

Revisión bibliográfica sobre diagnóstico y atención al Trastorno Reactivo del Apego

Informes de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias
AETS-ISCIH

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



MINISTERIO
DE SANIDAD



Red Española de Agencias de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias



AET
TIS
Agencia de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias

guiasalud.es

Guía de Salud
Ministerio de Sanidad y Consumo
Instituto de Salud Carlos III



Revisión bibliográfica sobre diagnóstico y atención al Trastorno Reactivo del Apego

Informes de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias
AETS-ISCIH

INFORMES, ESTUDIOS E INVESTIGACIÓN



MINISTERIO
DE SANIDAD



Red Española de Agencias de Evaluación
de Tecnologías y Productos de Salud Nacional de Salud



Instituto
de Salud
Carlos III

Agencia de Evaluación
de Tecnologías Sanitarias

guiasalud.es
Biblioteca de Guías de Práctica Clínica
del Sistema Nacional de Salud



Revisión bibliográfica sobre diagnóstico y atención al trastorno reactivo del apego. M Palma Ruiz, E García Carpintero, M Carmona, L Sánchez Gómez. Ministerio de Sanidad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III. 2022.

1 archivo pdf; – (Informes, Estudios e Investigación)

Palabras clave: Trastorno reactivo del apego, diagnóstico, atención

ISCI3

NIPO PDF: 834220038

NIPO EPUB: 834220043

Ministerio de Sanidad

NIPO PDF: 133220281

NIPO EPUB: 133220297

DOI: https://doi.org/10.46995/ot_4

Convenio de colaboración/financiación:

Este documento ha sido realizado por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III en el marco de la financiación del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social para el desarrollo de las actividades del Plan anual de Trabajo de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS, aprobado en el Pleno del Consejo Interterritorial del SNS de 4 de marzo de 2019 (conforme al Acuerdo del Consejo de Ministros de 13 de diciembre de 2019).

Para citar este informe:

PALMA RUIZ M, GARCÍA CARPINTERO E, CARMONA M, SÁNCHEZ GÓMEZ LM. Revisión bibliográfica sobre diagnóstico y atención al trastorno reactivo del apego. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS) - Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Madrid. 2022. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.

Revisión externa:

Este informe de evaluación ha sido sometido a un proceso de revisión externa. La Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III, agradece a GuíaSalud y la Subdirección General de Calidad Asistencial del Ministerio de Sanidad por su colaboración desinteresada y los comentarios aportados.

Declaración de conflicto de interés:

Los autores declaran que no ha existido ningún tipo de conflicto de interés en la elaboración de este documento. Este documento puede ser reproducido total o parcialmente, por cualquier medio, siempre que se cite explícitamente su procedencia.

Edita: Ministerio de Sanidad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del ISCI3.

Fecha de publicación: 2022

Edita: Ministerio de Sanidad

Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto de Salud Carlos III.

Contacto: Luis M. Sánchez Gómez (luis.m.sanchez@isciii.es)



MINISTERIO
DE SANIDAD



guiasalud.es
Biblioteca de Guías de Práctica Clínica
del Sistema Nacional de Salud



Índice

ÍNDICE DE TABLAS	5
ÍNDICE DE FIGURAS	7
SIGLAS Y ACRÓNIMOS	9
SUMMARY	11
Introduction	11
Objectives	11
Methods	11
Results	11
Conclusions	12
RESUMEN	13
Introducción	13
Objetivos	13
Metodología	13
Resultados	13
Conclusiones	14
1. INTRODUCCIÓN	15
2. OBJETIVOS	23
2.1. Objetivo general	23
2.2. Alcance	23
3. METODOLOGÍA	25
3.1. Revisión sistemática de la literatura	25
3.1.1. Criterios de selección de estudios	25
4. RESULTADOS	29
4.1. Revisión sistemática de la literatura	29
4.1.1. Descripción y calidad de los estudios seleccionados	30
4.2. Resultados sobre diagnóstico y atención	33
4.2.1. Diagnóstico del Trastorno Reactivo del Apego	33
4.2.2. Atención al Trastorno Reactivo del Apego	41
5. DISCUSIÓN	57
6. CONCLUSIONES	61
CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES	63

DECLARACIÓN DE INTERESES	65
REFERENCIAS	67
ANEXOS	71
Anexo 1. Estrategia de búsqueda	71
Anexo 2. Resumen estudios incluidos	73
Anexo 3. Herramientas diagnosticas incluidas en la guía NICE diagnósticas	75
Anexo 4. Evaluación de la calidad	77
Herramienta AGREE II	77
Herramienta AGREE II	78
Herramienta AMSTAR	79

Índice de tablas

Tabla 1. Herramientas diagnósticas de trastornos de apego incluidas en Wright et al.	34
Tabla 2. Recomendaciones de la guía NICE para la evaluación de las dificultades de apego	37
Tabla 3. Recomendaciones establecidas por la AACAP para la evaluación del Trastorno Reactivo del Apego	41
Tabla 4. Recomendaciones guía NICE para intervenciones en niños de edad preescolar, educación primaria, secundaria y jóvenes en riesgo de institucionalización o acogida	46
Tabla 5. Recomendaciones guía NICE para intervenciones en niños de edad preescolar, en educación primaria y jóvenes, tanto en centros de acogida como adoptados	49
Tabla 6. Recomendaciones de la guía NICE para niños en educación primaria tardía y secundaria temprana que están en transición a una nueva escuela	51
Tabla 7. Recomendaciones establecidas por la AACAP para el tratamiento del Trastorno Reactivo del Apego	55
Tabla 8. Herramientas de evaluación para guiar decisiones de intervención incluidas en la guía de práctica clínica publicada por NICE	75

Índice de figuras

Figura 1. Proceso de selección de estudios (diagrama de flujo)	29
Figura 2. Definición de problemas graves de apego	31

Siglas y acrónimos

AGREE	Appraisal of Guidelines Research and Evaluation
AACAP	American Academy of Child & Adolescent Psychiatry
ABC	Attachment and Biobehavioural Catch-up
AMSTAR	A measurement Tool to Assess Systematic Reviews
APA	American Psychiatric Association
AQS	Attachment Behaviour Q-set
BAT	Biopsychosocial Attachment Types
BERS	Behavioural and Emotional Rating Scale
CAPA-RAD	Child and Adolescent Psychiatric Assessment-RAD
CBRS	May-Nichols Child Behaviour Rating Scale
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
COS-4	Círculo de Seguridad - visita a domicilio-4
DAI	Disturbances of Attachment Interview
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ECA	Ensayo clínico Aleatorizado
EHS	Early Head Start
ERIC	Education Resources Information Center
ETRAD-Q-SV	Early TRAuma-related Disorders Questionnaire-Short Version
ETS	Evaluación de Tecnologías Sanitarias
GRADE	Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation
HTA	Health Technology Assessment
IC	Intervalo de Confianza
IPT	Psicoterapia Interpersonal
LTS	Louisville Twin Study
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
OR	Odds Ratio
PAPA	Preschool Age Psychiatric Assessment

PICO	Pacientes, Intervención, Comparadores, Resultados (Outcomes)
PIIP	Programa de intervención psicoterapéutica preventiva
RADQ	Randolph Attachment Disorder Questionnaire
RPQ	Relationships Problems Questionnaire
RS	Revisión Sistemática
SSP	Strange Situation Procedure
TCSD	Trastorno de compromiso social desinhibido
TDAH	Trastorno de Déficit de Atención e Hiperactividad
TRA	Trastorno Reactivo del Apego
WRO	Waiting Room Observation

Summary

Introduction

Reactive attachment disorder (RAD) arises when a secure attachment to primary caregivers does not develop in early childhood as a result of severe experiences, neglect or deprivation, abuse, or abrupt separation from caregivers between six months and three years of age, or as a result of a lack of adequate response by the caregiver to the child's communication needs.

Objectives

To perform a literature review on the assessment, diagnosis and care of reactive attachment disorder.

Methods

A systematic review of the literature published between 2015-2019 has been carried out (updated to 15/02/2022). A search was conducted on: Medline (PubMed), Embase, Web of Science, Scopus, Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Library), Cochrane Central Database of Controlled Trials-Central, PsycINFO, Education Resources Information Center (ERIC), The Campbell Library, Tripdatabase, Prospero, DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effects), Health Technology Assessment (HTA) Database and NHS-EED (National Health System Economic Evaluation Database) Centre for Reviews and Dissemination (CRD), Biblioteca Virtual en Salud.

The selection included health technology assessment reports, clinical practice guidelines, systematic reviews, meta-analyses and consensus documents, positions and protocols of Scientific Societies.

Results

A total of 3 published studies have been selected after screening the literature found in pairs. These are a Health Technology Assessment report, a NICE clinical practice guideline and an AACAP clinical guideline. These studies have used a variety of terminology: severe attachment problems or

attachment difficulties (including disorganized attachment patterns and attachment disorders) in the first two; and reactive attachment disorders in the third document.

Conclusions

For the diagnosis of reactive attachment disorder, it is recommended to use the DSM-V and ICE-10 criteria, and not to use tools for the detection of patterns or difficulties attachment. Psychotherapeutic interventions are recommended to help children with reactive attachment disorders and their caregivers. Therapy is conducted from two different perspectives: with the caregiver alone or with the child-child pair. The use of video-feedback interventions is recommended.

There is an extensive literature available in the field of attachment and attachment patterns. However, in the case of reactive attachment disorders the available evidence is very limited in terms of diagnostic tools and interventions.

Resumen

Introducción

El trastorno reactivo del apego (TRA) surge cuando no se desarrolla un apego seguro con los cuidadores primarios en la infancia temprana como consecuencia de graves experiencias, negligencia o privación, de abuso o de separación abrupta de los cuidadores entre los seis meses y tres años de edad, o como resultado de una ausencia de respuesta adecuada por parte de la persona cuidadora a las necesidades de comunicación del niño/a.

Objetivos

Realizar una revisión bibliográfica sobre la evaluación, el diagnóstico y la atención del trastorno reactivo del apego.

Metodología

Revisión sistemática de la literatura científica publicada entre 2015-2019 (actualizada a 15/02/2022). Se realizó una búsqueda en: Medline (PubMed), Embase, Web of Science, Scopus, Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Library), Cochrane Central Database of Controlled Trials-Central, PsycINFO, Education Resources Information Center (ERIC), The Campbell Library, Tripdatabase, Prospero, DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effects), Health Technology Assessment (HTA) Database y NHS-EED (National Health System Economic Evaluation Database) Centre for Reviews and Dissemination (CRD), Biblioteca Virtual en Salud.

La selección ha incluido informes de evaluación de tecnologías sanitarias, guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, metanálisis y documentos de consenso, posicionamientos y protocolos de Sociedades Científicas.

Resultados

Se han seleccionado un total de 3 estudios publicados tras el cribado de la bibliografía encontrada llevado a cabo por pares. Se trata de un informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, de una guía de práctica clínica de NICE y una guía clínica de la AACAP. Estos estudios han utilizado una terminología diversa: problemas graves de apego o dificultades de apego

(incluye patrones de apego desorganizados y trastornos de apego) en los dos primeros; y trastornos reactivos del apego en el tercer documento.

Conclusiones

La evidencia disponible recomienda para el diagnóstico de trastorno reactivo del apego utilizar los criterios DSM-V y CIE-10, y no emplear herramientas para la detección de patrones o dificultades de apego. Se recomiendan intervenciones psicoterapéuticas para ayudar a los niños con trastornos reactivos del apego y sus cuidadores. La terapia se realiza desde dos perspectivas diferentes: solo con la persona cuidadora o con el par cuidador-niño. Se recomienda la utilización de la técnica vídeo-feedback.

Existe una amplia literatura disponible en el campo del apego y los patrones de apego. Sin embargo, en el caso de los trastornos reactivos del apego la evidencia disponible es muy limitada en lo que se refiere a las herramientas diagnósticas y las intervenciones.

1. Introducción

La cualidad de las interacciones entre el bebé y su cuidador principal durante los dos primeros años de vida es uno de los cimientos sobre los que se construye la capacidad del niño/a de comprender y actuar en el mundo afectivo. El psicoanalista John Bowlby (1951) formuló las bases de lo que se conoce como teoría del apego que se fundamenta principalmente en el vínculo emocional que desarrolla el bebé hacia sus cuidadores principales, obteniendo de ellos seguridad física y psicológica. El apego es un proceso vital en la ontogénesis humana, no solo porque incrementa la probabilidad de supervivencia en la infancia sino porque optimiza el desarrollo de una personalidad adaptativa (1).

Posteriormente, las aportaciones de Mary Ainsworth en los años 60 y 70 del siglo pasado permitieron la expansión, conceptual y académica, de la teoría del apego, que estableció una propuesta de clasificación de la relación de apego en tres estilos: apego seguro, inseguro-evitativo y resistente-ambivalente. La descripción de estos tipos se basa en la respuesta de los niños a un procedimiento de laboratorio conocido como “Situación Extraña”, en la que el niño es sometido a una serie de separaciones y reencuentros con su figura de apego (2). El objetivo era evaluar la manera en que los niños utilizaban a los adultos como fuente de seguridad, desde la cual podían explorar su ambiente, y cómo reaccionaban ante la presencia de extraños, sobre todo en los momentos de separación y de reunión con la madre o persona cuidadora. Posteriormente Main y Salomon (1986) describieron otro tipo de reacciones y añadieron una nueva categoría: apego desorganizado. Estos cuatro patrones o estilos de apego no son categorías diagnósticas y sus características principales son (3, 4) :

El apego de tipo seguro: El niño utiliza el cuidador como una base segura para la exploración. Protesta contra la partida del cuidador y busca proximidad. Puede ser consolado por extraños, pero muestra una clara preferencia por el cuidador, y este reacciona de forma consistente a las necesidades.

El apego de tipo evitativo: El niño muestra poco intercambio afectivo en el juego, escasa o ninguna irritación ante la ausencia del cuidador. Espera su regreso y cuando este regresa, no le presta mucha atención.

El apego de tipo ambivalente o resistente: Para el niño la persona cuidadora no es una base segura, coexisten sentimientos ambivalentes, por un lado, busca el consuelo materno a su regreso, pero al mismo tiempo, siente rabia. El niño siempre se siente ansioso porque la disponibilidad del cuidador nunca es consistente.

El apego de tipo desorientado o desorganizado: El niño no tiene un patrón claro de comportamiento, sino que tan pronto manifiesta una conducta

de apego fuerte, como busca la evitación o se queda paralizado. Oscila entre la angustia, el enfado, la evitación y el alejamiento. Percibe a su cuidador como figura atemorizante e impredecible, ya que éste adopta estrategias de cuidado incoherentes. El niño con este tipo de apego ha tenido experiencias relacionales tempranas dolorosas.

Los trastornos del apego denotan formas muy específicas y raras de trastorno mental diagnosticable identificadas por la CIE-10 y el DSM-V. Solo se pueden diagnosticar si los síntomas han comenzado antes de los 5 años. Estos trastornos se caracterizan necesariamente por un comportamiento que se muestra de manera generalizada en la relaciones de cuidado (5).

El trastorno reactivo del apego (TRA) surge cuando no se desarrolla un apego seguro con los cuidadores primarios en la infancia temprana como consecuencia de graves experiencias, negligencia o privación, de abuso o de separación abrupta de los cuidadores entre los seis meses y tres años de edad, o como resultado de una ausencia de respuesta adecuada por parte de la persona cuidadora a las necesidades de comunicación del niño/a. Se establece como causa del comportamiento alterado la existencia de una crianza patogénica con alguna de las siguientes características (6).

Sin embargo, a pesar de que estas experiencias adversas son necesarias para que se genere un trastorno del apego, no son suficientes para explicar su desarrollo, ya que no todos los niños que han padecido estas circunstancias presentan estos trastornos.

En la cuarta edición del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA, American Psychiatric Association) se asumió que el trastorno del apego era un trastorno con dos subtipos: inhibido y desinhibido, ambos compartían la etiología de la exposición al abandono, abuso físico y social, y la ausencia de cuidados adecuados durante la infancia. Sin embargo, en la quinta edición del DSM se revisó el constructo de los trastornos de apego y se diferenció entre el TRA y el trastorno de compromiso social desinhibido (TCSO). El TRA se caracteriza por una incapacidad para iniciar interacciones sociales o responder a ellas de un modo apropiado al nivel de desarrollo, por medio de respuestas inhibidas y ambivalentes. Estas reacciones implican problemas en la reciprocidad y el compromiso en las relaciones, además de dificultades en la regulación del afecto (irritabilidad, miedo e hipervigilancia). El trastorno de compromiso social desinhibido se caracteriza por una sociabilidad indiscriminada con incapacidad de manifestar vínculos selectivos apropiados (por ejemplo, excesiva familiaridad con extraños o poca diferenciación entre adultos). Ambos trastornos son clasificados en el capítulo “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” del DSM-V (7).

En la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la Organización Mundial de la Salud, el TRA (código F94.1) recibe el nombre de “trastorno de vinculación de la infancia reactivo” y el TCSD (código F94.2) se denomina “trastorno de vinculación de la infancia desinhibido”. Ambos se hallan incluidos en el capítulo “Trastornos del comportamiento social de comienzo habitual en la infancia y adolescencia” un grupo heterogéneo de alteraciones que tienen en común la presencia de anomalías del comportamiento social que comienzan durante el período de desarrollo (8).

Los criterios diagnósticos del DSM-V para el TRA comprenden dos criterios. El criterio A, la búsqueda de comodidad mínima o la respuesta mínima a la comodidad. Y el criterio B, se requiere al menos dos de los siguientes síntomas: capacidad de respuesta social o emocional mínima, afecto positivo limitado; y/o irritabilidad, tristeza o temor inexplicables o repentino. Este último criterio describe los trastornos sociales y emocionales, estrechamente relacionados con las reacciones traumáticas relacionales (9). En la práctica, se debe reconocer también el impacto en la cognición, el comportamiento y el funcionamiento afectivo (10). Según el DSM-V, es preciso descartar antes los siguientes diagnósticos diferenciales: desórdenes del espectro autista, discapacidad intelectual, trastornos depresivos, esquizofrenia pediátrica u otros.

El principal apoyo empírico para TRA y TCSD como construcciones discretas procede de dos estudios longitudinales sobre niños criados en contextos institucionales extremadamente desfavorecidos: *The English and Romanian Adoptees Study* y *The Bucharest Early Intervention Project* (9). La población del primer estudio son niños adoptados a principios de los años 90 en Rumanía por parte de familias británicas, niños que habían sido institucionalizados en orfanatos al poco de nacer y hasta 43 meses de edad. La mayoría sufrió mala alimentación, higiene deficiente, poco cuidado personalizado y falta de estimulación social y cognitiva. Estos niños fueron divididos en dos grupos: aquellos que pasaron menos de seis meses institucionalizados, y los que estuvieron más de seis meses en una institución. Se incorporó un grupo control de niños adoptados británicos que no habían experimentado privación (11). En el segundo estudio (2000) se seleccionaron niños de Bucarest que habían sido abandonados en instituciones durante las primeras semanas o meses de vida. La mitad de los niños fueron destinados aleatoriamente a formar parte de un hogar familiar de acogida con una intervención y la otra mitad permaneció en la institución. Se incluyó un tercer grupo de niños que han vivido siempre con su familia y nunca habían estado en instituciones. Este estudio pretendía entender cómo afecta la atención institucional, tanto al desarrollo cerebral como al desarrollo del comportamiento infantil, y determinar si el paso de los niños abandonados en insti-

tuciones a un acogimiento familiar ayuda a revertir los efectos negativos en su desarrollo (12).

Aunque existen escasos datos sobre la prevalencia o las comorbilidades asociadas al TRA, parece que es poco común, incluso en poblaciones que presentan riesgos sociales y familiares significativos. Sin embargo, ha habido una amplia difusión de constructos sobre los trastornos de apego que no están relacionados ni con la teoría y la investigación basadas en el apego, ni con la clasificación diagnóstica CIE-10 o DSM-IV (13). Diversos trastornos, como los conductuales, los de ansiedad, el trastorno negativista desafiante y el trastorno por estrés traumático comparten muchos síntomas y son comórbidos con el TRA, lo que puede conducir a un sobrediagnóstico o a veces a que el niño/a no sea diagnosticado.

Existen diversos procedimientos de evaluación del apego, unos más dirigidos a examinar las conductas de apego, otros a explorar los modelos internos de apego mediante representaciones mentales a través de historias incompletas, láminas de situación de separación, dibujos, etc. Se describen brevemente los siguientes procedimientos:

- El procedimiento de Situación Extraña (SSP, Strange Situation Procedure) evalúa a niños a partir de los 12 meses de edad. Tal y como se ha descrito previamente, consiste en la observación de una serie de interacciones entre el niño, una figura de apego, y un adulto desconocido incluyendo separaciones y reuniones. Las diferencias individuales en la organización de comportamientos de apego, se clasifican en cuatro patrones: seguro, evasivo, resistente y desorganizado (3). Este procedimiento ha sido de gran utilidad en la investigación del desarrollo del apego; sin embargo, su uso clínico como herramienta diagnóstica tiene bastantes limitaciones debido a que fue diseñado como una observación exploratoria.
- Una modificación del anterior procedimiento para la evaluación de niños de 2 a 4,5 años, fue desarrollado por Cassidy y Marvin en 1987. Estos autores describen los patrones de seguridad, evasión, dependencia (ambivalencia), control e inseguridad como otros parámetros de apego (14).
- El método de Historias incompletas está indicado especialmente en niños de 3 a 9 años. Consiste en la recreación de un escenario con una familia de muñecos y un muñeco del mismo sexo del menor evaluado. El menor tiene que contar y mostrar lo que ocurre a través de los muñecos. Se realiza una grabación en vídeo de la expresión verbal y no verbal. Existen diversas técnicas que examinan las representaciones mentales (15).

- El procedimiento Q-Set (AQS, Attachment Behaviour Q-set) explora la seguridad de las conductas de apego con el cuidador en menores de 5 años en una serie de entornos (hogar o lugar público, dentro o fuera). Consiste en un conjunto de ítems que describen comportamientos típicos y atípicos de un niño seguro. Se determina la puntuación obtenida por el niño en una escala de seguridad de las conductas de apego (16).
- El diario de apego consiste en pedir a los cuidadores principales que piensen en tres situaciones de estrés que hayan ocurrido ese día (una en la que el menor se hiciera daño, otra en la que tuviera miedo y una situación de separación), todas ellas ponen en marcha el sistema de apego del menor. Se tienen en cuenta aspectos como la búsqueda de proximidad por parte del menor y la capacidad del cuidador para calmarlo. Se evalúan tres dimensiones: seguridad, evitación y resistencia. El diario de apego se ha utilizado fundamentalmente con bebés y en estudios con familias de acogida (17).
- La entrevista semiestructurada DAI (Disturbances of Attachment Interview) a cuidadores para la exploración de los síntomas de trastorno de apego en niños menores de 5 años. Consta de 12 ítems agrupados en tres secciones.

Otros procedimientos están centrados en la evaluación de los trastornos de apego desde un enfoque más clínico mediante instrumentos de observación estructurada para la administración del SSP como son: Attachment Formation Rating Scale y Rating for Inhibited Attachment Behavior. También existen cuestionarios, entre ellos el RPQ (Relationships Problems Questionnaire) aplicado en cuidadores de niños mayores de 5 años y compuesto de una serie de ítems que describen comportamientos típicos de los trastornos de apego. Éste se ha utilizado con éxito para identificar síntomas de TRA y TCSD. Una segunda herramienta desarrollada recientemente es ETRAD-Q-SV (Early TRAuma-related Disorders Questionnaire-Short Version), con 16 ítems para la detección de TRA y TCSD basada en los criterios DSM-V. Una versión más amplia está en proceso de validación actualmente. Finalmente, se encuentran las técnicas de entrevistas: la entrevista DAI, desarrollada en *The Bucharest Early Intervention Project*, comprende un conjunto de elementos que evalúa los síntomas de TRA y TCSD, respectivamente, y las entrevistas semi estructuradas CAPA-RAD (Child and Adolescent Psychiatric Assessment-RAD), un módulo de entrevista diagnóstica en la que además de los ítems principales de TRA y TCSD, se añaden elementos sugeridos por expertos en abuso y negligencia infantil, así como cuidadores de acogida y adoptivos (9).

A pesar de que se utilizan una amplia variedad de medidas e instrumentos para el diagnóstico, como sistemas de clasificación o listas de verificación, puede que no se atienda a los criterios establecidos en DSM-V o en CIE-10 y estos instrumentos pueden ser administrados y valorados por personas sin cualificación o experiencia. Esta situación conlleva a un sobrediagnóstico del TRA en los casos de alteraciones del comportamiento que nada tienen que ver con el TRA (18).

Por tanto, no existen medidas validadas rápidas y fáciles para identificar a niños con riesgo de desarrollar dificultades de apego y TRA. Algunos instrumentos de evaluación permanecen anclados en los contextos de investigación, otros se han mostrado útiles en contextos aplicados, pero su excesiva complejidad limita su uso (2).

Una vez realizado un diagnóstico correctamente y de manera precoz, hay que determinar si se puede realizar intervenciones en la familia o si será necesario trasladar al menor a un entorno seguro. Dentro de las intervenciones se pueden encontrar los servicios de apoyo psicosocial para la familia, intervenciones psicoterapéuticas (tratamiento para padres con enfermedad mental, terapia familiar o terapia individual), educación (entrenamiento en las habilidades básicas de crianza y desarrollo infantil) y monitorización de la seguridad infantil dentro del ambiente familiar (19).

Finalmente, las aportaciones en el área de la intervención ante los problemas relativos al apego se recogen en las guías clínicas. El National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (20) publicó una guía en 2015 que cubre la evaluación y tratamiento de las dificultades de apego en niños y jóvenes hasta los 18 años, adoptados o en situación de tutela especial, o atendidos por autoridades locales en hogares de acogida, o entornos residenciales, etc. Se menciona la colaboración de los profesionales de la salud, la educación y la asistencia social. Para ello, incluye una serie de recomendaciones.

Respecto al tratamiento del TRA, la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry en 2016 indicó que el mejor tratamiento es proporcionar a los menores una figura de apego emocionalmente disponible (6). Las terapias se centran en la figura de los cuidadores principales, siempre que estén presentes, o en la introducción de la figura de un cuidador cuando no exista el mismo o no es posible la terapia con él. El tratamiento se dirige a comprender y fortalecer la relación entre un niño y sus cuidadores primarios. Sin tratamiento o con un tratamiento inadecuado en tiempo y/o forma el TRA puede ocasionar alteraciones en el desarrollo social y emocional del niño.

A pesar de la falta de consenso en la literatura respecto al TRA, los términos y terapias son aplicados de manera habitual a niños maltratados, en familia de acogida o en sistemas de adopción y en orfanatos (21). Por tanto, la mayoría de terapias en este sentido se dirigen específicamente a

cuidadores adoptivos, y las más comunes son la psicoterapia niño-padres, el apego y enlace bio-conductuales y el círculo de seguridad (22). También existen una serie de terapias del apego, sin base científica, que aplican técnicas cuestionables de regresión y catarsis, esta forma de tratamiento y diagnóstico ha recibido múltiples críticas de la comunidad científica que sostiene que estas terapias no están en línea con el paradigma del apego, además de resultar potencialmente abusivas y no disponer de ninguna evidencia sobre su efectividad (23, 24).

Esta propuesta surge a petición de la Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación en el proceso de identificación y priorización de necesidades de evaluación que se lleva a cabo para conformar el Plan de Trabajo Anual de la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud. Su objetivo es describir y sintetizar la literatura relativa al diagnóstico y tratamiento del TRA para mejorar el conocimiento en la atención a este problema de salud ya que, no existen medidas validadas rápidas y fáciles para identificar a niños/as con riesgo de desarrollar dificultades de apego. La existencia de variabilidad e incertidumbre en cuanto a los resultados en salud de la atención sanitaria y la necesidad de diagnóstico temprano o precoz, según las evidencias disponibles, asimismo justifican la realización de esta revisión bibliográfica.

2. Objetivos

2.1. Objetivo general

Realizar una revisión bibliográfica sobre la evaluación, el diagnóstico y la atención del Trastorno Reactivo del Apego.

2.2. Alcance

Este informe de evaluación trata de llevar a cabo una revisión de la literatura para responder a diferentes cuestiones sobre la evaluación, el diagnóstico y la atención del TRA que ayude a dimensionar la relevancia del abordaje de este problema de salud en la población infantil y adolescente (0 hasta 18 años) en riesgo de desarrollar o con manifestaciones compatibles con TRA.

3. Metodología

3.1. Revisión sistemática de la literatura

Se realizó una Revisión Sistemática (RS) de la literatura científica en distintas bases de datos utilizando la pregunta de investigación basada en el concepto PICO (Pacientes, Intervención, Comparadores, Outcomes-Resultados).

3.1.1. Criterios de selección de estudios

El proceso de selección de estudios se realizó por pares, de forma independiente. Los desacuerdos se resolvían por consenso o asistencia de un revisor. Para la selección de estudios se aplicaron los siguientes criterios de inclusión:

Tipo de participantes

Niños/as y adolescentes, desde el nacimiento hasta los 18 años con TRA o en riesgo de desarrollarlo:

- con manifestaciones y limitaciones en su funcionamiento psico-social desde la primera infancia; antecedentes de institucionalización (adoptados o acogidos), menores institucionalizados o menores en situación de violencia por negligencia o maltrato, violencia de género, u otras situaciones como privación social, padres con trastornos de salud mental o abuso de sustancias, etc.
- o abandonados, maltratados, insuficientemente atendidos, o que han sufrido hospitalizaciones prolongadas, o privados de una figura de apego, o con graves traumas en su infancia o vida intrauterina.

Tipo de intervención

Herramientas para detectar trastornos de apego TRA. Intervenciones para el TRA.

Tipo de comparadores

Evaluación diagnóstica clínica habitual / Sin tratamiento, atención habitual o intervención tardía.

Tipo de medidas de resultados

Medidas de eficacia:

- Apego desorganizado / Dificultades de apego.
- Sensibilidad y capacidad de respuesta de los padres.
- Ubicación estable de los niños/as o jóvenes.
- Funcionamiento emocional y conductual.
- Estado de desarrollo (mental y motor).
- Actitudes de los padres.

Medidas de seguridad:

- Efectos adversos de ciertas intervenciones

Tipo de estudios

Revisiones sistemáticas, metanálisis, informes de evaluación de tecnologías sanitarias, guías de práctica clínica y documentos de consenso, posicionamientos y protocolos de Sociedades Científicas.

Idioma de la publicación

Los artículos debían estar publicados en español o inglés.

Año de la publicación

Se incluirán los estudios publicados desde el 1 de enero de 2015, incluido este mes, fecha de publicación de la guía NICE identificada en la búsqueda preliminar, actualizada hasta el 15/02/2022.

3.1.1.1. Criterios de exclusión

Los trabajos que cumplen alguno de los siguientes criterios fueron excluidos de la revisión:

- Estudios que no cumplen los criterios de inclusión establecidos en PICO o no ofrecen datos evaluables relacionados con las medidas de resultado seleccionadas.
- Estudios duplicados o desfasados por estudios posteriores de la misma institución.

- Revisiones narrativas, editoriales, resúmenes y comunicaciones a congresos, cartas al director y artículos de opinión.
- Idioma no incluido en la estrategia de búsqueda.

3.1.1.2. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

La identificación de estudios se ha realizado mediante una búsqueda de la literatura científica realizada entre el 9/09/2019 hasta el 13/09/2019, (actualizada el 15/02/2022), en las siguientes bases de datos electrónicas:

- Medline (PubMed)
- Embase
- Web of Science (WOS)
- Scopus
- Cochrane Database of Systematic Reviews (Cochrane Library)
- Cochrane Central Database of Controlled Trials-Central
- PsycINFO
- Education Resources Information Center (ERIC)
- The Campbell Library
- Tripdatabase
- Prospero
- DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effects), Health Technology Assessment (HTA) Database y NHS-EED (National Health System Economic Evaluation Database) Centre for Reviews and Dissemination (CRD)
- Biblioteca Virtual en Salud

Asimismo, se han llevado a cabo búsquedas en el registro de estudios clínicos (clinicaltrials.gov) y de literatura gris en las páginas web de:

- INAHTA (<http://www.inahta.org/about-nahta/>)
- CADTH (Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health) (<https://www.cadth.ca/>)
- AHRQ (<http://www.ahrq.gov/research/index.html>)
- NICE (<https://www.nice.org.uk>)
- FDA

Para la identificación de estudios se han diseñado diferentes estrategias de búsqueda, adaptadas a cada fuente de información, combinando términos MESH y texto libre, junto a diferentes operadores booleanos y de truncamiento (véase anexo 1).

Las referencias bibliográficas se gestionaron a través del gestor bibliográfico Endnote X.9.

3.1.1.3. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Tres revisores seleccionaron de forma independiente los estudios a partir de la lectura de los títulos y resúmenes localizados a través de la búsqueda de la literatura. Aquellos artículos seleccionados como relevantes fueron analizados de forma independiente por los dos revisores, que los clasificaron como incluidos o excluidos de acuerdo con los criterios de selección especificados. Los dos revisores contrastaron sus opiniones y cuando hubo dudas o discrepancias éstas fueron resueltas mediante consenso o con la ayuda de un tercer revisor.

3.1.1.4. Extracción de datos

Los datos de los estudios incluidos se han extraído utilizando un formulario específico para este informe que recoge:

- Características generales del estudio, datos bibliométricos: autor principal, año de publicación, país donde se realizó el estudio, periodo de estudio, diseño del estudio, seguimiento y criterios de inclusión y exclusión.
- Resultados relevantes de cada estudio.

La extracción de datos de los estudios seleccionados se ha realizado por pares, de forma independiente.

3.1.1.6. Lectura crítica y síntesis de los datos

La información recopilada fue resumida a través de una síntesis narrativa con tabulación de resultados de los estudios incluidos.

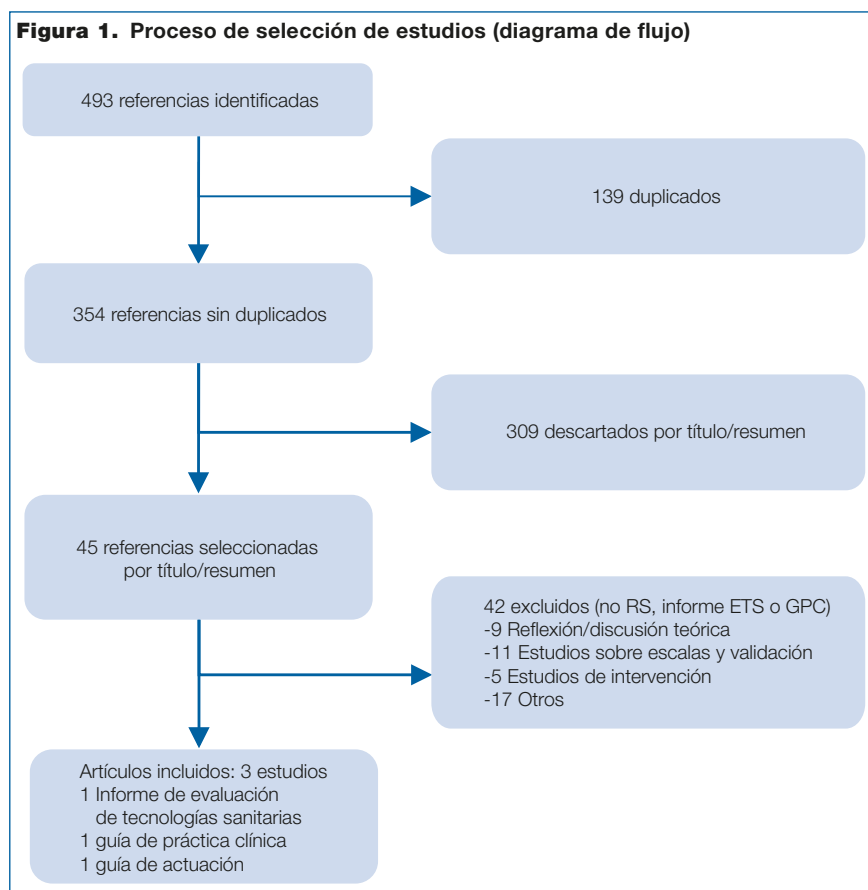
3.1.1.7. Evaluación de la calidad

Para evaluar la calidad de las guías de práctica clínica se ha empleado el instrumento AGREE II (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation) (25). Se ha aplicado de manera independiente por los 4 investigadores, llegando al consenso en cuanto a la recomendación de usar, no usar o usar con modificaciones la guía de práctica clínica. Para los informes de ETS se empleó la herramienta AMSTAR (A measurement Tool to Assess Systematic Reviews) completada mediante consenso por los 4 investigadores (26).

4. Resultados

4.1. Revisión sistemática de la literatura

La revisión sistemática de la literatura permitió identificar 493 referencias (208 referencias en MedLine, 151 en PsycINFO, 106 en EMBASE, 18 en Cochrane y 10 en ERIC), de las cuales 123 fueron duplicados. Tras la selección por título y resumen se descartaron 309 referencias. La lectura a texto completo permitió excluir 42 estudios, porque no eran RS, informes de evaluación de tecnologías sanitarias o guías de práctica clínica. Finalmente se han incluido 3 estudios: un informe de evaluación de tecnologías sanitarias (ETS) publicado en 2015, una guía de práctica clínica realizada por NICE y una guía clínica de la American Academy of Child & Adolescent Psychiatry (AACAP) El diagrama de flujo selección de estudios se recoge en la figura 1.



4.1.1. Descripción y calidad de los estudios seleccionados

Se han seleccionado un total de 3 estudios publicados tras el cribado de la bibliografía encontrada llevado a cabo por pares. Se trata de un informe de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, de una guía de práctica clínica y una guía de la AACAP (6, 20, 27).

Los resultados del AGREE II muestran una calidad alta para la guía de práctica clínica de NICE (20) con una puntuación estandarizada del 96% en la evaluación global, siendo la puntuación estandarizada en todos los dominios igual o superior al 90% y del 100% en los dominios 1, 4 y 6 (anexo 4).

En cuanto la guía de la AACAP (6), la calidad es baja, con una puntuación estandarizada del 37% en la evaluación global, y únicamente los dominios 1, 4 y 6 presentan puntuaciones estandarizadas superiores al 50% (anexo 4).

Los resultados de la herramienta AMSTAR para el informe de ETS (27) muestran una calidad alta con respuestas negativas solo en 4 de los 16 dominios y esta respuesta es únicamente negativa en uno de los dominios críticos de la herramienta AMSTAR (anexo 4).

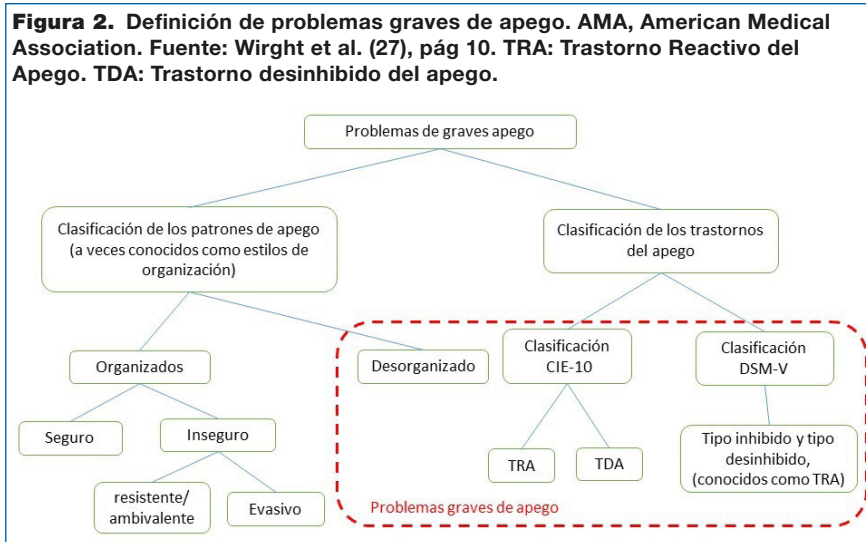
El informe de evaluación de tecnologías sanitarias (2015).

El programa de ETS del National Institute for Health Research encargó una RS para proporcionar evidencia sobre las intervenciones parentales para padres de niños con problemas de apego graves. En el informe se pone de manifiesto la importancia del apego, de la relación entre un niño y sus principales cuidadores, y los patrones de apego y sus antecedentes. Además, se evalúa el coste-efectividad de los programas de intervención y se identifican prioridades de investigación para el diseño de futuros programas de intervención en Reino Unido (27).

En este informe se decide utilizar el término “**problemas graves de apego**” para referirse tanto a los patrones o estilos de apego desorganizados como a los trastornos de apego, definidos estos últimos según criterios diagnósticos de investigación (CIE-10), que incluye el TRA y el TCSD y subtipos definidos (figura 2). En el DSM-IV, aún no se diferenciaba entre el subtipo inhibido y el desinhibido, ambos estaban considerados como TRA. Los autores informan que el DSM-V se había actualizado en ese momento estableciendo la diferencia entre ambos subtipos.

En este trabajo se realiza una revisión sistemática sobre los métodos de evaluación y/o diagnóstico de los problemas graves de apego y las intervenciones diseñadas para padres de niños con estos problemas (27).

Figura 2. Definición de problemas graves de apego. AMA, American Medical Association. Fuente: Wirght et al. (27), pág 10. TRA: Trastorno Reactivo del Apego. TDA: Trastorno desinhibido del apego.



La guía de práctica clínica de NICE (2015)

Esta guía parte también del marco conceptual de la teoría del apego. Las relaciones tempranas de apego son cruciales en las relaciones sociales posteriores y en el desarrollo de capacidades para la regulación emocional y del estrés, y el autocontrol. Los patrones y las dificultades de apego en los niños y los jóvenes están en gran parte determinados por la naturaleza del cuidado que reciben. Los patrones de apego pueden ser adaptaciones al cuidado que reciben de todos los cuidadores primarios, incluidos los padres biológicos, cuidadores de acogida, cuidadores familiares, tutores especiales y padres adoptivos. Los cambios frecuentes en el cuidador primario, o el comportamiento negligente y maltratador de los cuidadores primarios que persistentemente ignoran las necesidades de apego del niño, son los principales contribuyentes a las dificultades de apego (20).

En los últimos años ha aumentado el número de niños y jóvenes en el sistema de atención. La guía informa que a fecha de 31 de marzo de 2015 había aproximadamente 69.540 niños y jóvenes atendidos en Inglaterra.

La guía NICE cubre la identificación, evaluación y tratamiento de las dificultades de apego en niños y jóvenes hasta los 18 años que son adoptados, están en acogida o presentan un gran riesgo de institucionalización debido a maltrato o problemas de salud mental de los padres o uso indebido de sustancias por parte de estos. El objetivo de la guía es abordar las necesidades emocionales y psicológicas de los niños y jóvenes en estas situaciones, incluidas las que resultan del maltrato (20).

En esta guía se utiliza el término “**dificultades de apego**” para referirse a un apego inseguro o desorganizado o trastornos de apego diagnosticados (20). Estos últimos pueden ser un TRA o un trastorno de apego desinhibido denominado “TCSD” en el DSM-5 (7).

Se proponen un conjunto de recomendaciones sobre los principios del cuidado en todos los contextos (de salud, educación y atención social) y el apoyo a niños y jóvenes con dificultades de apego en las escuelas, y sobre la evaluación de las dificultades de apego y las intervenciones destinadas a niños y jóvenes con estas dificultades en diferentes escenarios (20).

La guía se dirige a los proveedores de servicios sanitarios y sociales, las escuelas, a todos los profesionales de la salud y asistencia social, la atención primaria y secundaria, y a los niños y jóvenes con dificultades de apego y sus familias y cuidadores.

La guía de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2016)

La búsqueda ha permitido identificar una guía de la AACAP sobre medidas prácticas de evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con **TRA y TCSD** (6). Según esta guía, el apego es un componente central del desarrollo social y emocional en la primera infancia, y el apego desordenado se define por patrones específicos de conducta social anormal en el contexto de “cuidado insuficiente” o negligencia social. La evaluación requiere la observación directa del niño en el contexto de sus relaciones con los cuidadores primarios. El tratamiento requiere establecer una relación de apego para el niño cuando no existe y mejorar la relación social perturbada con los demás.

Los dos trastornos, TRA y TCSD, se presentan en similares condiciones de riesgo: experiencias que limitan al niño su habilidad para formar vínculos selectivos, un importante abandono social, cambios frecuentes de cuidadores, o privación que puede ocurrir en entornos institucionales. Por otro lado, se llevó a definir como trastornos diferentes en el DSM-5. En esta conceptualización, TRA implica conductas del vínculo desordenadas, en cambio en TCSD se refiere a la desinhibición social (6).

Esta guía pretende ayudar a los clínicos en la toma de decisiones psiquiátricas y no pretende definir un estándar único de atención. En la valoración clínica se debe tener en cuenta las circunstancias personales y familiares del paciente, las opciones de diagnóstico y tratamiento disponibles y los recursos disponibles (6).

4.2. Resultados sobre diagnóstico y atención

En este apartado se detallan los resultados sobre diagnóstico e intervención en TRA de cada uno de los 3 estudios publicados: un informe de ETS, una guía de práctica clínica y una guía de la AACAP (6, 20, 27).

4.2.1. Diagnóstico del Trastorno Reactivo del Apego

En el análisis de las herramientas diagnósticas disponibles para la evaluación del TRA se han incluido el informe de ETS de Wright (27), la guía NICE (20) y la guía de la AACAP (6).

El informe de ETS (2015)

El informe de Wright et al. incluyó 33 estudios (35 artículos) publicados entre 1988 y 2011 para el análisis de efectividad de varias herramientas de diagnóstico de **problemas de apego**. La mayoría de los estudios se realizaron en USA (N=18), 4 en Reino Unido, 4 en Canadá, 2 en Alemania, 2 en Países Bajos, 1 en Rumanía y 1 en España.

Se encontró un gran número de instrumentos de detección y/o diagnóstico de los patrones de apego. En relación con el Procedimiento de Situación Extraña (SSP) solo 16 estudios utilizaron el procedimiento original de Ainsworth et al (28, 29). Wright et al (27) señalan que los estudios evaluados usaron confusamente una variedad de nomenclatura para describir varias clasificaciones de patrones de apego.

Dentro de las herramientas identificadas para la evaluación de patrones de apego se encuentran técnicas observacionales, cuestionarios, entrevistas, historias con respuestas de los niños e interpretación de dibujo de los niños. Los procedimientos involucran a los niños, cuidadores, profesores, investigadores y clínicos dependiendo de la edad del niño y la herramienta utilizada.

La mayoría de estos instrumentos para la evaluación de los patrones de apego no han sido validados frente a otros instrumentos o frente al estándar de referencia, el Procedimiento de la Situación Extraña desarrollado en 1978 por Ainsworth et al. (3) Wright et al (27) concluyen que no es posible afirmar que ninguno de los instrumentos evaluados tenga suficiente validez y fiabilidad para sustituir al SSP, como referencia estándar para evaluar los patrones de apego (27).

Respecto al diagnóstico específico de TRA, Wright et al. (27) identifican un total de siete estudios que incluyen herramientas de evaluación de los trastornos del apego (tabla 1).

Tabla 1. Herramientas diagnósticas de trastornos de apego incluidas en Wright et al. (27)

Autor/año	Instrumento
Herramientas observacionales	
Minnis et al. (2009) (30); McLaughlin et al. (2010)(31)	WRO
Entrevista	
Boris et al. (2004)(32)	Criterio DSM-IV
Gleason et al. (2011) (33)	DAI, PAPA
Equit et al. (2011)(34)	DC:0-3R; ICD-10
Minnis et al. (2009); McLaughlin et al. (2010)(31)	CAPA
Cuestionarios	
Gurganus (2002) (35)	CBRS
Gurganus (2002) (35); Ogilvie (2000) (36)	RADQ
Ogilvie (2000) (36)	BERS/BAT
Minnis et al. (2009)(30); McLaughlin et al. (2010) (31); Roman (2010)	RPQ
BAT: Biopsychosocial Attachment Types; BERS: Behavioural and Emotional Rating Scale; CAPA: Child and Adolescent Psychiatric Assessment; CBRS: May-Nichols Child Behaviour Rating Scale; DAI: Disturbances of Attachment Interview; DC: 0-3R: Clasificación revisada de Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood; LTS: Louisville Twin Study; PAPA: Preschool Age Psychiatric Assessment; RADQ: Randolph Attachment Disorder Questionnaire; RPQ: Relationships Problems Questionnaire; WRO: Waiting Room Observation.	

El informe de Wright et al. (27) encontró un único estudio (33) que examinó la validez de un instrumento para detectar los 2 tipos de trastornos de apego, TRA y TCSD utilizando el estándar de referencia (criterio diagnóstico de investigación-CIE). Los autores evaluaron la validez de criterio para los dos tipos de trastornos del apego (inhibido y desinhibido), comparando los signos de TRA informados por adultos mediante el uso DAI con el diagnóstico determinado por una entrevista (PAPA).

- DAI es una entrevista semiestructurada a un cuidador que informa sobre signos de TRA en niños muy pequeños.
- PAPA es una entrevista integral de diagnóstico psiquiátrico informada por los padres para niños en edad preescolar.

La validez de DAI para el trastorno reactivo indiscriminadamente social/desinhibido y el trastorno reactivo emocionalmente retraído/inhibido a los 54 meses, en comparación con PAPA muestra buena sensibilidad y especificidad.

Además, el estudio de Gleason et al (33) comparó simultáneamente el diagnóstico de TRA con la evaluación del patrón de apego desorganizado utilizando el estándar de referencia. El resultado mostró poca relación entre los patrones de apego y los trastornos de apego. Esto sugiere que se trata de construcciones independientes y que el uso de evaluaciones de patrones de apego en la detección de trastornos de apego no es útil.

Los autores concluyeron que el uso de evaluaciones de patrones de apego para la detección de trastornos de apego no es útil, y que por tanto se deben usar los criterios diagnósticos DSM-IV y CIE-10 para el diagnóstico de los trastornos del apego. Los autores también indican que DAI muestra una buena validez frente a los criterios diagnósticos (DSM y CIE) para la evaluación de los trastornos del apego.

La guía de NICE (2015)

La guía de NICE evaluó qué medidas o herramientas podían ser utilizadas para predecir qué niños y jóvenes tuvieran un mayor riesgo para desarrollar dificultades de apego (20). La RS incluyó 26 estudios que analizaban tres herramientas: *Ainsworth Maternal Sensitivity Scale*, *CARE-index* y *Maternal Behaviour Q-Sort*. La calidad de los estudios varió entre muy alta y muy baja, según el sistema GRADE (20).

Los resultados de la RS realizada por la guía NICE indicaron que *Ainsworth Maternal Sensitivity Scale* mostraba una validez convergente, es decir la sensibilidad materna parece correlacionar con el apego entre padres e hijos (20). Además esta herramienta es gratuita y es utilizada más ampliamente que *CARE-Index* y *el Maternal Behaviour Q Sort* (20).

Los autores de la guía estuvieron de acuerdo en que los trabajadores de la salud pueden considerar la medición de la sensibilidad materna porque:

- 1) La insensibilidad materna es un factor de riesgo para las dificultades de apego
- 2) Es difícil conseguir que las personas utilicen herramientas de apego porque son de trabajo intensivo, por lo que es más probable que las herramientas de sensibilidad se utilicen en la práctica
- 3) Puede ser más fácil detectar mejoras en la sensibilidad materna en comparación con las dificultades de apego
- 4) La sensibilidad puede ser una medida útil para los tribunales
- 5) El tiempo necesario para capacitar a los trabajadores de atención de la salud no es más intensivo que las herramientas utilizadas para medir el apego
- 6) Puede ser una herramienta útil para considerar si un cuidador debe adoptar al niño.

La guía NICE también realizó una evaluación sobre las herramientas para la identificación de dificultades de apego en niños y jóvenes. La evidencia disponible sobre las herramientas de identificación de dificultades de apego (ver tabla 8 en anexos) fue limitada, y los resultados de la guía están basados principalmente en los estudios identificados por el informe de evaluación de tecnologías sanitarias, de Wright et al. (27) incluido en este informe. La calidad de dichos estudios varió desde una calidad de la evidencia muy baja a moderada, según el sistema GRADE.

Ninguno de los estudios analizados informaba de medidas de resultados críticas, como sensibilidad, especificidad o valores predictivos, por lo que, a falta de estos datos, el panel de expertos se basó en sus conocimientos clínicos y su experiencia para orientar las recomendaciones. Los autores de la guía utilizaron pruebas sobre la validez (en particular la validez concurrente) y la fiabilidad de las herramientas para llegar a las recomendaciones cuando se disponía de datos.

En base a la evidencia disponible, los autores de la guía recomiendan utilizar una serie de instrumentos para identificar las dificultades de apego en función de su edad, como el SSP o Apego Q-Sort para lactantes o niños entre los 1 y 4 años de edad. Sin embargo, los autores señalaron que estas herramientas pueden llevar mucho tiempo de administración, y por tanto solo debería considerarse cuando hubiera preocupación por las dificultades de apego y cuando hubiera motivos para creer que el lactante podría beneficiarse de una intervención centrada en el apego (20).

Para los niños de entre 4 y 7 años los autores consideraron dos herramientas: la Manchester Child Attachment Story Task y la MacArthur Story Stem Battery (20). Basándose en la evidencia disponible, se encontró que la Manchester Child Attachment Story Task tenía una buena validez y fiabilidad, y basándose en su experiencia clínica, los autores recomendaron su uso, junto con las otras dos herramientas consideradas. Para los niños de entre 7 y 15 años, se determinó que la Entrevista de Apego Infantil (Child Attachment Interview) tenía buena validez en una gama de diferentes medidas y buena fiabilidad para identificar a los niños con dificultades de apego. Para los adolescentes mayores de 15 años, no había evidencia suficiente para realizar una recomendación, por lo que los autores se basaron en su experiencia clínica y juicio experto para evaluar y recomendar el uso de la Entrevista de Apego de Adultos.

Debido a que la evidencia disponible no mostraba que una herramienta ofreciera mejores resultados que otra, los autores de la guía recomendaron el uso de las herramientas internacionalmente reconocidas CIE-10 y DSM-IV para evaluar los trastornos de apego (20).

Los autores de la guía consideran muy importante diagnosticar correctamente el trastorno de apego, indicando que en muchas ocasiones a los

niños con dificultades de apego se les supone un trastorno de apego (principalmente debido a la falta de comprensión y de un diagnóstico) (20). Por lo tanto, aunque es importante diagnosticar, especialmente cuando se trata de acceder a los servicios, es importante que no se asuma que todos los niños con dificultades de apego tienen un trastorno de apego. Por este motivo, el panel de expertos realizó la recomendación de que los niños fueran evaluados y diagnosticados correctamente (a través de DSM o CIE).

Tabla 2. Recomendaciones de la guía NICE para la evaluación de las dificultades de apego

Nº	Recomendación
29	<p>Considerar el uso de las siguientes herramientas de evaluación para guiar las decisiones sobre intervenciones para niños y jóvenes que tienen o pueden tener dificultades de apego según la edad:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Edad 1-2 años: Procedimiento de Situación Extraña (SSP). o Edad 2-4 años: Versiones modificadas del Procedimiento de Situación Extraña (Sistema de codificación de apegos del programa preescolar Cassidy Marvin o Evaluación de apego preescolar). o Edad 1-4 años: Apego Q-sort. o Edad 4-7 años: Manchester Child Attachment Story Task, McArthur Story Stem Battery y Story Stem Attachment Profile. o Edad 7-15 años: Entrevista de apego infantil. o Entrevista de apego adulto para jóvenes (mayores de 15 años) y sus padres o cuidadores.
30	<p>Solo se diagnosticará un trastorno del apego si un niño o joven tiene dificultades de apego que cumplan los criterios de diagnóstico definidos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 5ª edición (DSM-V; trastorno del apego reactivo y trastorno del compromiso social desinhibido) o en la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados, 10ª revisión (CIE-10; trastorno de vinculación reactivo y trastorno de vinculación desinhibida).</p>

La guía NICE también establece una serie de recomendaciones sobre la evaluación de las dificultades de apego los entornos de atención social y de salud (20). En primer lugar, indica que las organizaciones de provisión de atención social y de salud deben capacitar a profesionales de la atención social, asesores personales y personal de apoyo post adopción en el sistema de atención, así como a trabajadores involucrados en la atención y cuidado de niños y jóvenes en riesgo de institucionalización o acogida. La formación de estos profesionales y trabajadores debe ir dirigida a:

- o Reconocer y evaluar las dificultades de apego y la calidad de la crianza, incluida la sensibilidad de los padres.
- o Reconocer y evaluar múltiples factores socioeconómicos (por ejemplo, padres solteros o adolescentes de bajos ingresos) que en conjunto están asociados con un mayor riesgo de dificultades de apego.

- o Reconocer y evaluar otras dificultades, incluidos los problemas de salud mental coexistentes y las consecuencias del maltrato, incluido el trauma.
- o Saber cuándo y cómo referirse a intervenciones basadas en evidencia para dificultades de apego.

Por otro lado, los profesionales de la salud y la asistencia social deben ofrecer a un niño o joven que pueda tener dificultades de apego, y a sus padres o cuidadores, una evaluación integral antes de cualquier intervención, que incluya: factores personales (incluido el patrón de apego y las relaciones del niño o joven); factores asociados a la colocación del niño o joven; la experiencia educativa y el logro del niño o joven; la sensibilidad de los padres, factores de los padres, incluido el conflicto entre los padres, el abuso de drogas y alcohol por parte de los padres o problemas de salud mental, y las experiencias de maltrato y trauma de los padres y cuidadores en su propia infancia; la experiencia de maltrato o trauma del niño o joven; la salud física del niño o joven; los problemas de salud mental y trastornos del desarrollo neurológico coexistentes comúnmente asociados con dificultades de apego, incluidos trastornos de conducta y conducta antisocial, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, autismo, trastornos de ansiedad (especialmente trastorno por estrés postraumático), depresión, abuso de alcohol y desregulación emocional.

Además, se han de ofrecer a los niños y jóvenes que tienen o pueden tener dificultades de apego, y que también tienen un problema de salud mental o de desarrollo neurológico, las intervenciones según lo recomendado en la directriz NICE pertinente (por ejemplo, conducta antisocial y trastornos de conducta en niños y jóvenes, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, autismo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por ansiedad social, depresión en niños y jóvenes y trastornos por consumo de alcohol).

La guía NICE resalta que las organizaciones de provisión de la atención social y de la salud deben garantizar que sus profesionales estén capacitados en el uso de estas herramientas de evaluación.

Si después de evaluar las dificultades se requiere una intervención, derivar al niño o joven, y a sus padres o cuidadores, a un servicio: que tenga experiencia especializada en dificultades de apego, que trabaje con otros servicios (incluidos servicios de salud mental para niños y jóvenes, educación y asistencia social); y que involucre activamente a niños y jóvenes con dificultades de apego en los programas de capacitación del personal.

Finalmente, la guía NICE recomienda no ofrecer pruebas genéticas (incluida la medición de polimorfismos de genes específicos) en niños y jóvenes para predecir o identificar dificultades de apego.

La guía de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2016)

La AACAP establece una serie de recomendaciones para la evaluación de TRA y TCSD (tabla 3), basadas en los siguientes tipos de evidencia:

- **Clínica Estándar:** se aplica a las recomendaciones que se basan en pruebas empíricas rigurosas (por ejemplo, metanálisis, revisiones sistemáticas, ensayos controlados aleatorios individuales) y/o en un consenso clínico abrumador.
- **La Guía Clínica:** se aplica a las recomendaciones que se basan en evidencia empírica fuerte (por ejemplo, ensayos controlados aleatorios, estudios de cohortes, estudios controlados de casos) y/o en un fuerte consenso clínico.
- **La Opción Clínica:** se aplica a las recomendaciones que se basan en la evidencia empírica emergente (por ejemplo, ensayos no controlados, series de casos / informes) o en la opinión clínica, con fuerte evidencia empírica y/o un fuerte consenso clínico.
- **No aprobado:** se aplica a las prácticas que se conoce que son ineficaces o están contraindicadas.

La AACAP establece cinco recomendaciones sobre el diagnóstico del TRA. En primer lugar, la AACAP (6) recomienda que para considerar el TRA en niños mayores de 5 años, debe haber antecedentes de privación reciente y severa. Una vez que los niños con TRA se colocan en familias, los signos del trastorno parecen desaparecer a medida que el niño forma nuevos apegos. Por otro lado, en algunos casos de TCSD, el trastorno persiste durante años, incluso después de que el niño ha sido adoptado/acogido por una familia. En niños mayores y adolescentes, está indicada la investigación sobre el comportamiento indiscriminado con sus compañeros.

En segundo lugar, la AACAP incluye aproximaciones básicas para la evaluación clínica en niños menores de cinco años, y recomienda que el clínico recopile una historia detallada sobre, por ejemplo, el patrón de búsqueda de consuelo del niño, comenzando con la aparición de una desconfianza extraña y progresando durante el tiempo que dure la evaluación. Además de la búsqueda de consuelo, el clínico debe investigar sobre la protesta ante la separación, que tiene su máximo alrededor de 18 meses de edad, pero puede continuar durante los años preescolares. En la evaluación son importantes tanto el informe del cuidador como los informes de los profesores del niño que proporciona datos sobre el comportamiento del niño sin la presencia del cuidador. La comparación del comportamiento del niño con adultos familiares y con desconocidos es necesaria para el diagnóstico.

En tercer lugar, la AACAP recomienda un estudio observacional que compare el comportamiento del niño con adultos cercanos a él y con desconocidos. Para ello se pueden utilizar herramientas que permitan observaciones estructuradas, como la SSP, si bien esta herramienta se ha utilizado principalmente con fines de investigación (6).

La AACAP recomienda, en cuarto lugar, realizar una evaluación integral de los niños con TRA o TCSD para determinar la presencia de trastornos comórbidos (6). La AACAP indica que la evidencia sugiere que los signos de TRA disminuyen rápidamente después de que los niños acceden a entornos de cuidado suficientemente adecuados. Aunque también se ha observado, que estos niños pueden mostrar un deterioro continuo en sus relaciones familiares y sociales, incluso después de haber señales de que el trastorno disminuye en ambientes de cuidado adecuados. En este sentido, la AACAP sugiere que es necesaria una evaluación cuidadosa de todos los aspectos del funcionamiento del niño, incluso después de que el niño se encuentre en un entorno de cuidado adecuado.

Del mismo modo, los niños pequeños en hogares de acogida y los niños post institucionalizados a menudo muestran altos niveles de comportamiento indiscriminado cuando son evaluados poco después de su entrada (6).

La experiencia clínica sugiere que esto a menudo remite si reciben una atención suficiente de los padres adoptivos o de acogida. Por otro lado, los niños con privaciones severas, criados en instituciones y que permanecen en ellas, tienden a mostrar un comportamiento indiscriminado persistente en el tiempo.

La investigación también ha relacionado el comportamiento indiscriminado con el deterioro cognitivo, la falta de atención/ hiperactividad, los problemas de externalización, los problemas de control de la inhibición y electroencefalogramas que muestran disfunciones (6).

La AACAP indica que existen pruebas de que los niños maltratados raramente reciben una evaluación y una intervención adecuadas para los retrasos en el desarrollo, los trastornos del lenguaje y las enfermedades consecuentes (6). Por este motivo, se sugieren medidas de monitorización adecuadas a la edad para detectar retrasos en el desarrollo, el habla y el lenguaje, mediante un examen pediátrico general y pruebas de rutina. Aunque los niños con TRA o TCSD pueden mostrar mejoras en los retrasos en el desarrollo cuando se colocan en ambientes mejorados de cuidado, deben recibir las referencias apropiadas para esos retrasos en caso de necesitar intervenciones adicionales.

Por último, la AACAP recomienda que el clínico evalúe la seguridad del nuevo entorno de los niños maltratados con comportamientos negativos.

La AACAP sugiere que una historia temprana de abandono social, continuas estancias en familias de acogida o una crianza institucional en pri-

mera infancia, parece ser claves para el diagnóstico de TRA y TCSD. Por este motivo, los médicos que observen signos de TRA o TCSD, a menos que haya una explicación alternativa, deben considerar la posibilidad de que el niño haya experimentado abandono. A la hora de evaluar la conveniencia de poner al niño en nuevo entorno, se debe tener en cuenta la consideración del apoyo y la estabilidad de la familia en cuestión, la psicopatología del cuidador y la respuesta a las intervenciones anteriores (6). Por otro lado, la sospecha de malos tratos no declarados requerirá la presentación de informes a las autoridades competentes de los servicios de protección del menos y la aplicación de la ley vigente (6).

Tabla 3. Recomendaciones establecidas por la AACAP para la evaluación del Trastorno Reactivo del Apego (6)

Recomendación	Evidencia sobre la que se basa la recomendación
Recomendación 1. Para los niños pequeños con antecedentes de crianza temporal, adopción o crianza institucional, el equipo clínico debe investigar rutinariamente sobre a) si el niño demuestra comportamientos de apego y b) si el niño es reticente con extraños.	Clínica estándar
Recomendación 2. El equipo clínico que realiza una evaluación diagnóstica de TRA y TCSD debe obtener evidencia directa tanto de la historia de los patrones de apego del niño con sus cuidadores primarios como de las observaciones del niño interactuando con estos cuidadores.	Clínica estándar
Recomendación 3. El clínico puede ayudarse para hacer el diagnóstico de TRA y TCSD de un paradigma observacional estructurado que compare el comportamiento del niño con adultos cercanos a él y con desconocidos.	Opción Clínica
Recomendación 4. Los clínicos deben realizar una evaluación psiquiátrica integral de los niños con TRA o TCSD para determinar la presencia de trastornos comórbidos.	Clínica estándar
Recomendación 5. El clínico debería evaluar la seguridad de su nuevo entorno para los niños previamente maltratados con comportamientos negativos, quienes corren un alto riesgo de volver a ser traumatizados.	Clínica estándar

4.2.2. Atención al Trastorno Reactivo del Apego

El informe ETS (2015)

El informe de Wright et al. (27) identificó 30 estudios (39 documentos publicados) de intervención parental. Los estudios se publicaron entre 1985 y 2012 y se llevaron a cabo en varios países: 5 en el Reino Unido, 14 en EE.UU,

3 en Países Bajos, 3 en Canadá, 1 en Alemania, 1 en Australia, 1 en Italia, 1 en Finlandia y 1 en Lituania. De estos 30 estudios, solo un estudio se refiere al tratamiento para niños con un diagnóstico de trastorno de apego reactivo (37, 38). En veintinueve estudios se administra una intervención en un grupo hipotético de “riesgo” para mejorar los patrones de apego, de los cuales 8 evaluaron la intervención utilizando una medida de patrón desorganizado, y los 21 restantes evaluaron las intervenciones con una medida que evaluó solo los patrones de apegos seguros e inseguros sin un grupo desorganizado.

En este informe se excluyeron aquellos estudios que no se centraron en intervenciones a nivel cuidador/padres. Por tanto, no se incluyeron las intervenciones de tipo organizativo (por ejemplo, la adopción), y los estudios: *The English and Romanian Adoptees Study* y *The Bucharest Early Intervention Project*.

Del conjunto de intervenciones que se describe a continuación, solo las tres primeras incluyen algunos estudios que se refieren a participantes con un patrón desorganizado o un diagnóstico TRA/TCSD.

- o El Proyecto de Desarrollo Familiar de la Universidad de California, Los Ángeles (UCLA FDP) pretende mejorar la capacidad de una familia para apoyarse mutuamente y reconocer y satisfacer efectivamente las necesidades de su bebé.
- o El Círculo de Seguridad - visita a domicilio-4 (COS-4) es un programa de intervención temprana diseñado para prevenir el apego inseguro y los trastornos de salud mental infantil.
- o La psicoterapia para padres y niños pequeños (TPP) tiene como objetivo explorar cómo los padres perciben al niño y ayudar a corregir las percepciones distorsionadas, apoyando cambios positivos en el comportamiento hacia el niño.
- o El Programa de intervención psicoterapéutica preventiva (PIIP) tiene como objetivo mejorar la sensibilidad de los padres y aumentar la capacidad de los padres para reconocer las señales de sus bebés con el objetivo de desarrollar el apego seguro del niño.
- o El Programa de cuidado de acogida de tratamiento multidimensional para niños en edad preescolar (MTFC-P) tiene como objetivo fomentar el comportamiento prosocial, el establecimiento de límites no abusivos y la estrecha supervisión del niño por parte del padre adoptivo, con la intención de mejorar la seguridad del apego del niño.
- o El Programa de promoción de las primeras relaciones es un programa de capacitación dedicado a promover el desarrollo social y emocional de los niños a través de relaciones receptivas y cuidadosas entre el cuidador y el niño.

- o Intervención de vídeo-feedback para promover la crianza positiva.
- o Intervención de vídeo-feedback para promover la crianza positiva con un enfoque representativo.
- o Right from the start es un enfoque de resolución de problemas de modelado de afrontamiento y fue diseñado para mejorar la sensibilidad de los padres, mejorando así la seguridad del niño.
- o La psicoterapia preescolar para padres está diseñada para proporcionar a la madre una experiencia emocional correctiva en el contexto de la relación con el terapeuta.
- o El objetivo inicial de la intervención Psicoeducativa de Visitas al Hogar (PHV) es realizar una evaluación del riesgo dentro de las familias y de las circunstancias del maltrato, y luego centrarse en la provisión de educación para los padres sobre el desarrollo del niño, además del desarrollo de las propias habilidades de autocuidado de los padres.
- o El objetivo de la intervención Early Head Start (EHS) es fomentar interacciones positivas entre padres e hijos, mejorar la comprensión de los padres sobre el desarrollo de sus hijos, alentarlos a participar en actividades con sus hijos que promuevan el desarrollo y ayudar a las familias a acceder a los servicios en la comunidad.
- o El programa de visitas al hogar tiene como objetivo estimular la interacción madre-hijo y, además, trabaja para apoyar la interacción conyugal.
- o La intervención Attachment and Biobehavioural Catch-up (ABC) está diseñada para ayudar a las familias con niños que han sufrido maltrato temprano o interrupción en la atención.
- o El Programa de fomento de cambios se centra en enseñar a los cuidadores de crianza nuevas habilidades que se pueden usar en casa con su hijo de crianza.
- o La psicoterapia interpersonal (IPT) pretende abordar los problemas de naturaleza interpersonal, incluidos los conflictos interpersonales (particularmente con el cónyuge y otras personas íntimas), y comprender las transiciones de roles sociales como la transición a la maternidad, así como la pérdida y la pena.
- o El counselling pretende ofrecer apoyo en las preocupaciones de ser una nueva madre, enfocándose explícitamente en la relación madre-hijo.
- o La terapia de comportamiento cognitivo se dirige principalmente no a la depresión materna en sí misma, sino a los problemas identificados en el manejo de su bebé (por ejemplo, alimentación o sueño) y los problemas observados en la calidad de la interacción madre-infante.

- o La psicoterapia psicodinámica breve explora la representación de los padres de su bebé y su relación con él, para promover representaciones positivas y afrontamiento.
- o El objetivo principal del programa Incredible Years es el tratamiento de los problemas de comportamiento agresivo infantil y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, y la prevención de problemas de conducta, delincuencia, violencia y abuso de drogas.

En cuanto a la efectividad clínica de las intervenciones parentales, solo se pudo realizar un metanálisis con 8 estudios que informaron de intervenciones que intentaron reducir el apego desorganizado en los grupos en riesgo. Los resultados del metanálisis muestran un beneficio muy significativo del tratamiento. Las intervenciones muestran un apego menos desorganizado en el resultado que el control (OR:0,47; IC95%: 0,34-0,65; $p < 0,00001$). La mayoría de estas intervenciones incluyen elementos que intentan mejorar la sensibilidad materna como una forma de mejorar la seguridad del apego del niño. La mayoría de los estudios se centran en la terapia con el cuidador y el niño juntos (27).

No se pudo realizar un metanálisis para determinar la efectividad de las intervenciones en los trastornos del apego porque solo se identificó un ECA (39, 40).

Los autores del informe concluyen que son necesarios ECAs que demuestren la efectividad clínica y coste-efectividad de las intervenciones TRA.

La guía NICE (2015)

La guía de NICE realizó una evaluación de las distintas intervenciones para el tratamiento de las dificultades de apego en tres grupos de población: a) en niños y jóvenes en riesgo de institucionalización o acogida, b) niños y jóvenes en acogida, c) y niños y jóvenes adoptados; y estableció una serie de recomendaciones (tabla 4).

Intervenciones para niños y jóvenes en riesgo de institucionalización o acogida

Esta población cubre a los niños y jóvenes con dificultades de apego que viven actualmente con sus padres biológicos o su familia original y aquellos que son adoptados, que tienen un alto riesgo de ingresar o reingresar en el sistema de atención (20).

La guía incluyó 27 estudios para el análisis de la efectividad de las intervenciones para la promoción del apego en niños en edad preesco-

lar (niños menores de cuatro años), primaria (niños entre 4 y 11 años) y secundaria (niños de 11 años a 18 años), con una calidad que variaba entre moderada y muy baja. Para niños en edad preescolar se establecen tres recomendaciones con una certeza de la evidencia de moderada a baja (tabla 4), que consisten en ofrecer un programa de vídeo-feedback a los padres de niños que debe ser impartido por un profesional capacitado y con experiencia en el trabajo de niños y jóvenes. El vídeo puede mejorar la sensibilidad/receptividad y el apego seguro, así como reducir el apego inseguro. También podría reducir el apego desorganizado, pero el nivel de evidencia en este caso sería muy bajo.

En el caso de que los padres no quieran participar en el programa de vídeo-feedback, la guía NICE establece la recomendación de ofrecer a los padres programas de capacitación en sensibilización y conducta parental (tabla 4). El entrenamiento de sensibilidad parental y de comportamiento puede mejorar la sensibilidad/receptividad maternal y reducir los problemas de externalización. Sin embargo, la evidencia no fue conclusiva para los problemas de internalización y las actitudes de los padres. El panel de la guía NICE concluyó que la evidencia obtenida para los niños en edad preescolar podría ser extrapolada a niños en primaria y secundaria y jóvenes, recomendando la capacitación en sensibilización y conducta para los padres de niños con estas edades (tabla 4).

Otra recomendación está dirigida a aquellas familias que, o bien no respondieran al programa de vídeo-feedback o al de educación y capacitación de los padres, o bien no quisieran participar, en estos casos deberían recibir una nueva valoración para decidir si necesitan ayuda adicional. También recomendaban considerar programas de visitas domiciliarias, si la valoración adicional así lo consideraba necesario. Estas visitas podrían mejorar la sensibilidad parental y el apego seguro, reduciendo la conducta de externalización, y mejorar el desarrollo mental, motor y las aptitudes de los padres. Sin embargo, los tamaños de los efectos observados en los metanálisis fueron pequeños.

Tabla 4. Recomendaciones guía NICE para intervenciones en niños de edad preescolar, educación primaria, secundaria y jóvenes en riesgo de institucionalización o acogida

Nº	Recomendación
31	<p>Los profesionales de la salud y la asistencia social deben ofrecer un programa de vídeo-feedback a los padres de niños en edad preescolar en riesgo de acogida o institucionalización para:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Mejorar la forma en que cuidan a sus hijos, incluso cuando el niño está angustiado. o Mejorar su comprensión de lo que significa el comportamiento de su hijo. o Responder positivamente a las señales y expresiones de los sentimientos del niño. o Comportarse de maneras que no asusten al niño. o Mejorar el dominio de sus propios sentimientos al cuidar al niño.
32	<p>Asegurarse de que los programas en vídeo-feedback se entreguen en el hogar de los padres por un profesional sanitario o social capacitado que tenga experiencia en el trabajo con niños y jóvenes. El programa consiste en 10 sesiones (cada una dura al menos 60 minutos) durante 3–4 meses e incluye filmar a los padres interactuando con sus hijos durante 10 a 20 minutos en cada sesión. Posteriormente el profesional repasa el vídeo con los padres para: comprobar la sensibilidad de los padres, la capacidad de respuesta y la comunicación, resaltar las fortalezas de los padres y reconocer los cambios positivos en el comportamiento de los padres y el niño.</p>
33	<p>Si hay poca mejoría en la sensibilidad de los padres o el apego del niño después de 10 sesiones de un programa de vídeo-feedback para padres de niños en edad preescolar en riesgo de acogida o institucionalización, se realiza una valoración adicional antes de continuar con más sesiones u otras intervenciones</p>
34	<p>Si los padres no desean participar en este programa, se debe ofrecer una formación que mejore la sensibilidad y comportamiento de los padres para ayudarlos a: entender el comportamiento de sus hijos, mejorar su capacidad de respuesta a las necesidades de sus hijos y manejar el comportamiento difícil</p>
35	<p>Asegurar el entrenamiento parental en sensibilidad y comportamiento. La primera sesión es con los padres, seguida de al menos 5 (y hasta 15) sesiones semanales o quincenales de padres e hijos (que duran 60 minutos) durante un período de 6 meses. Lo imparte un profesional sanitario o de asistencia social capacitado. E incluye entrenar a los padres en el manejo del comportamiento (no aplicable para niños de 0 a 18 meses) y en el establecimiento de límites, reforzando la capacidad de respuesta sensible.</p>
36	<p>Si los padres no desean participar en un programa de vídeo-feedback o en el entrenamiento en sensibilidad y comportamiento, o, si hay una pequeña mejora en la sensibilidad de los padres o el apego del niño después de cualquiera de las intervenciones y todavía hay problemas, organizar una valoración por varios agentes antes de seguir adelante con más intervenciones.</p>
37	<p>Ofrecer capacitación en sensibilidad y comportamiento a los padres de niños educación primaria y secundaria y jóvenes (como se describe en la recomendación 35), adaptando la intervención a la edad de los niños o jóvenes.</p>

Tabla 4. Recomendaciones guía NICE para intervenciones en niños de edad preescolar, educación primaria, secundaria y jóvenes en riesgo de institucionalización o acogida

Nº	Recomendación
38	Si la valoración por varios agentes llega a la conclusión de que es adecuada una intervención adicional, considerar un programa de visitas a domicilio para mejorar las aptitudes de los padres, impartido por un no profesional capacitado o un profesional de la salud, como una enfermera.
39	Asegurar programas de visitas domiciliarias. Consiste en 12 sesiones semanales o mensuales (que duran de 30 a 90 minutos) durante un período de 18 meses. Incluir la observación al niño (no usar vídeo) con sus padres. Dar a los padres consejos sobre cómo pueden mejorar su comunicación y relación con sus hijos apoyando la interacción positiva entre padres e hijos usando modelos de roles y reforzando las interacciones positivas y la empatía de los padres.

Intervenciones para dificultades de apego en niños y jóvenes en el sistema de atención, sujetos a tutela y proceso de adopción.

La segunda población de estudio de la guía NICE han sido los niños y jóvenes que se encuentran en los sistemas de atención, sujetos a tutela y procesos de adopción, también incluye a sus cuidadores de acogida, tutores especiales y padres adoptivos. Para este grupo la guía realiza una serie de recomendaciones sobre intervenciones para la prevención y tratamiento de las dificultades de apego, entre las que se encuentra el TRA (20).

La revisión sistemática NICE incluyó 14 ECAs para evaluar la efectividad de las distintas intervenciones, de los cuales, 8 ECAs midieron las dificultades de apego como un resultado (20). Las intervenciones analizadas fueron: vídeo-feedback frente a la atención habitual (analizada en 4 ECAs), entrenamiento en sensibilidad y comportamiento de los padres frente a la atención habitual (1 ECA), un programa de tratamiento multidimensional frente a la atención habitual (1 ECA), entrenamiento en educación de los padres (1 ECA), la atención de crianza con entrenamiento de los padres frente a permanecer en la institución (1 ECA). La mayoría de los ECAs incluidos fueron calificados con una calidad de la evidencia de baja a muy baja según el sistema GRADE (20).

El panel de expertos consideró que los trastornos de apego, tanto el desinhibido como el inhibido, podían resolverse si se colocaba al niño en un entorno seguro, comparado con niños que permanecieron institucionalizados. En el caso del TRA, los beneficios podían observarse años después, observando una mayor autoestima en los niños frente a los niños con TRA que permanecieron institucionalizado (20).

Para los autores, el TRA es un hecho controvertido ya que medicaliza al niño con una condición en lugar de sugerir que su comportamiento es el

resultado de su entorno y puede ser prevenido (20). Los criterios diagnóstico esbozados en el DSM-V y en la CIE-10 no describen toda la gama de dificultades de comportamiento observadas. Los autores de la guía indican que esta definición también sugiere que los niños experimentan dificultades de apego en todas sus relaciones, lo que no es necesariamente el caso, ya que algunos niños pueden tener dificultades de apego con su cuidador principal pero no con otros adultos o compañeros (20). Tampoco está claro si el trastorno del apego es un problema clínico que requiere tratamiento. La definición no se extiende más allá de los 5 años de edad, por lo que no está claro si el trastorno puede continuar en niños mayores o en la edad adulta.

El panel de expertos de la guía consideró que la sensibilidad/respuesta materna está relacionada causalmente con el apego y debe considerarse como un resultado crítico. Aunque reconocen que no es tan útil como el apego, indican que existe un fuerte vínculo entre el apego y la sensibilidad y que puede medirse utilizando escalas validadas como la Escala de Sensibilidad Materna de *Ainsworth* (20).

Los autores de la guía concluyeron que la mejor intervención para los niños en edad preescolar sujetos a tutela o adoptados es el programa de vídeo-feedback, basándose sobre todo en los beneficios observados en los niños al borde de cuidado (recomendación 32 de la tabla 4). También se elaboró una recomendación basada en el consenso de que si hay una respuesta limitada a los programas de vídeo-feedback, se debería organizar un examen interinstitucional antes de proceder a otras sesiones u otras intervenciones (tabla 5).

Por otro lado, el panel de expertos estableció tres recomendaciones para niños y jóvenes en centros tutelados que recomendaban la intervención de entrenamiento en sensibilidad y comportamiento parental, así como identificar una figura de apego para trabajar específicamente con niños y jóvenes bajo tutela (tabla 5).

Tabla 5. Recomendaciones guía NICE para intervenciones en niños de edad preescolar, en educación primaria y jóvenes, tanto en centros de acogida como adoptados

Niños en edad preescolar	
N	Recomendación
43	Los profesionales sanitarios y sociales deben ofrecer un programa vídeo-feedback para los cuidadores, tutores y padres adoptivos, como se describe en la recomendación 36 .
44	Si hubiera poca mejora en la sensibilidad de los padres o el apego del niño después de 10 sesiones de este programa, habría que organizar una revisión por varios agentes antes de continuar con más sesiones u otras intervenciones.
45	Si los cuidadores de acogida o los padres adoptivos no desean participar en un programa de vídeo-feedback, ofrezcan a los padres capacitación en materia de sensibilidad y comportamiento, como se describe en la recomendación 35 .
Niños en edad escolar de primaria	
46	Considerar impartir capacitación intensiva y prestar apoyo a los cuidadores de acogida y a los padres adoptivos (véanse las recomendaciones 47 y 48) antes de la adopción y durante los 9 a 12 meses posteriores, en combinación con sesiones grupales de aptitudes cognitivas e interpersonales para el niño de la misma duración (véase la recomendación 49).
47	El entrenamiento intensivo para ayudar a los cuidadores y padres adoptivos incluye: métodos de gestión del comportamiento, ayuda en las relaciones con los compañeros del niño, apoyo en las tareas escolares y ayuda para disminuir los conflictos.
48	El apoyo intensivo a los cuidadores de acogida y los padres adoptivos incluye: supervisión por contacto telefónico diario, reuniones semanales del grupo de apoyo y una línea telefónica de intervención de crisis las 24 horas del día.
49	Garantizar sesiones grupales de habilidades cognitivas e interpersonales para los niños después de la entrega: sesiones semanales (de 60 a 90 minutos de duración) durante un período de 9 a 12 meses, impartidas por un profesional de la salud y un asistente social capacitado, que incluyan la supervisión del progreso conductual, social y de desarrollo.
Niños y jóvenes en edad escolar de primaria tardía y secundaria temprana	
50	Considerar un programa de capacitación y educación grupal para cuidadores de acogida, tutores y padres adoptivos para mantener la estabilidad en el hogar y ayudar en la transición a un nuevo entorno escolar, combinado con un programa de capacitación y educación grupal para estos niños y jóvenes en el sistema de atención, sujetos a órdenes especiales de tutela y adoptados para mejorar las habilidades sociales y mantener relaciones positivas con los compañeros.

Tabla 5. Recomendaciones guía NICE para intervenciones en niños de edad preescolar, en educación primaria y jóvenes, tanto en centros de acogida como adoptados

51	<p>Asegurar programas de formación y educación basados en grupos para cuidadores de acogida, tutores y padres adoptivos. Estos programas consisten en:</p> <ul style="list-style-type: none"> o sesiones dos veces por semana (de 60 a 90 minutos) en grupo durante las 3 primeras semanas, y semanalmente durante el resto del período escolar o facilitadas por un profesional entrenado o tienen un sistema de refuerzo del comportamiento para fomentar comportamientos de adaptación en el hogar, la escuela y la comunidad o proporcionar soporte telefónico semanal si es necesario dar tareas para practicar la aplicación de nuevas habilidades.
52	<p>Asegurar programas de formación y educación para estos niños y jóvenes en centros de acogida o en adopción. Estos programas consisten en:</p> <ul style="list-style-type: none"> o sesiones dos veces por semana (de 60 y 90 minutos) en grupo durante las primeras 3 semanas, luego sesiones semanales individuales durante el resto del período escolar o impartidos por mentores capacitados o enseñar habilidades para ayudar a reducir la participación con compañeros que pueden fomentar el mal comportamiento y para aumentar sus niveles de autoconfianza o animarles a participar en una serie de actividades educativas, sociales, culturales y recreativas o ayudarles a desarrollar una perspectiva positiva.
53	<p>Modificar las intervenciones para los jóvenes cuando sea necesario para permitir: el desarrollo físico y sexual, la transición a la adolescencia, y el despertar de las emociones sobre sus padres biológicos o la familia original.</p>
<p>Niños y jóvenes en centros residenciales</p>	
54	<p>Los profesionales con experiencia en dificultades de apego deben trabajar con el grupo de personal residencial e identificar cualquier figura de apego clave para trabajar específicamente con el niño o joven en el cuidado institucional, y ofrecer entrenamiento en sensibilidad y comportamiento parental adaptado para cuidadores profesionales en cuidados residenciales.</p>
55	<p>Asegurar el entrenamiento en sensibilidad y comportamiento parental para los cuidadores profesionales: mediante una sola sesión con los cuidadores, seguida de al menos 5 (y hasta 15) sesiones semanales o quincenales de cuidador-niño (de 60 minutos de duración) durante 6 meses. Las sesiones son impartidas por un profesional sanitario o social capacitado que incluya: manejo del comportamiento (niños 0-18 meses), establecimiento de límites, reforzando la sensibilidad sensible, maneras de mejorar la calidad de cuidado.</p>
56	<p>Modificar las intervenciones para estos jóvenes cuando sea necesario para permitir: desarrollo físico y sexual, transición a la adolescencia, re-despertar de las emociones sobre sus padres biológicos o familia original.</p>

Los autores de la guía también establecen una serie de recomendaciones para los niños en edad escolar de primaria tardía y secundaria temprana que realizan la transición a la escuela (tabla 6). El panel de expertos consideró

que es un momento importante para ofrecer ayuda tanto a los cuidadores como a los niños porque crear una inestabilidad adicional para el niño podría ser perjudicial para su vida en el hogar y para su adaptación en la escuela. Esto es independiente de si el niño ha estado en el hogar de acogida durante algún tiempo o si se trata de una nueva colocación.

Tabla 6. Recomendaciones de la guía NICE para niños en educación primaria tardía y secundaria temprana que están en transición a una nueva escuela

N	Recomendaciones
57	<p>Considerar un programa de capacitación y educación grupal para cuidadores de acogida, tutores y padres adoptivos para mantener la estabilidad en el hogar y ayudar a la transición a un nuevo entorno escolar, combinado con un programa de educación y capacitación grupal para niños y jóvenes en educación primaria tardía y secundaria temprana en el sistema de atención, sujetos a órdenes especiales de tutela y adoptados para mejorar las habilidades sociales y mantener relaciones positivas entre compañeros</p>
58	<p>Garantizar programas de capacitación y educación grupales para ayudar a los cuidadores de acogidas y padres adoptivos. Estos programas consisten en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sesiones dos veces por semana (de 60-90 minutos) durante las tres primeras semanas y semanalmente durante el período escolar • facilitadas por un profesional entrenado • tienen un sistema de refuerzo del comportamiento para fomentar los comportamientos de adaptación en el hogar, la escuela y la comunidad • proporcionar apoyo telefónico semanal si es necesario • dar tareas para practicar la aplicación de nuevas habilidades.
59	<p>Asegurar programas de capacitación y educación para niños y jóvenes que consisten en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sesiones semanales (de 60 a 90 minutos de duración) durante el año escolar • son impartidos por mentores capacitados, que pueden incluir a trabajadores con de nivel graduado • enseñar habilidades para ayudar a reducir el involucramiento con compañeros que puedan fomentar el mal comportamiento, y para aumentar sus niveles de autoconfianza. • animarles a participar en una serie de actividades educativas, sociales, culturales y recreativas • ayudarles a desarrollar una perspectiva positiva
60	<p>Modificar las intervenciones para los jóvenes cuando sea necesario para permitir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la transición del desarrollo físico y sexual • la transición a la adolescencia • el despertar de las emociones sobre sus padres biológicos o la familia original.

La guía NICE realizó una RS para evaluar de la efectividad de intervenciones farmacológicas para el tratamiento de niños y jóvenes con problemas de apego (20). Sin embargo, no se incluyó ningún ECA y se realizó

una revisión narrativa en base a estudios que estudiaban una población indirecta.

Los autores de la guía llegaron a la conclusión de que las intervenciones farmacológicas para niños con dificultades de apego y condiciones coexistentes (por ejemplo, trastorno de la conducta, TDAH, depresión y uso indebido de alcohol) deberían remitirse a las directrices pertinentes del NICE. Solo en el caso de otros problemas de salud mental, la intervención farmacológica para los niños puede considerarse eficaz. Sin embargo, hasta la fecha no hay pruebas que indiquen que las intervenciones farmacológicas deban administrarse únicamente a los niños con dificultades de apego.

El panel de expertos no recomendó el tratamiento farmacológico para tratar las dificultades de apego. Son necesarias más pruebas antes de que se puedan recomendar intervenciones farmacológicas para los niños con dificultades de apego. Sin embargo, no se consideró que esta intervención fuera una prioridad de investigación.

La guía de la AACAP (2016)

La AACAP establece cinco recomendaciones sobre el tratamiento de los niños diagnosticados con TRA que se recogen en la tabla 7.

La AACAP establece que la intervención más importante para el tratamiento de los niños con TRA es asegurarles una figura de apego emocionalmente disponible. Es esencial trabajar en un cuidado físico y psicológico que incluya la sensibilidad hacia el niño para conseguir relaciones de apego saludables. Las interacciones con conductas sensibles de cuidadores ayudan al niño a sentirse más seguro, lo que resulta primordial en el tratamiento del TRA (6).

La AACAP señala dos modalidades psicoterapéuticas básicas para ayudar a los niños con TRA y sus cuidadores a sintonizarse entre sí e interactuar más positivamente: trabajando a través del cuidador y trabajando juntos con la diada cuidador-niño (y/o familia) (6).

- La terapia dirigida al cuidador debería incluir la guía y apoyo del mismo para que consiga establecer interacciones positivas con un niño, ayudándole a manejar el comportamiento del mismo o dirigido a tratar los sentimientos del cuidador relativos a la ansiedad, frustración o enojo. Se puede conseguir que el cuidador sea un terapeuta más que ayude a trabajar para fortalecer el vínculo del niño con el cuidador, por medio de actividades que fomenten su sensibilidad.
- El trabajo dirigido a la pareja niño-cuidador o también denominado trabajo diádico, está más orientado a aquellos cuidadores que no pueden desempeñar estas tareas de terapeutas. La Psicoterapia de

pares se basa en la experiencia que tienen el cuidador y el niño acerca del otro y en la alteración de los patrones de comunicación emocional en la diada. Se recomienda ayudar al cuidador a entender las emociones del niño y cómo es su conexión con el cuidador. Hay que centrarse en los momentos donde la relación cuidador-niño es más positiva y reforzar positivamente esas conductas en el niño y en la diada cuidador-niño.

En una primera etapa, el clínico puede trabajar a través del **cuidador**, ayudándole a aprender a establecer interacciones positivas con un niño difícil de alcanzar, ayudándole a manejar el comportamiento del niño o trabajando para tratar los propios sentimientos del cuidador de ansiedad, frustración o enojo cuando sea necesario (6).

Permitir que el cuidador informe sobre su relación con el niño y revisar esa narrativa para ver si hay evidencia de distorsión o derogación es una parte importante de la evaluación y un primer paso para seleccionar un enfoque de intervención. Generalmente, esto se puede hacer como parte de la evaluación abierta de la opinión del cuidador sobre la relación (6).

Cuando el cuidador está emocionalmente disponible y fácilmente capaz de reflejar los sentimientos del niño, se podrá entrenar al cuidador como coterapeuta y trabajar para fortalecer el vínculo del niño con el cuidador fomentando la sensibilidad (6).

Esta guía menciona dos tipos de intervención estructurada que utilizan vídeos. Una de ellas es la intervención basada en vídeo para promover la crianza positiva, se trata de una breve intervención de apego que se realiza en cuatro visitas domiciliarias (6). La otra intervención propuesta es el círculo de seguridad, desarrollado originalmente como psicoterapia de grupo para padres, ha propuesto un DVD con 8 sesiones de intervención parental.

Los autores indican que no se ha estudiado ninguno de estos enfoques en niños con TRA o TCSD, aunque sí se ha demostrado que aumentan el apego seguro en las diadas, incluyendo aquellas con alto riesgo social en las que los niños muestran un apego desorganizado (6).

Sin embargo, hay situaciones en que los cuidadores muestran un alto nivel de estrés y percepciones negativas de sus hijos. En estos casos, se deben utilizar otros enfoques.

En cuanto a la **terapia diádica** dirigida, la guía de la AACAP establece dos tipos de intervención, apoyados por ensayos clínicos aleatorios: la psicoterapia de padres-niños y Attachment and Biobehavioral Catch Up (6). Aunque ninguno de los dos ha sido examinado formalmente en niños con trastornos de apego, cada uno de ellos ha sido evaluado en niños con relaciones de apego alteradas.

El Attachment and Biobehavioral Catch Up utiliza la revisión del vídeo por parte del clínico y el cuidador para ayudar a que las respuestas del cuidador sean más adecuadas, a través de las sugerencias y refuerzo positivo por parte del clínico (6).

Un principio básico en la terapia diádica es enfocarse en los puntos fuertes de los padres que se reflejan en los momentos observados de buena interacción entre el cuidador y el niño (6). Una vez que la confianza se construye a través del refuerzo positivo del cuidador, el terapeuta puede señalar y procesar momentos de frustración y desapego para comenzar a reorganizar las interacciones. Revisar las sesiones grabadas en vídeo puede ser útil.

La segunda recomendación sobre tratamiento de la guía de la AACAP, es la limitación de contacto con adultos no cuidadores de los niños diagnosticados con TCSD. La experiencia clínica sugiere que reducir la exposición del niño a personas más allá de la familia inmediata durante varios meses después de que comience una nueva colocación puede reducir o eliminar el comportamiento indiscriminado, al menos en algunos casos.

La AACAP recomienda intervenciones complementarias para los niños que presentan conductas agresivas y/o de oposición. Se ha observado que una minoría de niños con TCSD puede tener conductas de oposición y/o agresivas concurrentes, que pueden presentarse como secuelas de experiencias adversas. En esos casos, los enfoques de tratamientos basados en la evidencia, como la terapia de interacción entre padres e hijos para niños más pequeños o la terapia multisistémica para niños mayores, pueden aumentar las intervenciones terapéuticas esbozadas en la recomendación 6.

Por otro lado, la AACAP no recomienda las intervenciones psicofarmacológicas para las características esenciales de TRA o TCSD. La AACAP indica que no se han llevado a cabo ensayos de intervención psicofarmacológicas para TRA o TDCS, ni existen indicaciones de medicación para el tratamiento de ambos trastornos. Sin embargo, sí se sugiere que para el caso de trastornos comórbidos, como trastornos de ansiedad, TDAH o trastornos de estados de ánimo, la intervención psicofarmacológica puede estar indicada cuando la evaluación indique síntomas y deterioro continuo.

Por último, la AACAP no recomienda administrar terapias que impliquen restricciones físicas o coercitivas (como retención terapéutica o retención de compresión), “re-elaboración” de trauma (terapia de renacimiento) o promoción de regresión por “reinserción”. No existe evidencia científica y se han asociado a daños graves, incluso a muerte.

Promover el apego mediante la tenencia coercitiva puede ser experimentado por el niño como humillante y aterrador, y estos enfoques deben ser evitados. Los riesgos para el niño que participa en estos enfoques no tradicionales son inaceptablemente altos. Por estas razones, la Academia Americana de Psiquiatría Infantil y Adolescente, la Asociación Psiquiátrica Americana y la Sociedad Profesional Americana sobre el Abuso de los Niños han emitido declaraciones que se oponen a las terapias coercitivas para niños con trastornos graves de apego.

Tabla 7. Recomendaciones establecidas por la AACAP para el tratamiento del Trastorno Reactivo del Apego (6)

Recomendación	Evidencia sobre la que se basa la recomendación
Recomendación 6. La intervención más importante para los niños pequeños diagnosticados con TRA o TCSD es asegurar que se les proporcione una figura de apego emocionalmente disponible.	Clínica estándar
Recomendación 7. Para los niños pequeños diagnosticados con TCSD, la limitación de los contactos con adultos no cuidadores puede reducir los signos del trastorno.	Opción Clínica
Recomendación 8. Los médicos deben recomendar intervenciones complementarias para los niños que presentan conducta agresiva y / o de oposición que es comórbida con TCSD.	Clínica estándar
Recomendación 9. Las intervenciones psicofarmacológicas no están indicadas para las características esenciales de TRA o TCSD.	No aprobado
Recomendación 10. Los médicos no deben administrar intervenciones diseñadas para mejorar el apego que impliquen restricciones físicas o coerción (ej. "retención terapéutica" o "retención de compresión"), "reelaboración" de trauma (ej. "terapia de renacimiento") o promoción de Regresión por "re-inserción" porque no tienen apoyo empírico y se han asociado con daños graves, incluyendo la muerte.	No aprobado

5. Discusión

La importancia de la relación entre un niño y sus principales cuidadores, desarrollada en el trabajo de John Bowlby, ha sido reconocida desde hace tiempo. El apego es el vínculo del niño con el cuidador y el cuidado es el vínculo del cuidador con el niño, ambos permiten al niño explorar el entorno de manera segura y aprender a lidiar con los desafíos que presenta el entorno. Los primeros estudios pioneros sobre los comportamientos de apego realizados por Ainsworth buscaron comprender los diferentes patrones de apego mediante el SSP (27).

El propósito de este informe es revisar la literatura sobre las guías de práctica clínica, informes HTA, RS y otros documentos, publicados desde 2015, que incorporan las herramientas diagnósticas e intervenciones para el tratamiento del TRA, un trastorno o vínculo de apego cuyos criterios diagnósticos han sido revisados en los sistemas de clasificación DSM y CIE. La búsqueda sistemática ha permitido identificar un informe de ETS (27), una guía de práctica clínica de NICE (20) y una guía clínica de la AACAP para el diagnóstico y tratamiento del TRA (6).

Los tres estudios incluidos en la revisión sistemática usan distinta nomenclatura para referirse a los patrones o dificultades de apego o los trastornos de apego. El informe de Wright utiliza el término general “problemas graves de apego” para referirse tanto a los patrones o estilos de apego desorganizados como a los trastornos de apego (TRA Y TCSD, definidos por criterios diagnósticos de investigación CIE-10) (27). La guía NICE emplea el término “dificultades de apego” para nombrar a un patrón de apego inseguro o desorganizado o a los trastornos de apego inhibido o desinhibido (trastornos según lo diagnosticado por una evaluación psiquiátrica) (20). La guía de la AACAP se focaliza exclusivamente en estos dos tipos de trastornos: TRA y TCSD (6).

Estas diferencias en la nomenclatura también han sido observadas por Wright et al., que señalaron que los estudios evaluados utilizan de manera confusa una variedad de nomenclatura para describir varias clasificaciones de patrones de apego. En este sentido, otros autores también han puesto de manifiesto que las dificultades de apego y los trastornos de apego son términos que parecen similares y se confunden fácilmente (5).

Aunque tanto el informe de ETS como la guía de práctica clínica de NICE presentan una buena calidad metodológica, la guía clínica de la AACAP no puede ser considerada de buena calidad metodológica. En general, en el presente informe la evidencia disponible sobre herramientas diagnósticas e intervenciones para el tratamiento de los trastornos de apego es, mayormente, de baja calidad. En general, los estudios referidos en los tres do-

cumentos seleccionados en este informe, son de pequeño tamaño muestral, en muchos casos no utilizan como comparador el estándar de referencia y presentan alto riesgo de sesgo por falta de cegamiento de los participantes y/o evaluadores (20).

En el caso de las herramientas diagnósticas para evaluar patrones de apego, en la mayoría de los estudios no se comparan con el estándar de referencia, el SSP. Los tres estudios incluidos recomiendan la herramienta SSP para la evaluación de problemas o dificultades de apego. Sin embargo, hay que tener en cuenta que esta herramienta no se ha utilizado con fines diagnósticos sino con fines de investigación (6, 27). Para el diagnóstico de trastorno del apego se recomienda utilizar los criterios DSM-V y CIE-10 y no emplear herramientas para la detección de patrones o dificultades de apego, ya que no serían útiles ni para el diagnóstico del TRA ni para el TCSD (27). Un problema a nivel conceptual es que los trastornos de apego se extienden más allá de las relaciones de apego, y muchas de las dificultades incluidas no están relacionadas con la construcción central del apego (27). El único estudio, incluido en el informe de ETS, que midió los patrones de apego y los trastornos de apego al mismo tiempo sugirió que se tratan de construcciones en gran parte independientes (33).

La guía NICE hace hincapié en el diagnóstico correcto de los trastornos del apego, utilizando los criterios DSM-V y CIE-10, ya que en ocasiones se asume que los niños con dificultades de apego tienen un trastorno del apego (20).

Es preciso recordar que la mayoría de los artículos incluidos en las revisiones del informe de ETS (2015) y de la guía de práctica clínica de NICE (2015) se realizaron antes de la publicación del DSM-5 (mayo de 2013), es decir, antes de la modificación de los criterios diagnósticos del TRA.

A partir de la revisión sobre los instrumentos existentes para la medición del TRA y del TCSD, algunos autores plantean que uno de los problemas más importante es que no existen instrumentos totalmente validados basados en los criterios actualizados del DSM-V. Además, no se dispone de instrumentos de observación estructurados que permitan la evaluación de TRA y TCSD. Muchos instrumentos son difíciles de usar en entornos clínicos debido al tiempo necesario de administración. Para abordar este problema, un equipo internacional de investigadores ha modificado la evaluación psiquiátrica de TRA y TCSD en niños y adolescentes con el fin de actualizarla a los criterios DSM-V en una muestra noruega de jóvenes en hogares de acogida (9).

Se han publicado diversos estudios que proponen nuevos instrumentos de evaluación del TRA (41-43). Ante la falta de herramientas específicas de observación directa de la interacción niño-cuidador, se ha desarrollado y validado la herramienta Rating of Inhibited Attachment Disordered Behavior

(RInAB) para la infancia, a partir de una modificación del SSP. Una segunda propuesta de observación para la evaluación de TRA inhibido en niños mayores es el CADB-C (44). Todos estos estudios sugieren que TRA se puede evaluar de manera confiable y válida mediante observación sistemática con diferentes enfoques de evaluación adaptados a la edad del niño.

En cuanto a las intervenciones, del conjunto de estudios incluidos en la revisión, solo la guía de la AACAP hace referencia a unas pautas clínicas concretas en niños con TRA. En el caso del informe de Wright et al. y la guía de NICE, las intervenciones evaluadas no hacen distinción entre los TRA y los problemas graves de apego o dificultades de apego, respectivamente. La guía de la AACAP establece que la intervención más importante para el tratamiento de los niños con TRA es asegurarles una figura de apego emocionalmente disponible. Se recomiendan intervenciones psicoterapéuticas para ayudar a los niños con TRA y sus cuidadores. La terapia se realiza desde dos perspectivas diferentes trabajando con el cuidador y con la díada cuidador-niño. En el caso de las intervenciones dirigidas solo al cuidador, tanto AACAP como la guía NICE, recomiendan la utilización de intervenciones de vídeo-feedback, administrado por profesionales formados para ello. En este tipo de intervención la retroalimentación alienta la reflexión de los padres sobre su sensibilidad a la angustia de sus hijos, les ayuda a ser más conscientes de las señales del niño, a comprender su comportamiento y a responder positivamente a esas señales.

Tanto en las herramientas de diagnóstico como en las intervenciones, los estudios incluidos destacan la preparación de los profesionales responsables de llevar a cabo la evaluación de los niños y el desarrollo de las intervenciones.

Recientemente se ha publicado una revisión Cochrane (2019) que evalúa los efectos de las intervenciones de vídeo-feedback en la sensibilidad de los padres y la seguridad del apego (medida esta mediante el Attachment Q-sort o el SSP), en niños menores de cinco años que están en riesgo de problemas de apego infantil (problemas de comportamiento, temperamento desafiante o parto prematuro) o problemas que podrían afectar a la sensibilidad de los padres (depresión, trastornos alimenticios o maltrato). La revisión concluye que la evidencia de esta intervención sobre la seguridad del apego es escasa y de certeza muy baja. Los resultados difirieron según el tipo de medida utilizada, y la duración del seguimiento fue limitada (45).

En la misma dirección, los autores de la guía NICE y del informe de HTA concluyen que son necesarios ECAs que demuestren la efectividad clínica en las intervenciones en el TRA. La evidencia disponible de las intervenciones en los TRA es limitada (5). La atención a los TRA y TCSD se han centrado hasta ahora en la adopción a familias para una mejor atención y así contrarrestar la privación que motivó el trastorno de apego. Según Turner et

al. los signos de TRA tienden a disminuir sustancialmente y desaparecen en la mayoría de los casos después de la colocación en familias.

En la actualidad un estudio financiado por el National Institute for Health Research, Health Technology Assessment Programme se encuentra en desarrollo en el Reino Unido. Se trata de un ensayo piloto de una intervención modificada de video feedback que pretende mejorar los resultados de salud mental de niños con presencia de TRA (definido por el DSM-V) con una edad comprendida entre los 11 meses y 6 años (46). Las familias de acogida se asignan aleatoriamente a dos grupos: o para recibir el servicio VIPP-FC o simplemente la atención habitual.

Por tanto, la evidencia disponible sobre el diagnóstico e intervenciones sobre TRA es muy limitada. La mayoría de los estudios se centra en los problemas o dificultades de apego, especialmente el apego desorganizado. Por otro lado, la confusión en la terminología utilizada dificulta la obtención de conclusiones sobre las mejores herramientas diagnósticas y de tratamiento, ya que en muchos casos es difícil discernir cuál es la población de estudio, entre otros motivos, debido a que el TRA y el TCSD se consideraban un único trastorno de apego en el DSM-IV.

Como expresan Wright et al. son necesarios estudios de alta calidad para que la literatura sea más útil para los clínicos y futuros investigadores. A pesar de la vasta literatura disponible en el campo del apego, ésta no es suficiente para establecer un marco modelo de decisión (27). Se plantean una serie de lagunas en la evidencia del TRA inhibido: pocos estudios longitudinales que hayan realizado un seguimiento de los niños con un diagnóstico de TRA a lo largo del tiempo y escaso desarrollo de la observación sistemática directa de los signos de TRA inhibido (44). Además, las investigaciones futuras deben identificar signos observables de TRA y signos de otros trastornos en niños que sufren privación social o no. Esto puede ayudar a distinguir mejor el apego inseguro del diagnóstico clínico de TRA inhibido y puede también ayudar a evitar el diagnóstico más frecuente como el TDAH en lugar de TRA en los casos en que se observan síntomas de TDAH, pero el TRA puede ser prominente (44).

6. Conclusiones

- El TRA surge cuando no se desarrolla un apego seguro con los cuidadores primarios en la infancia temprana como consecuencia de graves experiencias, negligencia o privación, de abuso o de separación abrupta de los cuidadores, o como resultado de una ausencia de respuesta adecuada por parte de la persona cuidadora a las necesidades de comunicación del niño.
- Los estudios seleccionados en la RS han utilizado distinta nomenclatura para referirse a los problemas graves de apego o dificultades de apego y a los trastornos de apego.
- En el caso del diagnóstico del TRA, la evidencia disponible, recomienda utilizar los criterios DSM-V y CIE-10, y no utilizar herramientas para la detección de patrones o dificultades de apego.
- En cuanto a las intervenciones, la evidencia disponible recomienda el uso de intervenciones psicoterapéuticas para ayudar a los niños con TRA y a sus cuidadores. La terapia se realiza solo con la persona cuidadora o con el par cuidador-niño. Se recomienda la utilización de la técnica de vídeo-feedback.
- En ningún caso se recomienda la utilización de intervención psicofarmacológicas ni intervenciones diseñadas para mejorar el apego que impliquen restricciones físicas o coerción. Sin embargo, el tratamiento psicofarmacológico puede estar indicado en el caso de trastornos comórbidos cuando se muestren síntomas y deterioro continuo.
- Existe una amplia literatura disponible en el campo del apego y los patrones de apego. Sin embargo, la evidencia disponible para el diagnóstico e intervenciones en TRA es muy limitada en lo que se refiere a las herramientas diagnósticas y las intervenciones.
- Se han realizado pocos estudios de seguimiento de los niños con un diagnóstico de TRA y faltan instrumentos validados basados en los criterios actualizados del DSM-V.

Contribución de los autores

Autores

Matilde Ruiz Palma. Elaboración de protocolo, revisión y selección de estudios, extracción de datos, elaboración de resultados y redacción.

Esther Elena García Carpintero. Estrategia de búsqueda, recuperación y selección de estudios, extracción de datos, elaboración de resultados y redacción.

Montserrat Carmona Rodríguez. Elaboración de protocolo, revisión y selección de estudios y redacción.

Luis María Sánchez Gómez. Dirección, supervisión y revisión.

Declaración de intereses

Los autores del presente informe y sus revisores externos completaron un formulario de declaración de intereses.

Los autores del presente informe declaran no tener conflictos de intereses en relación con la tecnología evaluada y los comparadores considerados.

Referencias

1. Moya J, Sierra P, del Valle C, Carrasco MA. Efectos del apego seguro y el riesgo psicosocial en los problemas infantiles interiorizados y exteriorizados. *Tendencias pedagógicas*. 2015(26):163-78.
2. Galán Rodríguez A. El apego: Más allá de un concepto inspirador. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 2010;30:581-95.
3. Ainsworth M BM, Waters E, Wall S. . *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Oxford, England Lawrence Erlbaum 1978.
4. Main MS, J. Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. Norwood, New Jersey: Ablex.: T. B. Brazelton & M. Yogman 1986. 95-124 p.
5. Turner M, Beckwith H, Duschinsky R, Forslund T, Foster SL, Coughlan B, et al. Attachment difficulties and disorders. *InnovAiT*. 2019;12(4):173-9.
6. Zeanah CH, Cheshner T, Boris NW. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2016;55(11):990-1003.
7. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
8. CIE-10-ES. Clasificación Internacional de Enfermedades-10ª Revisión. Modificación clínica. Tomo I: Diagnóstico (2ª edición). Madrid; 2018.
9. Lehmann S, Monette S, Egger H, Breivik K, Young D, Davidson C, et al. Development and Examination of the Reactive Attachment Disorder and Disinhibited Social Engagement Disorder Assessment Interview. *Assessment*. 2018(Online first. Sep 2018):1-17.
10. Ellis EE, Saadabadi A. Reactive Attachment Disorder. *StatPearls*. Treasure Island (FL)2019.
11. Sonuga-Barke EJS, Kennedy M, Kumsta R, Knights N, Golm D, Rutter M, et al. Child-to-adult neurodevelopmental and mental health trajectories after early life deprivation: the young adult follow-up of the longitudinal English and Romanian Adoptees study. *The Lancet*. 2017;389(10078):1539-48.
12. Zeanah CH, Humphreys KL, Fox NA, Nelson CA. Alternatives for abandoned children: insights from the Bucharest Early Intervention Project. *Current opinion in psychology*. 2017;15:182-8.
13. Woolgar M, Baldock E. Attachment disorders versus more common problems in looked after and adopted children: comparing community and expert assessments. *Child and Adolescent Mental Health*. 2015;20(1):34-40.
14. Cassidy J, Marvin RS. Attachment organization in preschool children: Coding guidelines. (Manuscrito no publicado). Attachment MWGo, editor. Seattle1987.
15. Cassidy J. Child-mother attachment and the self in six-year-olds. *Child Dev*. 1988;59(1):121-34.
16. Waters E. The Attachment Q-Set. In: E. Waters BEV, G. Posada & K. Kondo-Ikemura, editor. *Caregiving, cultural, and cognitive perspectives on secure-base behaviour and working models*. 60: Monographs of the Society for Research in Child Development; 1995. p. 247-54.

17. Stovall KC, Dozier M. The development of attachment in new relationships: single subject analyses for 10 foster infants. *Dev Psychopathol.* 2000;12(2):133-56.
18. Hanson RF, Spratt EG. Reactive Attachment Disorder: what we know about the disorder and implications for treatment. *Child Maltreat.* 2000;5(2):137-45.
19. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry Filadelfia: Lippincott Williams & Wilkins; 2015.
20. National Collaborating Centre for Mental Health. National Institute for Health and Care Excellence: Clinical Guidelines. Children's Attachment: Attachment in Children and Young People Who Are Adopted from Care, in Care or at High Risk of Going into Care. London: National Institute for Health and Care Excellence (UK), The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists.; 2015.
21. Chaffin M, Hanson R, Saunders BE, Nichols T, Barnett D, Zeanah C, et al. Report of the APSAC Task Force on Attachment Therapy, Reactive Attachment Disorder, and Attachment Problems. *Child Maltreatment.* 2006;11(1):76-89.
22. Fernández Rivas A, Ortiz Villalobos A, Rodríguez Ramos P. Trastorno reactivo del vínculo, TEPT y abuso crónico. In: Panamericana EM, editor. César Soutullo Esperón y María Jesús Mardomingo Sanz Manual de Psiquiatría del Niño y del Adolescente Madrid. 2010. p. 131.
23. Prior VG, Danya. Understanding Attachment and Attachment Disorders Theory, Evidence and Practice London: Jessica Kingsley Publishers; 2006.
24. O'Connor TG, Nilsen WJ. Models versus Metaphors in Translating Attachment Theory to the Clinic and Community. . Lisa J Berlin, Yair Ziv, Lisa Amaya-Jackson y Mark T Greenberg Enhancing Early Attachments: Theory, Research, Intervention, and Policy. New York: The Guilford Press.; 2005. p. 313-26.
25. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *Canadian Medical Association Journal.* 2010;182(18):E839.
26. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ.* 2017;358:j4008.
27. Wright B, Barry M, Hughes E, Trépel D, Ali S, Allgar V, et al. Clinical effectiveness and cost-effectiveness of parenting interventions for children with severe attachment problems: a systematic review and meta-analysis. *Health Technol Assess.* 2015;19(52).
28. Ainsworth M, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Oxford, England: Lawrence Erlbaum; 1978.
29. Ainsworth M, Wittig B. Attachment and Exploratory Behavior fo One-Year-Olds in a Strange Situation. Foss, B.M. Determinants of Infant Behavior. ed. London: Methuen; 1969.
30. Minnis H, Read W, Connolly B, Burston A, Schumm TS, Putter-Lareman S, et al. The Computerised Manchester Child Attachment Story Task: a novel medium for assessing attachment patterns. *International Journal of Methods in Psychiatric Research.* 2010;19(4):233-42.
31. McLaughlin A, Espie C, Minnis H. Development of a Brief Waiting Room Observation for Behaviours Typical of Reactive Attachment Disorder. *Child and Adolescent Mental Health.* 2010;15(2):73-9.
32. Boris NW, Hinshaw-Fuselier SS, Smyke AT, Scheeringa MS, Heller SS, Zeanah CH. Comparing Criteria for Attachment Disorders: Establishing Reliability and Validity in High-

- Risk Samples. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2004;43(5):568-77.
33. Gleason MM, Fox NA, Drury S, Smyke A, Egger HL, Nelson CA, et al. Validity of Evidence-Derived Criteria for Reactive Attachment Disorder: Indiscriminately Social/Disinhibited and Emotionally Withdrawn/Inhibited Types. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011;50(3):216-31.e3.
 34. Equit M, Paulus F, Fuhrmann P, Niemczyk J, von Gontard A. Comparison of ICD-10 and DC: 0-3R Diagnoses in Infants, Toddlers and Preschoolers. *Child Psychiatry & Human Development*. 2011;42(6):623-33.
 35. Gurganus SL. A Reliability and Validity Study of the May-Nichols Child Behavior Rating Scale [Unpublished doctoral dissertation]. Eagan, MI: Minnesota School of Professional Psychology, Argosy University; 2002.
 36. Ogilvie AM. The Assessment of Children with Attachment Disorder: The Randolph Attachment Disorder Questionnaire, the Behavioral and Emotional Rating Scale, and the Biopsychosocial Attachment Types Framework. Portland, OR: Portland State University; 1999.
 37. Minnis H, Pelosi AJ, Knapp M, Dunn J. Mental health and foster carer training. *Archives of disease in childhood*. 2001;84(4):302-6.
 38. Minnis H. Evaluation of a Training Programme for Foster Carers (unpublished PhD thesis). Institute of Psychiatry. London: University of London; 1999.
 39. Heinicke CM, Fineman NR, Ponce VA, Guthrie D. Relation-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the second year of life. *Infant Mental Health Journal*. 2001;22(4):431-62.
 40. Heinicke CM, Fineman NR, Ruth G, Recchia SL, Guthrie D, Rodning C. Relationship-based intervention with at-risk mothers: Outcome in the first year of life. *Infant Mental Health Journal*. 1999;20(4):349-74.
 41. Corval R, Belsky J, Baptista J, Mesquita A, Soares I. Development and validation of an observational measure of symptoms of Reactive Attachment Disorder. *Attach Hum Dev*. 2019;21(2):111-31.
 42. Bruce M, Young D, Turnbull S, Rooksby M, Chadwick G, Oates C, et al. Reactive Attachment Disorder in maltreated young children in foster care. *Attach Hum Dev*. 2019;21(2):152-69.
 43. Spangler G, Bovenschen I, Jorjadze N, Zimmermann J, Werner A, Riedel N, et al. Inhibited symptoms of Attachment Disorder in children from institutional and foster care samples. *Attach Hum Dev*. 2019;21(2):132-51.
 44. Zimmermann P, Soares I. Recent contributions for understanding Inhibited Reactive Attachment Disorder. *Attach Hum Dev*. 2019;21(2):87-94.
 45. O'Hara L, Smith ER, Barlow J, Livingstone N, Herath N, Wei Y, et al. Video feedback for parental sensitivity and attachment security in children under five years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019(11).
 46. ISRCTN registry. Supporting foster carers to improve mental health outcomes of young children in foster care: a feasibility study 2017 [06/04/2020]. Available from: <http://www.isrctn.com/ISRCTN18374094>.

Anexos

Anexo 1. Estrategia de búsqueda

MedLine (Fecha de búsqueda: 15 febrero de 2022)		
N°	Pregunta	Resultados
1	Reactive Attachment Disorder/	535
2	(Reactive adj4 attachment adj4 (disorde* or Behavio?r\$ or pattern\$ or problem\$)).ti,ab,kw	137
3	(inhibited adj4 attachment adj4 (disorde* or Behavio?r\$ or pattern\$ or problem\$)).ti,ab,kw	19
4	1 or 2 or 3	593
5	diagnosis/ or diagnosis, differential/	458208
6	(Differential adj2 diagnosis).ti,ab,kw	111231
7	diagnosis.ti,ab,kw	1447210
8	Psychiatric diagnosis.ti,ab,kw	4881
9	Assessment.ti,ab,kw	893193
10	Symptom assessment.ti,ab,kw	2631
11	5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10	2533479
12	4 and 11	142
13	limit 4 to yr="2015 -Current"	208

EMBASE (Fecha de búsqueda: 15 febrero de 2022)		
N°	Pregunta	Resultados
1	((reactive NEAR/4 attachment NEAR/4 (disorde* OR behavio?r\$ OR pattern\$ OR problem\$)).ti,ab,kw) AND [2015-2022]/py",	106

Cochrane Library (Fecha de búsqueda: 15 febrero de 2022)		
N°	Pregunta	Resultados
1	(reactive NEAR/4 attachment NEAR/4 (disorde* OR behavio?r\$ OR pattern\$ OR problem\$)).ti,ab,kw	31
2	MeSH descriptor: [Reactive Attachment Disorder] explode all trees	20
3	#1 OR #2 with Cochrane Library publication date Between Jan 2015 and Feb 2022, in Cochrane Reviews, Trials	18

PsycINFO (Fecha de búsqueda: 13 septiembre de 2019)		
N°	Pregunta	Resultados
1	((relative OR inhibit) AND attachment AND (disorder OR behavior OR problem OR pattern))	151

ERIC (Fecha de búsqueda: 15 febrero de 2022)		
Nº	Pregunta	Resultados
1	((relative OR inhibit) AND attachment AND (disorder OR behavior OR problem OR pattern))	10

Anexo 2. Resumen estudios incluidos

Estudio/año	Tipo de estudio	Período de búsqueda	Población	Objetivos	Resultados principales
Wright et al, 2015	Informe ETS	Hasta enero de 2012	Niños con problemas graves de apego	El principal objetivo es responder a la pregunta sobre cuál es la intervención parental temprana más efectiva y coste efectiva para el tratamiento de niños que muestra signos de desarrollar problemas de apego grave. Este estudio incluye una segunda RS sobre métodos y herramientas de evaluación de patrones o trastornos de apego.	<p>Diagnóstico El diagnóstico de TRA debe realizarse con los criterios DSM-V o CIE-10. Las herramientas de evaluación de patrones de apego, como SSP, no son útiles para la identificación de trastornos de apego.</p> <p>Intervención Solo un estudio cumplió los criterios para su inclusión en el tratamiento de TRA, que no mostró diferencias significativas en la mejora de los síntomas. Respecto a las intervenciones de problemas de apego las más efectivas eran las destinadas a aumentar la sensibilidad parental, principalmente con video-feedback. Dentro de las intervenciones para la modificación de patrones de apego, se incluyeron 8 ECAs en un metanálisis cuyos resultados indicaron que mejorar la sensibilidad maternal podría mejorar el apego se seguridad de los niños.</p>
NICE	Guía de práctica clínica	Hasta febrero de 2015	Niños y jóvenes con dificultades de apego	Establecer recomendaciones para la identificación, evaluación y tratamiento de dificultades de apego en niños	<p>Diagnóstico El resultado principal relacionado con el diagnóstico de TRA es que el diagnóstico debe realizarse en base a los criterios de DSM-V o CIE-10. El resto de recomendaciones sobre diagnóstico se realizan sobre dificultades de apego.</p> <p>Intervención No se realizan recomendaciones específicas para el TRA, sino para las dificultades de apego en general. Las intervenciones recomendadas son principalmente intervenciones video-feedback con los padres y el apoyo de profesionales. Así como intervenciones de educación y capacitación de los padres para mejorar el apego.</p>

Estudio/año	Tipo de estudio	Período de búsqueda	Población	Objetivos	Resultados principales
Zeanah et al 2016	Guía clínica	Hasta Junio de 2016	Niños con TRA y TCSD	Revisión de las medidas prácticas de diagnóstico y tratamiento de TRA y TCSD en niños y adolescentes	<p>Establece un total de 10 recomendaciones, 5 sobre el diagnóstico de TRA y TCSD y 5 sobre intervenciones para el tratamiento de los trastornos de apego.</p> <p>Diagnóstico</p> <p>Se recomienda que el clínico recopile una historia detallada, que incluya la información de los cuidadores. También recomienda que se realice un estudio observacional que compare el comportamiento del niño con adultos cercanos a él y con desconocidos, así como una evaluación psiquiatría integral de los niños con TRA o TCSD para determinar la presencia de trastornos comórbidos.</p> <p>Intervenciones</p> <p>Este estudio establece que intervención más importante para el tratamiento de los niños con TRA es asegurarles una figura de apego emocionalmente disponible. Trabajando la sensibilidad hacia el niño para conseguir relaciones de apego saludables</p>

Anexo 3. Herramientas diagnosticas incluidas en la guía NICE

Tabla 8. Herramientas de evaluación para guiar decisiones de intervención incluidas en la guía de práctica clínica publicada por NICE(20)

Herramienta	Entorno	Formato	Edad (años)	Clasificación	
				Apego Inseguro	Apego desorganizado
Procedimiento de Situación extraña	Clínica	Observación	1–2	Sí	Sí
Cassidy–Marvin Sistema codificador de apego en pre-escolares	Clínica	Observación	2–4	Sí	Sí
Evaluación de apego pre-escolar	Clínica	Observación	2–4	Sí	Sí
Apego Q-sort	Hogar	Observación	1–4	Sí	No
Manchester Child Attachment Story Task	cualquier escenario	Investigador/ clínico	4–7	Sí	Sí
McArthur Story Stem Battery	cualquier escenario	Investigador/ clínico	4–7	Sí	Sí
Story Stem Attachment Profile	cualquier escenario	Investigador/ clínico	4–7	Sí	Sí
Entrevista de apego niños	cualquier escenario	Investigador/ clínico	7–15	Sí	Sí
Entrevista de apego adultos	cualquier escenario	Investigador/ clínico	15+ y padres/ cuidadores	Sí	Sí

Anexo 4. Evaluación de la calidad

Herramienta AGREE II

		GUÍA NICE 2015				
		EVALUADORES				
		1	2	3	4	
Dominio 1 (Items puntuación 1-7)						
Item 1		7	7	7	7	Puntuación máxima 84 Puntuación mínima 12
Item 2		7	7	7	7	Puntuación estandarizada 100%
Item 3		7	7	7	7	
Dominio 2 (Items puntuación 1-7)						
Item 4		7	7	7	7	Puntuación máxima 84 Puntuación mínima 12
Item 5		7	5	6	6	Puntuación estandarizada 94%
Item 6		7	7	7	7	
Dominio 3 (Items puntuación 1-7)						
Item 7		7	7	7	7	Puntuación máxima 224 Puntuación mínima 32
Item 8		7	7	7	7	
Item 9		7	7	7	7	
Item 10		7	7	7	7	
Item 11		7	7	7	7	Puntuación estandarizada 97%
Item 12		7	7	7	7	
Item 13		7	7	7	7	
Item 14		7	5	6	5	
Dominio 4 (Items puntuación 1-7)						
Item 15		7	7	7	7	Puntuación máxima 84 Puntuación mínima 12
Item 16		7	7	7	7	Puntuación estandarizada 100%
Item 17		7	7	7	7	
Dominio 5 (Items puntuación 1-7)						
Item 18		7	7	7	7	Puntuación máxima 112 Puntuación mínima 16
Item 19		7	5	6	7	Puntuación estandarizada 90%
Item 20		7	5	7	7	
Item 21		7	5	5	6	
Dominio 6 (Items puntuación 1-7)						
Item 22		7	7	7	7	Puntuación máxima 56 Puntuación mínima 8
Item 23		7	7	7	7	Puntuación estandarizada 100%
EVALUACION GLOBAL (1-7)		7,0	6,6	6,8	6,8	Puntuación estandarizada 96%
RECOMENDARIAS ESTA GUÍA PARA SU USO			SI	SI CON MODIFICACIONES	NO	
			x			

Herramienta AGREE II

GUÍA AACAP 2016

		EVALUADORES				
		1	2	3	4	
Dominio 1 (Items puntuación 1-7)					Puntuación máxima 84	Puntuación mínima 12
Item 1		1	2	2	1	
Item 2		7	7	7	6	60%
Item 3		6	5	6	5	
Dominio 2 (Items puntuación 1-7)					Puntuación máxima 84	Puntuación mínima 12
Item 4		1	1	1	2	
Item 5		1	1	1	1	35%
Item 6		7	7	7	7	
Dominio 3 (Items puntuación 1-7)					Puntuación máxima 224	Puntuación mínima 32
Item 7		7	7	7	7	
Item 8		3	2	2	2	
Item 9		1	1	1	1	
Item 10		6	5	6	5	36%
Item 11		1	1	1	1	
Item 12		7	7	7	5	
Item 13		1	1	1	1	
Item 14		1	1	1	1	
Dominio 4 (Items puntuación 1-7)					Puntuación máxima 84	Puntuación mínima 12
Item 15		7	7	7	7	
Item 16		7	7	7	7	100%
Item 17		7	7	7	7	
Dominio 5 (Items puntuación 1-7)					Puntuación máxima 112	Puntuación mínima 16
Item 18		1	1	1	1	
Item 19		7	7	7	3	21%
Item 20		1	1	1	1	
Item 21		1	1	1	1	
Dominio 6 (Items puntuación 1-7)					Puntuación máxima 56	Puntuación mínima 8
Item 22		7	7	7	7	
Item 23		1	7	1	3	67%
EVALUACION GLOBAL (1-7)		3,9	4,0	3,9	3,6	37%
RECOMENDARIAS ESTA GUÍA PARA SU USO		Sí		SÍ CON MODIFICACIONES		NO
						X

Herramienta AMSTAR

Referencia	Wright et al 2015
**Dominios críticos en negrita	
1. ¿Las preguntas de investigación y los criterios de inclusión para la revisión incluyen los componentes de PICO?	Sí
2. ¿Contenía el informe de la revisión una declaración explícita de que los métodos de revisión se habían establecido antes de la realización de la revisión y justificaba el informe cualquier desviación significativa del protocolo?	Sí
3. ¿Explicaron los autores de la revisión su selección de los diseños de estudio para su inclusión en la revisión?	Sí
4. ¿Los autores de la revisión utilizaron una estrategia integral de búsqueda de literatura?	Sí
5. ¿Los autores de la revisión realizaron la selección de estudios por pares?	Sí
6. ¿Los autores de la revisión realizaron la extracción de datos por pares?	Sí
7. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una lista de estudios excluidos y justificaron las exclusiones?	Sí
8. ¿Los autores de la revisión describieron los estudios incluidos con el detalle suficiente?	Sí
9. ¿Utilizaron los autores de la revisión una técnica satisfactoria para evaluar el riesgo de sesgo (RoB) en los estudios individuales que se incluyeron en la revisión?	Sí
10. ¿Los autores de la revisión informaron sobre las fuentes de financiación para los estudios incluidos en la revisión?	No
11. Si se realizó un meta-análisis, ¿utilizaron los autores de la revisión los métodos apropiados para la combinación estadística de los resultados?	Sí
12. Si se realizó un meta-análisis, ¿evaluaron los autores el impacto potencial del RoB en estudios individuales sobre los resultados del metanálisis u otra síntesis de evidencia?	No
13. ¿Los autores de la revisión dieron cuenta del RoB en estudios individuales al interpretar / discutir los resultados de la revisión?	No
14. ¿Los autores de la revisión proporcionaron una explicación satisfactoria y una discusión sobre cualquier heterogeneidad observada en los resultados de la revisión?	No
15. Si realizaron una síntesis cuantitativa, ¿los autores de la revisión llevaron a cabo una investigación adecuada del sesgo de publicación (sesgo de estudio pequeño) y discutieron su posible impacto en los resultados de la revisión?	Sí
16. ¿Los autores de la revisión informaron sobre posibles fuentes de conflicto de interés, incluido la financiación que recibieron para realizar la revisión?	Sí

