

Medidas prácticas para la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes con trastorno reactivo de apego (TRA) y trastorno de compromiso social desinhibido (TCSD)

Charles H. Zeanah, MD, Tessa Chesher, DO, Neil W. Boris, MD, and the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI)

Esta serie de medidas prácticas es una revisión de una anterior que aborda el trastorno reactivo del apego que se publicó en 2005. Revisa el estado actual del trastorno reactivo de apego (TRA) y el trastorno desinhibido de compromiso social (TCSD) con respecto a su evaluación y tratamiento. 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 no cuidadores cuando es evidente.

Palabras clave: trastorno reactivo de apego, trastorno de compromiso social desinhibido, comportamiento indiscriminado, amabilidad indiscriminada, comportamiento social indiscriminado

J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2016;55(11):990–1003.

Los parámetros prácticos originales para la evaluación y tratamiento (AACAP) del trastorno del vínculo(TRA) fueron publicados en 2005 . Hasta entonces, la investigación realizaba presentaba lo que solía ser señalado como dos trastornos distintos- trastorno del vínculo y trastorno del compromiso social desinhibido. Estos parámetros actualizan la versión del 2005 incorporando nuevos descubrimientos relevantes para ambos trastornos.

La mayor parte de la investigación sobre el trastorno del vínculo y del compromiso social desinhibido ha sido realizado en niños entre 1 y 5 años. Hay poca investigación sobre la continuidad *homotypic* de estos trastornos o incluso como se manifiestan en niños mayores y adolescentes. Informes sobre entornos extremadamente adversos en el cuidado con comportamientos aberrantes en niños pequeños, fechan de hace más de un siglo. La definición formal del trastorno del apego comenzó con el *DSM-III* en 1980. El *DSM5* definió el trastorno del compromiso social desinhibido y trastorno del vínculo como dos trastornos separados y diferentes, agrupados a otros trastornos relacionados con el trauma. Ambos, El trastorno del vínculo y el trastorno del compromiso social desinhibido captan patrones distintivos de un apego aberrante y comportamientos sociales en niños que están socialmente descuidados o que están siendo criados en ambientes que limitan las oportunidades para formar vínculos selectivos. Las bases empíricas de estos trastornos están creciendo y los datos informan de un creciente consenso sobre los principios de evaluación y las intervenciones seguras y efectivas para los trastornos del vínculo y del compromiso social desinhibido.

METODOLOGÍA:

La búsqueda bibliográfica inicial se realizó en Mayo de 2012 usando PubMed, PsycINFO, y la biblioteca Cochrane databases. La búsqueda inicial fue limitada al rango de fecha entre 1 de enero de 1998 al 17 de mayo de 2012. La búsqueda en PubMed utilizó el término MeSH “Trastornos de vinculación reactiva”, con 307 resultados y las siguientes palabras clave vinculadas con el *Boolean “OR”* : “Trastornos de vinculación reactiva” “trastornos del vínculo”, “conducta indiscriminada”, “amabilidad indiscriminada”, “trastorno del vínculo reactivo y desinhibición social indiscriminada” y “trastorno desinhibido del compromiso social” produciendo 287 resultados. La búsqueda se repitió en la Biblioteca Cochrane Database produciendo 2 resultados.

La búsqueda inicial se amplió a Junio de 2016 utilizando PubMed, PsycINFO y la Biblioteca Cochrane Databases para cubrir el rango de fechas de 18 de mayo 2012 a 15 de junio de 2016. La búsqueda en PubMed usó el término de MeSH “ trastornos de vinculación reactiva” consiguiendo 110 resultados y las siguientes palabras claves vinculadas al *Boolean “OR”*: “ Trastornos de vinculación reactiva “ trastorno del vínculo”” conducta indiscriminada” “ amabilidad indiscriminada” “trastorno del vínculo reactivo y desinhibición social indiscriminada” y “trastorno desinhibido del compromiso social” produciendo 154 resultados. En La búsqueda en PsycINFO se utilizó el término “ trastorno del vínculo” y produjo 119 resultados. Enlazan palabras clave en búsqueda avanzada con *Boolean “OR”* utilizando los términos “trastorno de vinculación reactiva”, “trastorno del vínculo” “conducta indiscriminada” “amabilidad indiscriminada” 2 trastorno del vínculo reactivo y desinhibición social indiscriminada” y “ trastorno desinhibido del compromiso social” produciendo 187 resultados. La búsqueda se repitió en la Biblioteca Cochrane Database of Systematic reviews dando 0 resultados(cuando las palabras claves adicionales fueron agregadas y vinculadas a *Boolean “OR”* la búsqueda produjo 2 resultados).

Los revisores de los títulos y resúmenes de todas las palabras claves de los dominios en los artículos, incluidas las descripciones del estudio de población(criterios de inclusión y exclusión), aleatorización, cegamiento, intervenciones, resultados (incluyendo “ la última observación llevada a cabo” de los datos y resultados de abandonos) y análisis estadísticos. Para este parámetro práctico, 83 publicaciones de la primera búsqueda y 40 de la segunda búsqueda fueron seleccionadas para el examen minucioso de la base en su peso en la jerarquía y la evidencia basada en la calidad y relevancia en la práctica clínica.

Además, las búsquedas en publicaciones relevantes de los siguientes autores se llevaron a cabo debido a sus conocimientos en esta área: Neil W.

Boris, Kim Chisholm, Patricia Crittenden, Mary Dozier, Marinus van IJzendoorn, Alicia Lieberman, Karlem Lyons-Ruth, Mary Margaret Gleason, Helen Minnis, Thomas O'Connor, Michael Rutter, Anna Smyke, Isabel Soares, y Charles H. Zeanah. Los títulos y resúmenes de todos los artículos han sido revisados.

EL APEGO Y SU DESARROLLO

El apego entre un niño y su cuidador primario es un proceso impulsado biológicamente que se traduce en la organización de comportamientos en el niño pequeño, comportamientos especialmente diseñados para lograr la proximidad física a un cuidador preferido, cuando el niño tiene necesidad de confort, apoyo, cuidado o protección. El proceso de apego se desarrolla durante el primer año de vida. Los recién nacidos reconocen el olor y el sonido de su madre poco después de nacer pero no expresan ninguna preferencia por ninguna persona en particular para que les proporcione comodidad en un momento de sufrimiento. Entre los 2 y 7 meses, los niños están motivados para interactuar con diferentes personas, familiares y desconocidos. Durante este tiempo, el niño puede más fácilmente ser arropado por un cuidador familiar, no obstante el o ella es capaz de tranquilizarse con un adulto desconocido. Sin embargo, alrededor de los 7 a 9 meses, los niños comienzan a mostrar reticencias alrededor de adultos desconocidos (recelo ante el extraño) y a protestar ante la separación de un cuidador familiar (protesta ante la separación). Cuando aparece uno de estos comportamientos, se puede decir que el niño ha formado un apego selectivo o recomendado.

Los niños se apegan a los cuidadores con los que han tenido cantidades significativas de interacción. Aunque no hay datos disponibles, el niño aprende de un pequeño número de adultos, a través de la experiencia, con los que puede contar para que le proporcionen confort, apoyo, cuidado y protección, especialmente en situación de estrés. Estas figuras de apego parece ser que el niño los organiza jerárquicamente dependiendo del peso de preferencia, así el niño tiene el cuidador preferido, el siguiente cuidador, etc...esto parece poner límites a los niños para tener apego a un gran número de cuidadores, probablemente porque el contacto físico real y la interacción regular parecen ser necesarias para la formación del apego. En instituciones en las que una gran cantidad de cuidadores trabajan en turnos irregulares, muchos niños desarrollan una pequeña preferencia, e incluso ninguna, hacia figuras de apego. Sin embargo, el límite de cuantas figuras de apego puede llegar a tener un niño, resulta desconocido.

Los vínculos a los cuidadores se puede desarrollar en cualquier momento en niños de 7 a 9 meses, siempre que los cuidadores tengan suficiente relación con el niño. Así, los niños pequeños sacados de instituciones o de familias descuidadas crean apego en sus nuevos cuidadores, aunque la calidad de este apego puede estar comprometida.

Sobre los 12 meses de edad, es posible evaluar la calidad del apego del niño con respecto a la figura de apego preferida. Un paradigma de laboratorio, Procedimiento de Situación Extraña, consiste en las series de interacciones entre el niño pequeño, una figura de apego, y un adulto desconocido incluyendo separaciones y reuniones. Durante este procedimiento, las diferencias individuales en la organización de comportamientos de apego en niños de 11 a 20 meses hacia figuras de apego, se describen en cuatro patrones- seguro, evasivo, resistente y desorganizado.

El Procedimiento de Situación Extraña se ha realizado en muchas culturas en todo el mundo. Aunque existen variantes en las diferentes culturas, los mismos cuatro patrones son evidentes. Estos patrones de apego son específicos de la relación en lugar de ser algo innato en el niño, al igual que los patrones de apego del mismo niño, pueden ser diferentes con diferentes adultos cuidadores. Estos parámetros pueden estar asociados con los diferentes tipos de cuidados en los primeros años de vida y con diferente adaptación en los años preescolares y más allá.

Para los niños de 2 a 4 años y medio, el sistema de MacArthur (J.Cassidy, R.Marvin, no publicados, 1992) describe la seguridad, la evasión, la dependencia (ambivalencia), el control y la inseguridad / como otros parámetros de apego. Estas clasificaciones se derivan del mismo Procedimiento de Situación Extraña administrado a los niños, pero la clasificación está definida por los diferentes comportamientos incrementando la dependencia verbal ante el comportamiento motor.

El apego inseguro (evasivo o apego resistente) es un factor de riesgo para la psicopatología, y un apego seguro es un factor protector especialmente en grupos de alto riesgo. Los enlaces más fuertes con la psicopatología son evidentes en niños pequeños que muestran unos apegos desorganizados hacia sus cuidadores primarios u otros apegos clasificados atípicos como inseguridad u otros en niños en edad preescolar.

El Procedimiento de Situación Extraña ha sido de una utilidad enorme en la investigación del desarrollo del apego; sin embargo, su uso clínico rutinario está limitado por el hecho de que no fue diseñado como un procedimiento de diagnóstico, si no como una observación de laboratorio entre el apego y conductas exploratorias en niños pequeños en presencia de una figura de apego. Las clasificaciones de apego no son diagnósticas, tampoco dictan una clasificación particular en un enfoque clínico específico.

Algunos apegos están basados en intervenciones de uso de Procedimiento de Situación Extraña, pero los médicos están entrenados en la administración e interpretación adecuadas en este contexto.

El apego en niños pequeños hacia cuidadores puede estar comprometido por otros factores de riesgo que también dan lugar a trastornos y síntomas psiquiátricos. Esto plantea la cuestión de cómo definir los desórdenes del apego clínicamente, que es, en niños para los cuales el trastorno del apego es el primer foco de tratamiento, en oposición a niños con inseguridad o apegos desordenados que están en riesgo de subsiguientes trastornos, pero que actualmente no muestran signos de un trastorno clínico.

En contraste a los patrones de apego que son factores de riesgo y protección, el *DSM-5* y otras nosologías se refieren a la definición de trastornos clínicos del apego. En el *DSM-5*, *TRA* (Trastorno del vínculo) es definido por un marcado disturbio y un desarrollo inapropiado de las conductas de apego, en las cuales el niño rara o mínimamente recurre preferentemente a una a una figura de apego para buscar comodidad, apoyo, protección y cuidado. El niño raramente busca comodidad o responde a la comodidad cuando se siente agobiado, y socialmente es insensible y tiene dificultades para regular las emociones. Los signos del trastorno aparecen en situaciones extremas de cuidados insuficientes.

TCS (trastorno del compromiso social desinhibido) es definido en *DSM-5* como un comportamiento aberrante en el que el niño sin titubeos se acerca e interactúa con adultos desconocidos. El niño apenas muestra reticencia, o incluso reticencia nula, hacia los extraños que se acercan, mostrando excesivo lenguaje o comportamiento físico familiar, después de haberse alejado y en disminución o ausencia del control de un cuidador, incluso en entornos desconocidos y/o con una voluntad de "ir con" un adulto desconocido con apenas o ninguna vacilación. Como con *TRA* (Trastorno del vínculo) estos comportamientos vienen de un cuidado extremadamente insuficiente.

¿UN TRASTORNO O DOS?

El trastorno reactivo del vínculo (*TRA*) se dividió en *DSM-IV* en dos subtipos: el tipo inhibido emocionalmente alejado y un tipo socialmente indiscriminado. En contraste con la *Clasificación Internacional de Enfermedades en la décima Revisión* (*ICD-10*) que definió dos trastornos: Trastorno reactivo del vínculo correspondiente al tipo inhibido emocionalmente alejado, y el trastorno del vínculo desinhibido correspondiente al tipo indiscriminado socialmente desinhibido. La idea era que, en el anterior, los niños pequeños con oportunidades limitadas para formar apegos selectivos se mostraron retraídos e inhibidos-retraídos, con ninguna consistente muestra de apego dirigida a persona alguna. Este último, por otro

lado, fue pensado para niños que igualmente carecían de oportunidades para crear apegos selectivos y, responden mostrando conductas de apego indiscriminadamente, incluso con desconocidos completamente.

Comentarios recientes han demostrado que la evidencia indica que los dos tipos del (Trastorno del Vínculo) son realmente dos trastornos distintos. Los dos trastornos 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 diferencian con respecto a la fenomenología, en las correlaciones, el proceso, la respuesta al tratamiento y los factores vulnerables, y esto les llevó a definir como diferentes factores en el *DSM-5*. En esta conceptualización, TRA (Trastorno del vínculo) implica conductas del vínculo desordenadas, en cambio en TCSD (trastorno del compromiso social desinhibido) la anormalidad de base es referida a la desinhibición social. Porque TCSD (trastorno del compromiso social desinhibido) puede ocurrir en la ausencia de apego, en un apego anómalo, o en un apego sano en acogida posterior o paternidad adoptiva, una posible cuestión de responsabilidad, se puede cuestionar si es en absoluto un desorden del vínculo.

PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL TRA

TRA (Trastorno del vínculo) describe una constelación de comportamientos anómalos del vínculo, y otras anomalías del comportamiento que se cree son resultado de la privación y el abandono social. Por esta razón, se requiere de una historia de abandono social grave. La falta de vínculos hacia una figura de apego específica es excesivamente rara en entornos de cuidado responsable. En respuesta a oportunidades severamente limitadas para formar apegos selectivos, los niños pequeños no desarrollan vínculos hacia ningún cuidador, esa es la esencia del trastorno.

Los niños con TRA (trastorno del vínculo) no inician o incluso apenas muestran interés por interactuar con los cuidadores, y la reciprocidad social es mínima o ausente. Estos niños tienen un limitado, o un afecto no positivo y frecuentemente se muestran fríos. Los niños con TRA (Trastorno del vínculo) no muestran conductas de apego consistente o sólidamente desarrolladas, de hecho, raramente buscan proximidad hacia adultos específicos, no consultando con adultos, incluso aquellos que han sido repetidamente expuestos a los adultos, y tampoco buscan ni aceptan la comodidad proporcionada por cuidadores en caso de necesidad emocional. Pueden mostrar también episodios de irritabilidad inexplicable, tristeza o temor en torno a cuidadores familiares.

COMORBILIDAD DE TRA

Solamente datos limitados están disponibles en este momento acerca de los trastornos que pueden ser comórbidos con TRA (trastorno del vínculo). Sin embargo, dado que la adversidad severa en la infancia parece aumentar el riesgo para muchas psicopatologías, es probable que la comorbilidad sea la regla, más que la excepción. En particular, retrasos cognitivos y estereotipias están asociados con entornos de carencia cuidados y a menudo se producen TRA (trastorno del vínculo). Además, en niños pequeños criados en instituciones se ha observado comorbilidad con síntomas depresivos. Algunos niños maltratados que han sido documentados, han mostrado signos tanto de Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD) y TRA (Trastorno del vínculo), pero no hay estudios todavía que hayan documentado el grado de comorbilidad entre TRA (Trastorno del vínculo) y PTSD (Trastorno por estrés Postraumático). Hay, sin embargo, evidencia longitudinal de que el apego desorganizado en la infancia se asocia con el desarrollo de PTSD (trastorno por estrés postraumático) en los niños con edad escolar que fueron expuestos a situaciones traumáticas significantes y niños diagnosticados de TRA (Trastorno del vínculo) propensos a tener tal exposición de trauma.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TRA

TRA (Trastorno del vínculo) debe ser principalmente distinguido del trastorno del espectro autista (ASD), retraso del desarrollo global (GDD) y la depresión. Los niños con TRA (trastorno del vínculo) comparten una retirada social, y una reciprocidad social reducida con niños autistas. Del mismo modo, ambos trastornos a menudo se asocian con retrasos cognitivos y estereotipias motoras. Por otra parte, en TRA (Trastorno del vínculo), uno no debería ver discapacidades selectivas en la representación simbólica (fingir en el juego y en el lenguaje) desproporcionado a nivel cognitivo. Además, los intereses restringidos y preocupaciones, que forman parte de los criterios del trastorno del espectro autista (ASD), no se encuentran en TRA (trastorno del vínculo). Los niños con TRA (Trastorno del vínculo) tienen conductas desviadas social y emocionalmente, una reducida capacidad de respuesta y afecto positivo, y trastornos de regulación de emociones que no son parte del retardo del desarrollo global. En la depresión, se reducen los afectos positivos y emocionales, las dificultades en la disposición son similares a las que encontramos en TRA (trastorno del vínculo). Esta no es razón, sin embargo, para esperar que los comportamientos de apego de un niño con depresión sean mínimamente ausentes, como en el caso de TRA (trastorno del vínculo).

..... parte sin traducir

BASE DE EVIDENCIA PARA LA PRÁCTICA

PARÁMETROS

En estos parámetros, las recomendaciones para el mejor tratamiento se establecen de acuerdo con la solidez del apoyo empírico y / o clínico, como sigue:

- Clínica Estándar [CS] se aplica a las recomendaciones que se basan en pruebas empíricas rigurosas (por ejemplo, metaanálisis, Sistemáticas, aleatorias individuales, ensayos controlados) y / o un consenso clínico abrumador.
 - La Guía Clínica [GC] 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 fuerte consenso clínico
 - La Opción Clínica [OP] se aplica a las recomendaciones que se basan en la evidencia empírica emergente (por ejemplo, ensayos no controlados, series de casos / informes) o la opinión clínica, con fuerte evidencia empírica y / o fuerte consenso clínico
 - No aprobado [NE] se aplica a las prácticas que se conocen son ineficaces o estar contraindicados
- La fuerza de la evidencia empírica se clasifica en orden descendente de la siguiente manera:

- 1.- [Rct] Ensayo aleatorio, controlado se aplica a los estudios en que los participantes son asignados aleatoriamente a dos o más condiciones de tratamiento
- 2.- [Ct] El ensayo controlado se aplica a los estudios en los que los participantes son asignados no aleatoriamente a dos o más condiciones de tratamiento
- 3.- [Ut] Ensayo no controlado se aplica a estudios en los que los participantes se asignan a una condición de tratamiento
- 4.- [Cs] La serie de casos / informe se aplica a una serie de casos o al informe de un caso

RECOMENDACIONES

Evaluación

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. [CS]

El propósito de la detección de TRA y TCSD es determinar si una evaluación más formal de estos trastornos es necesaria. En ausencia de instrumentos de cribado validados para TRA y TCSD, el equipo clínico debe tanto observar como interrogar sobre el apego del niño hacia el progenitor/cuidador. Por ejemplo, ¿el niño se dirige preferentemente a las figuras de los padres para su comodidad, apoyo, cuidado y protección? ¿El niño muestra desconfianza durante las evaluaciones clínicas? ¿El niño protesta por la separación de sus cuidadores familiares si se ausentan? En segundo lugar, los médicos deben preguntar acerca del historial de crianza institucional, crianza de acogida o adopción (especialmente la adopción internacional). Los médicos no deberían conformarse con recaudar un mínimo de información sino tratar de llegar a una evaluación más profunda.

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, TCSD, en algunos casos, persiste durante años, incluso después de que el niño se inserta en las familias. Para niños mayores y adolescentes, está indicada la indagación sobre el comportamiento indiscriminado con sus compañeros. Por ejemplo, ¿afirman el niño o el adolescente tener amistades "cercanas" con conocidos relativamente nuevos?

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. [CS]

El estudio incluye enfoques básicos para la evaluación clínica de niños menores de 5 años, lo que puede ser útil para la evaluación clínica de TRA. El informe del cuidador sobre el comportamiento de apego del niño también puede ser útil. El médico debe recopilar 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 típicamente continúa durante los años preescolares.

Los datos sobre el comportamiento del niño en centros de cuidado infantil o escuelas pueden ser útiles como una indicación del comportamiento típico del niño en ausencia del progenitor/cuidador. Los informes de los maestros acerca de aislamiento extremo o de un comportamiento indiscriminado podrían suscitar sospechas sobre la existencia de TRA o TCSD.

Los datos obtenidos de observación directa son siempre útiles en el diagnóstico de TRA, y pedirle al cuidador que se separe del niño dejando la habitación para provocar comportamientos de apego a menudo proporciona datos útiles. Observar la actitud del niño y su interacción con el médico permite un examen en directo del comportamiento del niño con extraños. La comparación del comportamiento del niño con adultos familiares y con desconocidos es necesaria para el diagnóstico. A continuación se presenta un procedimiento de observación con más detalle. Idealmente, una evaluación completa implica más de una observación, con entrevistas que ayudan a determinar lo frecuente y real del comportamiento observado inicialmente.

Recomendación 3. El médico 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. [OP]

La relación cuidador-niño forma tanto la base para la evaluación de los signos de TRA y TCSD como el nexo para las intervenciones de monitorización para TRA. Las observaciones estructuradas permiten al equipo clínico captar cómo se comporta el niño con un adulto familiar y con un desconocido, especialmente si las interacciones se llevan a cabo en paralelo. Se han descrito varios enfoques distintos para estructurar una evaluación integral de la relación cuidador-niño, además del Procedimiento de Situación Extraña, procedimiento que ya ha sido ampliamente validado pero que se utiliza sobre todo con fines de investigación. Estos enfoques alternativos generalmente involucran una combinación de episodios tales como juego, enseñanza y separación / reunión e implican observaciones cuidadosas de cómo el niño se comporta con su figura de apego preferida en comparación con un adulto desconocido. También se han estudiado otros enfoques más específicamente diseñados para evaluar el apego cuidador-niño.

Si hay apego, el niño debe exhibir preferencias claras para la figura que le provee de nutrición, apoyo, comodidad y protección. Se espera que una separación de la misma sea ligeramente estresante para los niños pequeños y se incluye a menudo para aumentar la probabilidad de observar a niños pequeños cuando están motivados para buscar consuelo.

En la Tabla 1 se presenta un posible modelo de evaluación (no validado hasta la fecha) para los niños de 1 a 5 años de edad. El procedimiento descrito en la Tabla 1 fue diseñado para uso de los médicos que trabajan en clínicas. Se puede utilizar sin adultos adicionales involucrados, aunque lo ideal es que se grabe en video para su posterior revisión. Una sala de observación con un espejo unidireccional permite al médico observar al progenitor/cuidador y al niño durante el episodio 5, pero si no se cuentan con esos medios, el cuidador puede informar más tarde sobre el comportamiento del niño durante la ausencia del médico. El episodio del juguete se incluye para que el médico pueda observar la búsqueda de consuelo preferida por parte del niño, pero no es esencial incluirlo. A lo largo del procedimiento, se hace hincapié en comparar el comportamiento del niño con la figura de apego familiar (es decir, el progenitor / cuidador) y el adulto desconocido (es decir, el clínico).

TCSD se puede evaluar en muchos de los mismos paradigmas que se utilizan para TRA, incluyendo el que se describe en la Tabla 1, pero es imprescindible que interacción con una figura desconocida se incluya porque el comportamiento con adultos desconocidos aporta datos cruciales necesarios para hacer un diagnóstico. Otros sistemas de codificación se han utilizado para evaluar el comportamiento del niño con un extraño en el Procedimiento de Situación Extraña, pero éstos son menos útiles clínicamente.

No existe un sistema de puntuación formal para el procedimiento de la Tabla 1. Más bien, las conclusiones del clínico sobre las diferencias en el comportamiento del niño con adultos familiares y desconocidos son suficientes para informar el proceso de diagnóstico. Siempre se recomienda la formación en paradigmas estructurados de observación para evaluar el apego, aunque pueden ser

necesarios centros especializados para obtener dicho entrenamiento.

TABLA 1 Observacion Clinica del Apego

Episodio	Duracion	Accion	Observacion
1	5 minutos	Clinico observa juego libre entre padre-hijo	Observar familiaridad, comodidad y calidez en el niño mientras interacciona con el cuidador
2	3 minutos	Clinico primero habla, luego se acerca y luego trata de participar en el juego con el niño	La mayoría de los niños pequeños muestran un reticencia inicial para relacionarse con un adulto no familiar
3	3 minutos	Clinico coge al niño en brazos y le muestra una imagen en la pared o miran juntos por la ventana	Esto aumenta la tensión en el niño. Anotar la comodidad y familiaridad del niño con el adulto extraño
4	3 minutos	Es el cuidador el que coge al niño en brazos y le muestra una imagen en la pared o miran juntos por la ventana	Comparado a ser cogido por un extraño, el niño debería sentirse mucho mas cómodo con el cuidador
4a	1 minuto	El niño es colocado entre cuidador y extraño, y se introduce un juguete de control (e.j. excitante, que asusta)	Si se asusta, el niño debería buscar consuelo en el cuidador. Si muestra interés, debería compartir afecto positivo con el cuidador.
5	3 minutos	Clinico abandona la habitación	Su salida no debería causar demasiado efecto en el niño, al ser el extraño el que se ausenta
6	1 minuto	Clinico regresa	Igualmente su regreso no debería afectar en exceso al niño
7	3 minutos	Cuidador abandona la habitación	El niño debería darse cuenta de esta ausencia, aunque no necesariamente mostrar disgusto excesivo. Si eso ocurre, el clínico (extraño) debería proponer consuelo al niño.
8	1 minuto	El cuidador regresa	La reunión de niño y cuidador debería ser congruente con su comportamiento en la separación previa. Si hay disgusto debería buscar consuelo en el cuidado. Si no lo hay, debería relacionarse con el cuidador e introducirle en la actividad o juguete. O como poco, hablarle de lo que ha ocurrido durante su ausencia.

Recomendación 4. Los médicos deben realizar una evaluación psiquiátrica integral de los niños con TRA o TCSD para determinar la presencia de trastornos comórbidos. [CS]

La investigación hasta la fecha indica niveles sustanciales de deterioro psiquiátrico y social y comorbilidad en niños con TRA y TCSD. La evidencia existente sugiere que los signos de TRA disminuyen rápidamente después de que los niños se colocan en entornos de cuidado suficientemente buenos. Por otro lado, los niños con TRA también pueden mostrar deterioro continuo en sus relaciones familiares y sociales, incluso después de haber señales de que el trastorno disminuye en ambientes de cuidado adecuados. Esto 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.

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 (EEG). Todos estos hallazgos sugieren que una evaluación global es muy aconsejable para los niños con signos de TCSD, incluyendo el uso de entrevistas estructuradas.

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. Unas medidas de monitorización adecuadas a la edad serían necesarias para detectar retrasos en el desarrollo, el habla y el lenguaje en un examen pediátrico general y pruebas de rutin. 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.

Recomendación 5. El equipo médico 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. [CS]

Ya sea una historia temprana de abandono social, continuas estancias en familias de acogida, o una crianza institucional en primera infancia, parecen ser las claves para el diagnóstico de TRA y TCSD. Por esta razón, los médicos que observen signos de TRA o TCSD deben considerar la posibilidad de que el niño haya experimentado abandono, a menos que haya una explicación plausible alternativa. Los niños con una historia de adversidad grave, por supuesto, pueden presentar una variedad de comportamientos negativos que son muy difíciles de manejar para los cuidadores. El juicio clínico con respecto a la conveniencia de poner al niño en un nuevo entorno dado debe incluir la consideración del apoyo y la estabilidad de la familia en cuestión, la psicopatología del cuidador y su respuesta a las intervenciones anteriores, la voluntad de asumir la responsabilidad por la situación del niño y la gravedad y el patrón del abuso anterior. La sospecha de malos tratos no declarados requiere la presentación de informes a las autoridades competentes de los servicios de protección a la infancia / o la aplicación de la ley.

Tratamiento

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. [CS]

Un cuidado físico y psicológico sensible hacia el niño – ingrediente esencial de un apego saludable- es el componente más importante de una intervención para estos trastornos. Aunque los niños con TRA carecen siempre de apegos sanos con cuidadores adultos, a los niños con TCSD sólo a veces les ocurre. Es decir, los niños con TCSD pueden no tener apegos, tener apegos inseguros, o incluso tener apegos sanos y robustos hacia padres adoptivos o de acogida. Si carecen de apego, esa debe ser la primera prioridad del tratamiento.

Los bloques de construcción de un apego seguro son momentos interactivos en los que la conducta sensitivamente adaptada del cuidador sirve para ayudar al niño a desarrollar un sentido interno de seguridad. Existen 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). Trabajar con el niño por sí solo muy probablemente ocurrirá sólo durante la evaluación, ya que el énfasis durante la intervención está en facilitar la construcción de una relación de apego duradera para el niño y un cuidador dedicado.

Primero, 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. No es raro que los cuidadores de niños con TRA se sientan desconectados del niño y reaccionen con ira o ansiedad. Los patrones de disciplina pueden llegar a ser demasiado autoritarios, lo que conduce a una mayor interrupción en el comportamiento de apego del niño. 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.

Cuando un cuidador no está muy estresado y el clínico ha establecido, mediante observación y entrevista, que el cuidador está emocionalmente disponible y fácilmente capaz de reflejar los sentimientos del niño, puede ser posible entrenar al cuidador como co-terapeuta y trabajar para fortalecer el vínculo del niño con el cuidador fomentando la sensibilidad. Los enfoques de intervención estructurada que utilizan la revisión de video están disponibles para aquellos clínicos que obtienen capacitación. Por ejemplo, la Intervención basada en video para promover la crianza positiva (VIPP, por sus siglas en inglés) es una breve intervención de apego que se realiza en cuatro visitas domiciliarias. De manera similar, El círculo de Seguridad, desarrollado originalmente como psicoterapia de grupo para padres, ha desarrollado recientemente un DVD con 8 sesiones de intervención parental. 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 .

En los casos en que los cuidadores están demasiado abrumados para utilizar técnicas de coaching, otros enfoques deben ser utilizados. A menudo no es posible que los cuidadores altamente estresados y que tengan percepciones negativas de sus hijos puedan mantener una actitud de respuesta sensible hasta que estén menos estresados. El trabajo diádico (la terapia con el niño y el cuidador primario juntos) es una segunda modalidad básica de trabajo para abordar los síntomas de TRA. Dos modelos diferentes de terapia interactiva diádica apoyados por ensayos clínicos aleatorios son la psicoterapia de padres-niños y Attachment and Biobehavioral Catch Up. 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. La Psicoterapia de padres se centra principalmente en la experiencia que tienen el cuidador y el niño del otro y en la alteración de los patrones de comunicación emocional en la diada. El terapeuta ayuda al cuidador a apreciar la experiencia emocional del niño y su conexión con la experiencia emocional del cuidador. El Attachment and Biobehavioral Catch Up utiliza la revisión de video de la interacción cuidador-niño para que el clínico revise con el cuidador mientras intenta dar forma (sobre todo a través de sugerencia y refuerzo positivo) a las respuestas del cuidador.

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. 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 video puede ser útil para mejorar el funcionamiento reflexivo sobre el comportamiento interactivo, lo que es más difícil de hacer en directo.

Recomendación 7. Para los niños pequeños diagnosticados con TCSD, la limitación de los contactos con adultos no cuidadores puede reducir los signos del trastorno.

Los datos sobre los efectos de la calidad del cuidado en los síntomas de TCSD son mucho menos directos que los datos que vinculan la calidad del cuidado y los signos de TRA. Mejorar la atención al colocar a los niños abandonados en hogares de adopción o adoptivos puede ser útil para reducir síntomas de TCSD, pero pueden ser adecuadas otras medidas adicionales. 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. [OP]

Recomendación 8. Los médicos deben recomendar intervenciones complementarias para los niños que presentan conducta agresiva y / o de oposición que es comórbida con TCSD [CS]

Una minoría de niños con TCSD puede tener conductas de oposición y / o agresivas concurrentes, que también son secuelas de experiencias adversas. En esos casos, los enfoques de tratamiento 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.

Recomendación 9. Las intervenciones psicofarmacológicas no están indicadas para las características esenciales de TRA o TCSD. [NE] No se han llevado a cabo ensayos de intervención psicofarmacológica para TRA o TDCS, ni existen indicaciones de medicación para el tratamiento de estos trastornos. Sin embargo, la intervención farmacológica para los trastornos comórbidos, como los trastornos de ansiedad relacionados, el TDAH o los trastornos del estado de ánimo, puede estar indicada cuando la evaluación exhaustiva demuestra síntomas y deterioro continuos. Por otra parte, la falta de datos disponibles sobre los efectos a corto y largo plazo de los agentes farmacológicos en los cerebros de rápido desarrollo de los niños

jóvenes refuerza la necesidad de un enfoque cauteloso de la intervención farmacológica, particularmente en niños en edad preescolar.

Recomendación 10. Los médicos no deben administrar intervenciones diseñadas para mejorar el apego que impliquen restricciones físicas o coerción (por ejemplo, "retención terapéutica" o "retención de compresión"), "reelaboración" de trauma (por ejemplo, "terapia de renacimiento") o promoción de Regresión por "reinserción" porque no tienen apoyo empírico y se han asociado con daños graves, incluyendo la muerte. [NE]

El establecimiento de autoridad y el establecimiento de límites efectivos son, sin duda, componentes importantes de cualquier tratamiento entre padres e hijos. En realidad, la restricción física para situaciones de agresión extrema y conducta incontrolada es a veces necesaria para la protección del niño o de los miembros de la familia. Sin embargo, intentar 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 de política que se oponen a las terapias coercitivas para Niños con trastornos graves de apego.

LIMITACIONES DE ESTA GUIA

Esta guía se desarrolla para ayudar a los clínicos en la toma de decisiones psiquiátricas. No pretende definir el único estándar de atención. Por lo tanto, no debe considerarse inclusiva de todos los métodos apropiados de cuidado o exclusiva de otros métodos de cuidado dirigidos a obtener los resultados deseados. El juicio final sobre el cuidado de un paciente en particular debe ser realizado por el clínico a la luz de todas las circunstancias presentadas por el paciente y su familia, las opciones de diagnóstico y tratamiento disponibles y los recursos disponibles.

REFERENCES

1. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:1206-1219.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5). Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd ed. (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
4. Kraemer G. A psychobiological theory of attachment. *Behav Brain Sc*. 1992;15:493-541.
5. Boris N, Aoki Y, Zeanah C. The development of infant-parent attachment: considerations for assessment. *Infants Young Child*. 1999;11:1-10.
6. Bowlby J. Attachment and loss: retrospect and prospect. *Am J Orthopsychia*. 1982;52:664-678.
7. Dobrova-Krol NA, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Juffer F. The importance of quality of care: effects of perinatal HIV infection and early institutional rearing on preschoolers' attachment and indiscriminate friendliness. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51: 1368-1376.
8. Smyke AT, Dumitrescu A, Zeanah CH. Attachment disturbances in young children. I: the continuum of caretaking casualty. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41:972-982.
9. Tizard B, Rees J. The effect of early institutional rearing on the behaviour problems and affectional relationships of four-year-old children. *J Child Psychol Psychiatry*. 1975;16:61-73.
10. Zeanah CH, Smyke AT, Koga SF, Carlson E. Attachment in institutionalized and community children in Romania. *Child Dev*. 2005;76: 1015-1028.
11. Chisholm K, Carter M, Ames E, Morison S. Attachment security and indiscriminately friendly behavior in children adopted from Romanian orphanages. *Dev Psychopathol*. 1995;7:283-294.
12. O'Connor T, Marvin R, Rutter M, Olrick J, Britner P. Child-parent attachment following early institutional deprivation. *Dev Psychopathol*. 2003;15:19-38.
13. Smyke AT, Zeanah CH, Fox NA, Nelson CA, Guthrie D. Placement in foster care enhances quality of attachment among young institutionalized children. *Child Dev*. 2010;81:212-223.
14. Stovall KC, Dozier M. The development of attachment in new relationships: single subject analyses for 10 foster infants. *Dev Psychopathol*. 2000;12:133-156.
15. Stovall-McClough KC, Dozier M. Forming attachments in foster care: infant attachment behaviors during the first 2 months of placement. *Dev Psychopathol*. 2004;16:253-271.
16. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. Patterns of Attachment: a Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
17. van IJzendoorn MH, Sagi A. Cross-cultural patterns of attachment. In: Cassidy J, Shaver P (eds). *Handbook of Attachment. Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: Guilford; 1999:713-735.
18. Steele H, Steele M, Fonagy P. Associations among attachment classifications of mothers, fathers, and their infants. *Child Dev*. 1996;67: 541-555.
19. Weinfield N, Sroufe L, Egeland B, Carlson E. Individual differences in infant-caregiver attachment: conceptual and empirical aspects of security. In: Cassidy J, Shaver P (eds). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: Guilford Press; 2008: 78-101.
20. Sroufe L. The role of the infant-caregiver attachment in development. In: Belsky J, Nezworski T (eds). *Clinical Implications of Attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1988:18-38.
21. van IJzendoorn MH, Schuengel C, Bakermans-Kranenburg MJ. Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae. *Dev Psychopathol*. 1999;11: 225-250.
22. Madigan S, Atkinson L, Laurin K, Benoit D. Attachment and internalizing behavior in early childhood: a meta-analysis. *Dev Psychol*. 2013; 49:672.
23. Fearon RP, Bakermans-Kranenburg MJ, Van IJzendoorn MH, Lapsley A, Roisman GI. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child Dev*. 2010;81:435-456.
24. Groh A, Roisman G, van IJzendoorn M, Bakermans-Kranenburg M, Fearon P. The significance of insecure and disorganized attachment for

- children's internalizing symptoms: a meta-analytic study. *Child Dev.* 2012;83:591-610.
25. McGoron L, Gleason MM, Smyke AT, *et al.* Recovering from early deprivation: attachment mediates effects of caregiving on psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012;51:683-693.
 26. Zeanah CH, Berlin LJ, Boris NW. Practitioner review: clinical applications of attachment theory and research for infants and young children. *J Child Psychol Psychiatry.* 2011;52:819-833.
 27. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV).* Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
 28. World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines.* Geneva: World Health Organization; 1992.
 29. Rutter M, Kreppner J, Sonuga-Barke E. Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: where do research findings leave the concepts? *J Child Psychol Psychiatry.* 2009;50:529-543.
 30. Zeanah C, Gleason M. *Reactive attachment disorder: a review for DSM-5.* Washington, DC: American Psychiatric Association; 2010.
 31. Zeanah CH, Gleason MM. Attachment disorders in early childhood: clinical presentation, causes, correlates, and treatment. *J Child Psychol Psychiatry.* 2015;56:207-222.
 32. Zeanah CH, Smyke AT. Attachment disorders and severe deprivation. In: Rutter M, Bishop D, Pine D, *et al.* (eds). *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry.* London: Blackwell; 2015:795-805.
 33. Zeanah CH, Egger HL, Smyke AT, *et al.* Institutional rearing and psychiatric disorders in Romanian preschool children. *Am J Psychiatry.* 2009;166:777-785.
 34. Reems R. Children birth to three entering state's custody. *Infant Ment Health J.* 1999;20:166-174.
 35. Bos K, Fox N, Zeanah CH, Nelson CA. Stereotypes in children with a history of early institutional care. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2010;164: 406-411.
 36. Nelson CA, Zeanah CH, Fox NA, Marshall PJ, Smyke AT, Guthrie D. Cognitive recovery in socially deprived young children: the Bucharest early intervention project. *Science.* 2007;318:1937-1940.
 37. Gleason MM, Fox NA, Drury S, *et al.* Validity of evidence-derived criteria for reactive attachment disorder: indiscriminately social/disinhibited and emotionally withdrawn/inhibited types. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011;50:216-231.
 38. Hinshaw-Fuselier S, Boris N, Zeanah C. Reactive attachment disorder in maltreated twins. *Infant Ment Health J.* 1999;20:42-59.
 39. MacDonald HZ, Beehly M, Grant-Knight W, *et al.* Longitudinal association between infant disorganized attachment and childhood post-traumatic stress symptoms. *Dev Psychopathol.* 2008;20:493-508.
 40. Nelson CA, Fox NA, Zeanah CH. *Romania's Abandoned Children: Deprivation, Brain Development and the Struggle for Recovery.* Cambridge, MA: Harvard University Press; 2014.
 41. Smyke AT, Zeanah CH, Gleason M, *et al.* A randomized controlled trial comparing foster care and institutional care for children with signs of reactive attachment disorder. *Am J Psychiatry.* 2012;169:508-514.
 42. Rutter M, Colvert E, Kreppner J, *et al.* Early adolescent outcomes for institutionally-deprived and non-deprived adoptees. I: disinhibited attachment. *J Child Psychol Psychiatry.* 2007;48:17-30.
 43. Hodges J, Tizard B. Social and family relationships of ex-institutional adolescents. *J Child Psychol Psychiatry.* 1989;30:77-97.
 44. Gleason MM, Zamfirescu A, Egger HL, Nelson CA, Fox NA, Zeanah CH. Epidemiology of psychiatric disorders in very young children in a Romanian pediatric setting. *Eur J Child Adolesc Psychiatry.* 2011;20:527-535.
 45. Oosterman M, Schuengel C. Autonomic reactivity of children to separation and reunion with foster parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007;46:1196-1203.
 46. Zeanah CH, Smyke AT. Disorders of attachment. In: Zeanah CH (ed). *Handbook of Infant Mental Health, 3rd ed.* New York: Guilford Press; 2009:421-434.
 47. St. Petersburg-USA Orphanage Research Team. The effects of early social-emotional and relationship experience on the development of young orphanage children. The St. Petersburg-USA Orphanage Research Team. *Monogr Soc Res Child Dev.* 2008;73:vii-viii, 1-262, 294-265.
 48. Leiden Conference on the Development and Care of Children without Permanent Parents. The development and care of institutionally reared children. *Child Dev Perspect.* 2012;6:174-180.
 49. Ayaz M, Ayaz AB, Başgöçü ŞŞ, *et al.* 3-5 Yaş Grubu Kurum Bakımındaki Çocuklarda Ruhsal Hastalık Sıklığı ve İlişkili Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi.* 2012;23:82-88.
 50. Zeanah CH, Smyke AT, Dumitrescu A. Attachment disturbances in young children. II: indiscriminate behavior and institutional care. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41:983-989.
 51. Bruce J, Tarullo AR, Gunnar MR. Disinhibited social behavior among internationally adopted children. *Dev Psychopathol.* 2009;21:157-171.
 52. Chisholm K. A three year follow-up of attachment and indiscriminate friendliness in children adopted from Romanian orphanages. *Child Dev.* 1998;69:1092-1106.
 53. Lyons-Ruth K, Bureau JF, Riley CD, Atlas-Corbett AF. Socially indiscriminate attachment behavior in the strange situation: convergent and discriminant validity in relation to caregiving risk, later behavior problems, and attachment insecurity. *Dev Psychopathol.* 2009;21:355-372.
 54. Roy P, Rutter M, Pickles A. Institutional care: associations between overactivity and lack of selectivity in social relationships. *J Child Psychol Psychiatry.* 2004;45:866-873.
 55. Hoksbergen R, ter Laak J, Rijk K, van Dijkum C, Stoutjesdijk F. Post-institutional autistic syndrome in Romanian adoptees. *J Autism Dev Disord.* 2005;35:615-623.
 56. Rutter M, Kreppner J, Croft C, *et al.* Early adolescent outcomes of institutionally deprived and non-deprived adoptees. III. Quasi-autism. *J Child Psychol Psychiatry.* 2007;48:1200-1207.
 57. Levin AR, Fox NA, Zeanah CH, Nelson CA. Social communication difficulties and autism in previously institutionalized children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2015;54:108-115.
 58. Rutter M, Sonuga-Barke EJ, Castle JI. Investigating the impact of early institutional deprivation on development: background and research strategy of the English and Romanian Adoptees (ERA) study. *Monogr Soc Res Child Dev.* 2010;75:1-20.
 59. Bakermans-Kranenburg M, Krol N, van IJzendoorn M. Impact of institutionalized care on attachment disorganization and insecurity of Ukrainian preschoolers: protective effect of the long variant of the serotonin transporter gene (5HTT). *Int J Behav Dev.* 2011;36:1-8.
 60. Pears KC, Bruce J, Fisher PA, Kim HK. Indiscriminate friendliness in maltreated foster children. *Child Maltreat.* 2010;15:64-75.
 61. Tarullo AR, Garvin MC, Gunnar MR. Atypical EEG power correlates with indiscriminately friendly behavior in internationally adopted children. *Dev Psychol.* 2011;47:417-431.
 62. 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. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1997;43:568-577.
 63. O'Connor T, Rutter M. Attachment disorder behavior following early severe deprivation: extension and longitudinal follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39:703-712.
 64. Dykens EM. Anxiety, fears, and phobias in persons with Williams syndrome. *Dev Neuropsychol.* 2003;23:291-316.
 65. Drury SS, Gleason MM, Theall KP, *et al.* Genetic sensitivity to the caregiving context: the influence of 5httlpr and BDNF val66met on indiscriminate social behavior. *Physiol Behav.* 2012;106:728-735.
 66. Mesquita AR, Belsky J, Li Z, *et al.* Institutionalization and indiscriminate social behavior: differential-susceptibility versus diathesis-stress models for the 5-HTTLPR and BDNF genotypes. *Physiol Behav.* 2015;152:85-91.
 67. Levy TM, Orlans M. *Attachment, trauma and healing: understanding and treating attachment disorder in children and families.* Washington, DC: Child Welfare League of America; 1998.
 68. Raaska H, Lapinleimu H, Sinkkonen J, *et al.* Experiences of school bullying among internationally adopted children: results from the Finnish Adoption (FINADO) study. *Child Psychiatry Hum Devel.* 2012; 43:592-611.
 69. Kay CL, Green JM. Social cognitive deficits and biases in maltreated adolescents in UK out-of-home care: relation to disinhibited attachment disorder and psychopathology. *Dev Psychopathol.* 2016;28:73-83.
 70. Kay C, Green J, Sharma K. Disinhibited attachment disorder in UK adopted children during middle childhood: prevalence, validity and possible developmental origin. *J Abnorm Child Psychol.* 2016;44: 1375-1386.
 71. Mielllet S, Caldara R, Gillberg C, Raju M, Minnis H. Disinhibited reactive attachment disorder symptoms impair social judgements from faces. *Psychiatry Res.* 2014;215:747-752.
 72. Jonkman CS, Oosterman M, Schuengel C, Bolle EA, Boer F, Lindauer RJ. Disturbances in attachment: inhibited and disinhibited symptoms in foster children. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2014;8:1.
 73. Lehmann S, Havik OE, Havik T, Heiervang ER. Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2013;7:1-7.

74. Love L, Minnis H, O'Connor S. Factors associated with indiscriminate friendliness in high-risk children. *Infant Mental Health Journal*. 2015;36: 427-445.
75. Pritchett R, Pritchett J, Marshall E, Davidson C, Minnis H. Reactive attachment disorder in the general population: a hidden ESSENCE disorder. *Sci World J*. 2013;818157. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/818157>.
76. Minnis H, Macmillan S, Pritchett R, *et al*. Prevalence of reactive attachment disorder in a deprived population. *Br J Psychiatry*. 2013;202: 342-346.
77. Davidson C, O'Hare A, Mactaggart F, *et al*. Social relationship difficulties in autism and reactive attachment disorder: improving diagnostic validity through structured assessment. *Res Dev Disabil*. 2015; 40:63-72.
78. Mizuno K, Takiguchi S, Yamazaki M, *et al*. Impaired neural reward processing in children and adolescents with reactive attachment disorder: a pilot study. *Asian J Psychiatry*. 2015;17:89-93.
79. Elovainio M, Raaska H, Sinkkonen J, Mäkipää S, Lapinleimu H. Associations between attachment-related symptoms and later psychological problems among international adoptees: results from the FinAdo study. *Scand J Psychol*. 2015;56:53-61.
80. Koočvska E, Puckering C, Follan M, *et al*. Neurodevelopmental problems in maltreated children referred with indiscriminate friendliness. *Res Dev Disabil*. 2012;33:1560-1565.
81. Giltaij HP, Sterkenburg PS, Schuengel C. Psychiatric diagnostic screening of social maladaptive behaviour in children with mild intellectual disability: differentiating disordered attachment and pervasive developmental disorder behaviour. *J Intellect Disabil Res*. 2015;59: 138-149.
82. Raaska H, Elovainio M, Sinkkonen J, Matomäki J, Mäkipää S, Lapinleimu H. Internationally adopted children in Finland: parental evaluations of symptoms of reactive attachment disorder and learning difficulties. *FINADO study*. *Child Care Health Dev*. 2012; 38:697-705.
83. Raaska H, Elovainio M, Sinkkonen J, *et al*. Adopted children's language difficulties and their relation to symptoms of reactive attachment disorder: FinAdo study. *J Appl Dev Psychol*. 2013;34:152-160.
84. Schuengel C, Schipper JC, Sterkenburg PS, Kef S. Attachment, intellectual disabilities and mental health: research, assessment and intervention. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2013;26:34-46.
85. Olsavsky AK, Telzer EH, Shapiro M, *et al*. Indiscriminate amygdala response to mothers and strangers after early maternal deprivation. *Biol Psychiatry*. 2013;74:853-860.
86. Shimada K, Takiguchi S, Mizushima S, *et al*. Reduced visual cortex grey matter volume in children and adolescents with reactive attachment disorder. *NeuroImage*. 2015;9:13-19.
87. Tomoda A. Preliminary evidence for impaired brain activity of neural reward processing in children and adolescents with reactive attachment disorder. *Yakugaku Zasshi*. 2015;136:711-714.
88. Takiguchi S, Fujisawa TX, Mizushima S, *et al*. Ventral striatum dysfunction in children and adolescents with reactive attachment disorder: functional MRI study. *Br J Psychiatry Open*. 2015;121-128.
89. Mehta MA, Gore-Langton E, Golembi N, Colvert E, Williams SC, Sonuga-Barke E. Hyporesponsive reward anticipation in the basal ganglia following severe institutional deprivation early in life. *J Cogn Neurosci*. 2010;22:2316-2325.
90. Hanson JL, Hariri AR, Williamson DE. Blunted ventral striatum development in adolescence reflects emotional neglect and predicts depressive symptoms. *Biol Psychiatry*. 2015;78:598-605.
91. Pritchett R, Rochat TJ, Tomlinson M, Minnis H. Risk factors for vulnerable youth in urban townships in South Africa: the potential contribution of reactive attachment disorder. *Vulnerable Child Youth Stud*. 2013;8:310-320.
92. Vervoort E, De Schipper JC, Bosmans G, Verschueren K. Screening symptoms of reactive attachment disorder: evidence for measurement invariance and convergent validity. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2013; 22:256-265.
93. Humphreys KL, Nelson CA, Fox NA, Zeanah CH. Signs of reactive attachment disorder and disinhibited social engagement disorder at age 12 years: Effects of institutional care history and high-quality foster care. *Dev Psychopathol*. (In press).
94. Woolgar M, Baldock E. Attachment disorders versus more common problems in looked after and adopted children: comparing community and expert assessments. *Child Adolesc Ment Health*. 2015; 20:34-40.
95. Woolgar M, Scott S. The negative consequences of over-diagnosing attachment disorders in adopted children: The importance of comprehensive formulations. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2014;19:355-366.
96. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the assessment of infants and toddlers (0-36 months). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;44:1206-1219.
97. Dejong M. Some reflections on the use of psychiatric diagnosis in the looked after or "in care" child population. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2010;15:589-599.
98. Boris NW, Fuyo M, Zeanah CH. The clinical assessment of attachment in children under five. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36: 291-293.
99. Powell B, Cooper G, Hoffman K, Marvin RS. *The Circle of Security Intervention*. New York: Guilford Press; 2014.
100. Britner PA, Mossler DG. Professionals' decision-making about out-of-home placements following instances of child abuse. *Child Abuse Neglect*. 2002;26:317-332.
101. Schechter DS, Willheim E. Disturbances of attachment and parental psychopathology in early childhood. *Child Adolesc Psychiatric Clin N Am*. 2009;18:665-686.
102. Juffer F, Bakermans-Kranenburg MJ, van IJzendoorn MH. *Promoting Positive Parenting: an Attachment-Based Intervention*. New York: Taylor and Francis Group; 2008.
103. Cooper G, Hoffman B, Powell B. *Circle of Security Parenting: a relationship based parenting program [DVD]*. 2009. Available at: <http://circleofsecurity.net>. Accessed November 18, 2013.
104. Lieberman A, Zeanah C. Contributions of attachment theory to infant-parent psychotherapy and other interventions with infants and young children. In: Cassidy J, Shaver P (eds). *Handbook of Attachment*. New York: Guilford Press; 1999:555-574.
105. Lieberman A, Van Horn P. *Psychotherapy of Infants and Young Children: Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment*. New York: Guilford Press; 2008.
106. Dozier M, Peloso E, Lewis E, Laurenceau JP, Levine S. Effects of an attachment-based intervention on the cortisol production of infants and toddlers in foster care. *Dev Psychopathol*. 2008;20:845-859.
107. Lieberman AF, Weston DR, Pawl JH. Preventive intervention and outcome with anxiously attached dyads. *Child Dev*. 1991;62:199-209.
108. Toth SL, Maughan A, Manly JT, Spagnola M, Cicchetti D. The relative efficacy of two interventions in altering maltreated preschool children's representational models: implications for attachment theory. *Dev Psychopathol*. 2002;14:877-908.
109. Eyberg S, Nelson M, Boggs S. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with disruptive behavior. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2008;37:215-237.
110. Henggeler SW, Melton GB, Smith LA, Schoenwald SK, Hanley JH. Family preservation using multisystemic treatment: long-term follow-up to a clinical trial with serious juvenile offenders. *J Child Fam Stud*. 1993;2:283-293.
111. Ogden T, Hagen KA. Multisystemic therapy of serious behaviour problems in youth: sustainability of therapy effectiveness two years after intake. *J Child Adolesc Ment Health*. 2006;11:142-149.
112. Gleason MM, Egger HL, Emslie GJ, *et al*. Psychopharmacological treatment for very young children: contexts and guidelines. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46:1532-1572.
113. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Practice parameters for the prevention and management of aggressive behavior with special reference to seclusion and restraint. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2002;41(Suppl 4):4S-25S.
114. Chaffin M, Hanson R, Saunders BE, *et al*. Report of the APSAC task force on attachment therapy, reactive attachment disorder, and attachment problems. *Child Maltreat*. 2006;11:76-89.
115. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Policy statement on coercive interventions for reactive attachment disorder. Approved by Council November, 2003. Reviewed May, 2008. Washington, DC: American Academy of Child and Adolescent Psychiatry.
116. American Psychiatric Association. Policy statement on reactive attachment disorder. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002.