/10.1155/2017/5094608>
9. Cruzado L, Sánchez-Fernández M, Cortez-Vergara C, Rojas-Rojas G. Mania induced by high content caffeinated energy drinks. *Actas Esp Psiquiatr* [Internet]. 2014 [Consultado 17

- nov 2025];42(5):259-262. Disponible en: <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/736>
10. Lu DL, Lin XL. Development of psychotic symptoms following ingestion of small quantities of alcohol. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016; 12: 2449-2454. <https://doi.org/10.2147/NDT.S112825>
 11. De Giorgi A, Valeriani F, Gallè F, Ubaldi F, Bargellini A, Napoli C, et al. Alcohol Mixed with Energy Drinks (AmED) Use among University Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. 2022; 14(23): 4985. <https://doi.org/10.3390/nu14234985>
 12. Starzer MSK, Nordentoft M, Hjørthøj C. Rates and Predictors of Conversion to Schizophrenia or Bipolar Disorder Following Substance-Induced Psychosis. *Am J Psychiatry*. 2018;175(4):343-350. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2017.17020223>

M.^a Cristina de Hoyos López ^{1*} 

Nuria Puente Ubierna ²

Antonio Pérez Chacón ³

Manuela Pérez Chacón ⁴

1. Licenciada en Medicina, Especialista en Pediatría y Áreas específicas. Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), España.

2. Licenciada en Medicina, Especialista en Pediatría y Áreas específicas. Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL), España.

3. Doctor en Psicología de los RR. HH. Patrono fundador de la Fundación Española de Alta Sensibilidad (FUNDESPAS), España.

4. Psicóloga infantojuvenil. Presidenta de la Asociación de profesionales de Alta Sensibilidad (PAS España). Patrona fundadora de la Fundación Española de Alta Sensibilidad (FUNDESPAS), España.

*** AUTORA DE CORRESPONDENCIA**

M.^a Cristina de Hoyos López

Correo: mariacristina.hoyos@salud.madrid.org

Sensibilidad sensorial, selectividad alimentaria y trastorno de evitación y restricción de la ingesta de alimentos (TERIA) en niños y adolescentes: un espectro emergente

Sensory Sensitivity, Food Selectivity, and Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder (ARFID) in Children and Adolescents: An Emerging Spectrum

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en población pediátrica han cobrado relevancia clínica en nuestro medio en las últimas décadas por su impacto sanitario, social y económico. Aunque tradicionalmente se han vinculado a factores psicológicos y socioculturales, las investigaciones más recientes destacan el papel de la sensibilidad sensorial como un factor neurobiológico y genético relevante en la génesis y el mantenimiento de las conductas alimentarias disfuncionales (1). La mayor reactividad del sistema nervioso ante estímulos sensoriales puede manifestarse desde etapas tempranas de la infancia como rechazo persistente a determinadas texturas, olores, sabores y apariencia durante la alimentación y neofobia (aversión a alimentos nuevos); es decir, una «alimentación selectiva» que pueden perpetuarse hasta la adolescencia e incluso en la edad adulta (1-7). Este patrón persistente de evitación/restricción alimentaria por sus propiedades sensoriales se asocia en algunos casos a déficits nutricionales, afectación del peso y del crecimiento, necesidad o dependencia de suplementos alimenticios, alteración de la dinámica familiar e interferencia en el funcionamiento psicosocial, identificado en la literatura científica española con el acrónimo TERIA (trastorno de evitación y restricción de la

ingesta de alimentos) y en la literatura científica anglosajona *ARFID* (*Avoidant Restrictive Food Intake Disorder*) e incluido como categoría diagnóstica desde 2013 en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* de la Academia Americana de Psiquiatría (DSM-5) (8). En la última década, ha captado mayor atención por parte de la comunidad científica debido a su repercusión en la salud física y psicológica de los afectados, definiéndose varios subtipos: el fenotipo TERIA-selectivo (evitan y restringen grupos de alimentos en relación con una alta sensibilidad sensorial), el fenotipo TERIA-aversivo (tras experiencias previas de atragantamientos, asfixia, vómitos o regurgitaciones) y el fenotipo TERIA-falta interés (asociado a inapetencia crónica). Su incidencia es más elevada en la infancia y adolescencia, estando presente en el 5% en niños sanos y hasta el 21% de niños con trastorno del espectro autista (TEA). Afecta por igual a ambos sexos y nunca está presente la distorsión de la imagen corporal ni la preocupación por el peso, permitiendo el diagnóstico diferencial con otros TCA como la anorexia nerviosa y la bulimia; si bien presenta comorbilidad con los trastornos de ansiedad (fobia social en eventos que involucren comidas) y el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (1, 6).

44 La evidencia científica disponible en las últimas dos décadas ha confirmado la asociación entre la sensibilidad sensorial y las conductas alimentarias disfuncionales en la infancia y adolescencia, sugiriendo que la selectividad alimentaria no puede entenderse de forma generalizada como un fenómeno transitorio del desarrollo, sino que en muchos casos se enmarca en perfiles sensoriales atípicos y puede evolucionar hacia TCA incluso hasta la edad adulta (1-7). Una revisión sistemática de más de 260 artículos científicos realizada hace ya una década refrendó la teoría de que la alta sensibilidad sensorial influye no solo en la alimentación, sino también en el temperamento y la interacción social, proponiendo intervenciones terapéuticas a edades precoces en estos niños (3). En la misma línea, Steinsbekk et al. evidenciaron en una cohorte noruega que la sensibilidad sensorial predice la selectividad alimentaria en la infancia y que la sensibilidad parental incrementa el riesgo de persistencia hasta la adolescencia o edad adulta; sugiriendo igualmente que las intervenciones dirigidas a la sensibilidad sensorial infantil y parental reducirían el riesgo de TCA (4). Zickgraf et al. aportan recientemente una perspectiva novedosa al defender que la rigidez cognitivo-conductual infanto-juvenil y la sensibilidad oral a texturas son predictores independientes de la selectividad alimentaria. Se trata pues de una investigación pionera en tanto en cuanto resalta la relevancia de la rigidez cognitivo-conductual en la selectividad alimentaria a la vez que propone una nueva línea terapéutica en su abordaje (5). Del Campo et al., en una revisión sistemática de 142 artículos científicos en menores de edad sanos con dieta selectiva, identifican déficits nutricionales frecuentes de macronutrientes y micronutrientes (folatos, Mg, K, vitaminas B, D y E, Fe, caroteno y Zn) en relación con una ingesta escasa de frutas, verduras, carne y pescado. Concluyen que la neofobia y la selectividad alimentarias en la infancia están condicionadas por factores de riesgo relacionados con características biológicas (sensibilidad sensorial), además de socioambientales, y familiares, subrayando una vez más la necesidad de apoyo sanitario a las familias (indicaron que el 60% de estos padres requería apoyo práctico, el 47,7% apoyo emocional y el 16,2% apoyo nutricional) (6).

En el ámbito del TERIA, Kambanis et al. concluyen en recientes estudios prospectivos en adolescentes y adultos que la mitad de ellos persistió con su diagnóstico original, siendo los perfiles de mayor sensibilidad sensorial los que se asociaron con TERIA persistente. Y demuestran, cuantificando por primera vez este parámetro en laboratorio, que estos pacientes presentan mayor sensibilidad gustativa y olfativa (7). Kramer et al. observaron igualmente que los síntomas de TERIA son precedidos por el rasgo de sensibilidad sensorial y que la repugnancia hacia la comida media entre ambos, confirmando que este rasgo es nuclear en el fenotipo TERIA-selectivo tanto en niños como en adultos (1). Estas últimas investigaciones suponen un primer paso esencial en la comprensión de los factores de riesgo y el mantenimiento de este trastorno; sin embargo, su diagnóstico requiere del cumplimiento de una de las siguientes premisas dentro de los criterios del DSM-5 (véase la [Tabla 1](#)).

En este contexto, la selectividad alimentaria persistente, entendida como una preferencia sostenida y limitada por ciertos alimentos basada en propiedades sensoriales (textura, sabor, olor, apariencia) representa un patrón conductual mucho más prevalente en la infancia y adolescencia, aunque también puede derivar en TERIA. Además, estos niños con desarrollo típico que a partir de su primer año de vida muestran rasgos de alta sensibilidad sensorial manteniendo a lo largo de los años neofobia, aceptación muy restringida de alimentos e inflexibilidad en la elaboración y presentación de los platos que aceptan; aunque no lleguen a exhibir una repercusión evidente en su desarrollo antropométrico ni déficits nutricionales significativos, sí experimentan una travesía de sufrimiento psíquico compartido con sus familias (dimensión evaluada por numerosos autores) que no se debe ignorar ni invalidar (9). Muchos de ellos transitan también en su adolescencia portando una mochila de comorbilidad (ansiedad, fobia social ante eventos relacionados con la comida, rasgos obsesivo-compulsivos) con un impacto psicosocial significativo y un diagnóstico psiquiátrico como destino final. Por tanto, haciendo un paralelismo, el TERIA representaría la punta del iceberg de un tipo de TCA asociado a la sensibilidad sensorial desde

Tabla 1. Criterios DSM-5 del trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos

A. Trastorno de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (por ejemplo, falta de interés aparente por comer o alimentarse; evitación a causa de las características organolépticas de los alimentos; preocupación acerca de las consecuencias repulsivas de la acción de comer) que se pone de manifiesto por el fracaso persistente para cumplir las adecuadas necesidades nutritivas o energéticas asociadas a uno (o más) de los hechos siguientes: 1. Pérdida de peso significativa (o fracaso para alcanzar el aumento de peso esperado o crecimiento escaso en los niños). 2. Deficiencia nutritiva significativa. 3. Dependencia de la alimentación enteral o de suplementos nutritivos por vía oral. 4. Interferencia importante en el funcionamiento psicosocial.
B. El trastorno no se explica mejor por la falta de alimentos disponibles o por una práctica asociada culturalmente aceptada.
C. El trastorno de la conducta alimentaria no se produce exclusivamente en el curso de la anorexia o bulimia nerviosa, y no hay pruebas de un trastorno en la forma en que uno mismo experimenta el propio peso o constitución.
D. El trastorno de la conducta alimentaria no se puede atribuir a una afección médica concurrente o no se explica mejor por otro trastorno mental. Cuando el trastorno de la conducta alimentaria se produce en el contexto de otra afección o trastorno, la gravedad del trastorno de la conducta alimentaria excede a la que suele asociarse a la afección o trastorno y justifica la atención clínica adicional.
Especificar si: En remisión: después de haberse cumplido con anterioridad todos los criterios para los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos, los criterios no se han cumplido durante un período continuado.

Nota: Criterios DSM-5 del TERIA (trastorno de evitación/restricción de la ingesta de alimentos).

la primera infancia, y la selectividad alimentaria persistente supondría la base, manteniendo sumergida esa cuarta parte de la población con alta sensibilidad o en términos científicos denominada «sensibilidad de procesamiento sensorial» (rasgo temperamental descrito por la investigadora pionera Elaine Aron desde 1997 caracterizado por una mayor reactividad del sistema nervioso y un procesamiento más profundo de los estímulos sensoriales, emocionales y sociales), hasta que muchos de ellos acaben emergiendo a una categoría de trastorno mental (10).

Por otro lado, debido a que este diagnóstico era novedoso cuando se incluyó en 2013 en el DSM-5, los criterios de TERIA aún no estaban respaldados por la investigación en muestras clínicas o poblacionales. En el último año, varios expertos mundiales han apoyado esta necesidad de revisar y refinar dichos criterios diagnósticos, en aras de comprender mejor su complejidad, reconocer síntomas subumbrales y reducir la ambigüedad de su abordaje tardío en la práctica clínica.

Por tanto, a tenor de que la sensibilidad sensorial constituye un factor de riesgo relevante para la selectividad alimentaria persistente y el desarrollo de TERIA, se plantea la necesidad de considerar detenidamente este rasgo en la evaluación clínica y en las

estrategias de prevención de TCA, en una intervención que ha de ser multidimensional: exposición gradual y repetida a nuevos alimentos, atención a la rigidez cognitiva como factor independiente, apoyo a las familias tanto nutricional como emocional y atención a la sensibilidad parental que puede amplificar el riesgo infantil. La integración de estos elementos en la práctica clínica pediátrica permitiría una identificación precoz y un abordaje preventivo eficaz, reduciendo el riesgo de déficits nutricionales y de evolución hacia un TCA. Los pediatras de atención primaria, desde su posición estratégica como puerta de entrada al sistema sanitario, cuentan con ventanas de oportunidad para el despistaje proactivo de la sensibilidad sensorial y la selectividad alimentaria ya desde las primeras revisiones de salud. Por tanto, se revela la necesidad sociosanitaria de diseñar e implementar, en consenso con los especialistas en psiquiatría infantojuvenil, programas comunitarios de cribado y atención integral a la alta sensibilidad desde la primera infancia, en aras de atender a esta diversidad por tratarse de un rasgo de personalidad presente en el 20-25 % de la población descrito y estudiado ya desde hace casi tres décadas.

En conclusión, la evidencia científica revela que la sensibilidad sensorial representa un marcador precoz de riesgo en el desarrollo de TCA y puede actuar como

46 factor predisponente y mantenedor de las conductas alimentarias disfuncionales. En algunos niños altamente sensibles, la experiencia alimentaria es percibida como amenazante, generando conductas de evitación y ansiedad anticipatoria que pueden perpetuarse hasta la adolescencia e incluso la edad adulta. La selectividad alimentaria persistente, aunque no esté categorizada dentro de los TCA, podría considerarse una manifestación inicial en el espectro del TERIA, especialmente cuando genera dificultades funcionales, sociales o nutricionales leves sin alcanzar los umbrales clínicos del trastorno. Su detección temprana puede prevenir la cronificación de los TCA y mejorar los resultados terapéuticos. Su evaluación debe ser multidimensional y entenderse en un abordaje clínico integral y coordinado: pediatras, enfermería pediátrica, unidades de digestivo y nutrición infantil y equipos de salud mental infantojuvenil, contemplando aspectos nutricionales, sensoriales, psicológicos y sociofamiliares, con el fin de identificar precozmente si la conducta alimentaria forma parte de un patrón subclínico de TERIA o se trata de una fase evolutiva y transitoria del desarrollo infantil.

REFERENCIAS

1. Kramer L, Nettle A, Merz AK, Martin A, Hilbert A, Schmidt R. Sensory sensitivity and food disgust in avoidant/restrictive food intake disorder presentations across ages. *Appetite*. 2026; 217:108329. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2025.108329>
2. Xue Y, Lee E, Ning K, Zheng Y, Ma D, Gao H, et al. Prevalence of picky eating behaviour in Chinese school-age children and associations with anthropometric parameters and intelligence quotient. A cross-sectional study. *Appetite*. 2015;91:248-255. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.04.065>
3. Dunn W, Little L, Dean E, Robertson S, Evans B. The State of the Science on Sensory Factors and Their Impact on Daily Life for Children: A Scoping Review. *OTJR (Thorofare N J)*. 2016;36(2 Suppl):3S-26S. <https://doi.org/10.1177/1539449215617923>
4. Steinsbekk S, Bonneville-Roussy A, Fildes A, Llewellyn CH, Wichstrøm L. Child and parent predictors of picky eating from preschool to school age. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2017;14:87. <https://doi.org/10.1186/s12966-017-0542-7>
5. Zickgraf HF, Richard E, Zucker NL, Wallace GL. Rigidity and Sensory Sensitivity: Independent Contributions to Selective Eating in Children, Adolescents, and Young Adults. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2022;51(5):675-687. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1738236>
6. Del Campo C, Bouzas C, Tur JA. Risk factors and consequences of food neophobia and pickiness in children and adolescents: a systematic review. *Foods*. 2025;14(1):69. <https://doi.org/10.3390/foods14010069>
7. Kambanis PE, Tabri N, McPherson I, Gydus JE, Kuhnle M, Stern CM, et al. Prospective 2-Year Course and Predictors of Outcome in Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2025;64(2):262-275. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2024.04.010>
8. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-5. 5.^a ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
9. Fernández de Valderrama Rodríguez A, Ochoa Sangrador C, Pedrón Giner C, Sánchez Hernández J. Repercusión psicológica y social de los padres y madres de niños con dificultades de alimentación. *An Pediatr (Barc)*. 2022;97(5):317-325. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2022.04.011>
10. Aron EN, Aron A. Sensory-processing sensitivity and its relation to introversion and emotionality. *J Pers Soc Psychol*. 1997;73(2):345-368. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.2.345>