

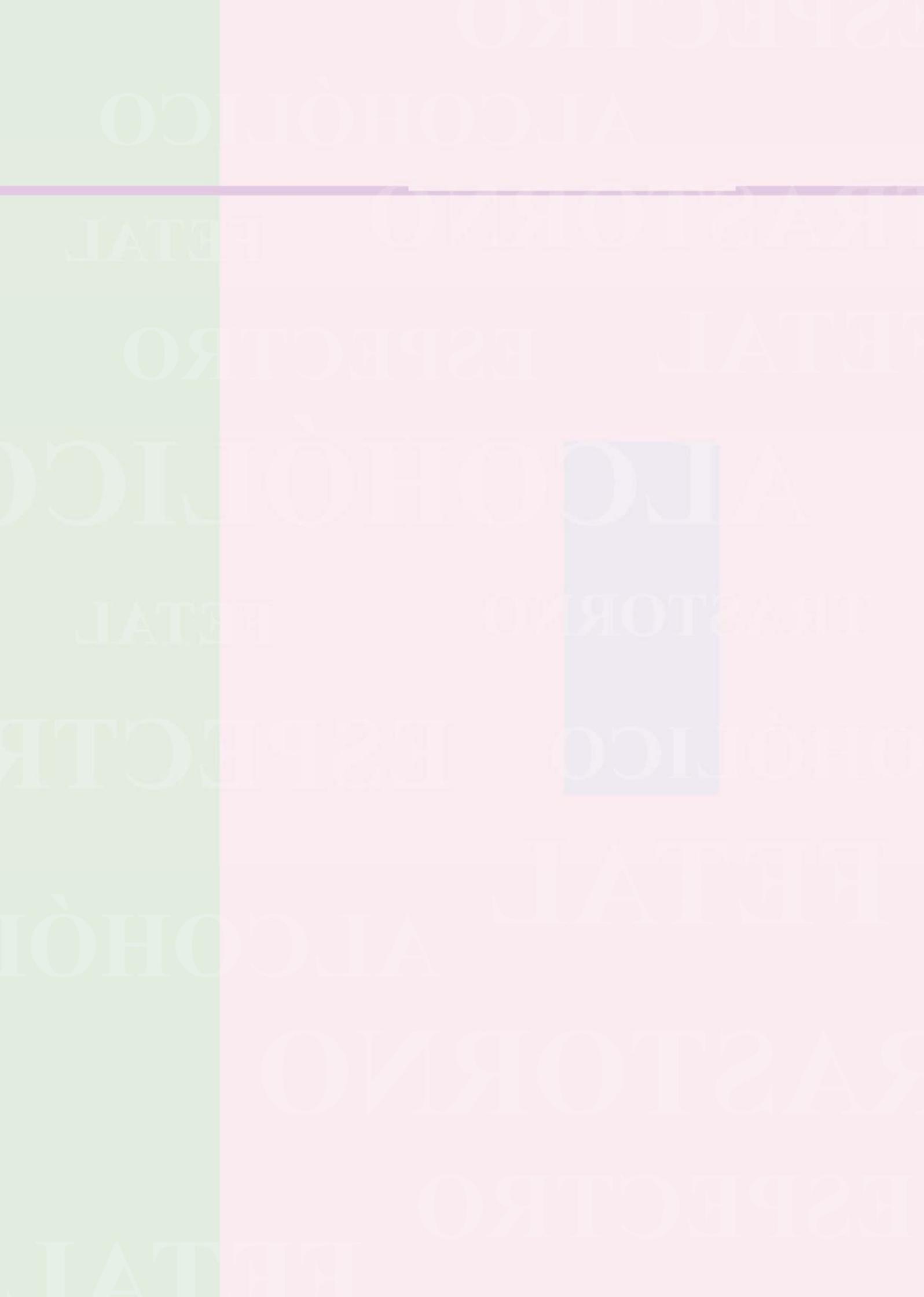
GUÍA de AYUDA
a la **ASISTENCIA** en el **SAS**



TRASTORNO del ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS



GUÍA de AYUDA a la ASISTENCIA en el SAS

TRASTORNO DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL

CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS
SERVICIO ANDALUZ DE SALUD



Año de edición, 2019

TRASTORNO del ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL

Autores / Colaboradores

- Josefa M^a Aldana Espinal (Jefa del Servicio Cartera de Servicios. Servicios Centrales del SAS)
- Francisca Baena Antequera (Matrona. AGS Sur de Sevilla)
- M^a José Blanco-Morales Limones (Médica y Psicóloga Clínica. Coordinadora Unidad Salud Mental Infanto-Juvenil del H. U. Virgen Macarena)
- Rafael Burgos Marín (Psiquiatra. UGC Salud Mental - Unidad salud Mental Infanto-Juvenil, H.U. Reina Sofía)
- José Luis Cuevas Cervera (Neuropediatra. H.U. de Jaén)
- José M^a Falcón Banda (Pediatra. Distrito Sanitario Aljarafe y Sevilla Norte)
- Patricia García Roldán (Trabajadora Social. Coordinación de Gestión y Evaluación. Servicios centrales del SAS)
- Antonio González-Meneses López (Pediatra. Unidad Dismorfología. H.U. Virgen del Rocío)
- Noelia Guerrero Moreno (Neuropediatra. H.U. Juan Ramón Jiménez)
- Gema Gutiérrez Aguilar (Neuropediatra. H.U. de Jerez de la Frontera)
- Pedro Jiménez Parrilla (Neonatólogo. H.U. Virgen Macarena)
- M^a Teresa León Espinosa de los Monteros (Técnico del Servicio Cartera de Servicios, Servicios Centrales del SAS)
- Diego Pascual-Vaca Gómez (Neuropediatra. H.U. Virgen Macarena)
- Fermín Quesada Fernández (Médico de Familia. C. S Realejo. Granada)
- Susana Rodríguez Gómez (Enfermera. Estrategia de cuidados de Andalucía, Servicios Centrales del SAS)

Coordinación

- Josefa M^a Aldana Espinal (Jefa del Servicio Cartera de Servicios, Servicios Centrales del SAS)
- M^a Teresa León Espinosa de los Monteros (Técnico del Servicio Cartera de Servicios, Servicios Centrales del SAS)

Cubierta y maquetación

- Jesús Zamora Acosta



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Edita:

© 2019 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía.

Avenida de la Constitución, 18. 41001 Sevilla

Tel. 955 01 80 00, fax 955 01 80 37

www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud

INTRODUCCIÓN	6
DIAGNÓSTICO	6
DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL	
DIAGNÓSTICO EN EL PERIODO NEONATAL	
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	
TRATAMIENTO	13
PREVENCIÓN	15
ATENCIÓN PRIMARIA	16
TRABAJO SOCIAL	17
ASOCIACIONES Y RECURSOS	18
BIBLIOGRAFÍA	19
ANEXOS	22
1. DEFINICIÓN DE EXPOSICIÓN PRENATAL DOCUMENTADA AL ALCOHOL	
2. EVALUACIÓN DISMORFOLÓGICA EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL	
3. DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS AL TRASTORNO DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL	
4. ENFOQUE PREVENTIVO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL MEDIANTE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	

INTRODUCCIÓN

Los efectos directos producidos sobre el embrión o el feto en desarrollo por el consumo materno de alcohol durante la gestación se conocen con la denominación genérica de Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) o FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder); entre ellos, destaca el Síndrome Alcohólico Fetal, por ser el más grave; sin embargo, muchos niños afectados por el consumo de alcohol de la madre presentan una variedad de problemas que llevan a plantear otras categorías diagnósticas que se engloban dentro de los TEAF. Se han descrito los siguientes:

- TEAF: trastornos del espectro alcohólico fetal (FASD, por sus siglas en inglés)
- SAF: síndrome alcohólico fetal (FAS, por sus siglas en inglés)
- SAFP: síndrome alcohólico fetal parcial (PFAS, por sus siglas en inglés)
- TNDRA: trastorno del neurodesarrollo relacionado con el alcohol (ARND, por sus siglas en inglés)
- TNC-EPA: trastorno neuro-conductual relacionado con la exposición prenatal al alcohol (ND-PAE por sus siglas en inglés)
- DNRA: defectos de nacimiento relacionados con el alcohol (ARBD, por sus siglas en inglés)

La prevalencia del SAF en países occidentales está reconocida entre el 0,5 y el 2 por 1000 nacidos; la prevalencia del conjunto de TEAF se estima entre 3 y 5 veces superior a SAF.

Ninguna cantidad de consumo de alcohol durante el embarazo puede considerarse segura, y no hay un trimestre seguro durante el embarazo para beber alcohol.

DIAGNÓSTICO

Según los CDC (Centers for Disease Control and Prevention), diagnosticar si un niño tiene SAF requiere varias etapas, no existiendo una prueba única para diagnosticar SAF y además muchos otros trastornos pueden tener síntomas similares.

Como en otros procesos, con carácter general es necesario realizar una historia clínica completa, con antecedentes personales y familiares, recogida de información sobre hábitos tóxicos de la madre y forma de consumo durante la gestación o en periodo preconcepcional, problemas del desarrollo. En todas las visitas pediátricas se ha de realizar vigilancia del crecimiento y el desarrollo, realizar historia completa del paciente y examen físico. Se dispone de cuestionarios (AUDIT, CAGE, TWEAK, T-ACE, MAST, etc.) sobre estilos de vida que de forma indirecta o directa preguntan sobre el consumo de alcohol, a partir de los cuales se puede iniciar un trabajo de reconocimiento del consumo, sin implicar culpabilización para las madres.

El consumo confirmado de alcohol durante el embarazo puede fortalecer el diagnóstico de SAF, y la ausencia confirmada de exposición al alcohol descartaría el diagnóstico de SAF. El consumo confirmado de alcohol durante el embarazo no es necesario si el niño cumple con los otros criterios.

El diagnóstico de los Trastornos del Espectro Alcohólico Fetal (TEAF) es un proceso médico complejo que se logra a través de un enfoque multidisciplinar. Como es el caso de otras condiciones médicas, el diagnóstico se basa en criterios clínicos consensuados internacionalmente (Centers for Disease Control and Prevention, 2004; Del Campo M, Jones KL, 2017).

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL

I. Categorías y Criterios Diagnósticos

1. SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL (SAF)

(Con o sin exposición prenatal al alcohol documentada. Anexo 1)

Un diagnóstico de SAF requiere todas las características, A-D:

A. Un patrón característico de anomalías faciales menores (Anexo 2), que incluye ≥ 2 de los siguientes:

1. Fisuras palpebrales cortas (≤ 10 percentil).
2. Bermellón fino del labio superior (rango 4 o 5. Anexo 2).
3. Filtrum plano (rango 4 o 5 teniendo en cuenta la raza o etnia. Anexo 2).

B. Deficiencia de crecimiento prenatal y / o postnatal:

1. Altura y / o peso en percentil ≤ 10 (teniendo en cuenta la raza o etnia).

C. Crecimiento cerebral deficiente, morfogénesis anormal o neurofisiología anormal, que incluye ≥ 1 de los siguientes:

1. Perímetro craneal en percentil ≤ 10 .
2. Anomalías estructurales del cerebro.
3. Convulsiones recurrentes no febriles (se han descartado otras causas de convulsiones).

D. Deterioro neuroconductual:

1. Para niños ≥ 3 años (a o b):

1a. CON DETERIORO COGNITIVO:

- Evidencia de deterioro global (CI total ≥ 1.5 SD por debajo de la media, CI verbal o CI espacial ≥ 1.5 SD por debajo de la media).
- Deficiencia cognitiva en al menos 1 dominio ≥ 1.5 SD por debajo de la media (funciones ejecutivas, trastorno específico del aprendizaje, deterioro de la memoria, déficit visual-espacial).

1b. CON DETERIORO CONDUCTUAL SIN DETERIORO COGNITIVO:

- Evidencia de déficit conductual en al menos 1 dominio según la edad y el momento evolutivo (alteración de la regulación del estado de ánimo o del comportamiento, déficit de atención o del control de impulsos).

TRASTORNO del ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL

2. Para niños menores de 3 años: evidencia de retraso en el desarrollo ≥ 1.5 SD por debajo de la media.

2. SÍNDROME ALCOHÓLICO FETAL PARCIAL (SAFP)

- Si hay exposición prenatal al alcohol documentada se requieren los criterios A + D.
- Si no hay exposición prenatal al alcohol documentada se requieren los criterios: A + (B o C) +D.

3. TRASTORNO DEL NEURODESARROLLO RELACIONADO CON EL ALCOHOL (TNDRA)

- Este diagnóstico no puede ser realizado en niños menores de 3 años.
- Exposición prenatal al alcohol documentada + alteración en dos dominios (ver criterio D, referido al deterioro neuroconductual).

4. DEFECTOS DE NACIMIENTO RELACIONADOS CON EL ALCOHOL (DNRA)

Exposición prenatal al alcohol documentada y una o más malformaciones específicas demostradas en modelos animales y estudios en humanos como resultado de la exposición prenatal al alcohol:

- Cardíacas: defectos del tabique auricular, grandes vasos aberrantes, defectos del tabique ventricular, defectos cardíacos conotruncales, tetralogía de Fallot.
- Esqueléticas: sinóstosis radiocubital, defectos de la segmentación vertebral, grandes contracturas articulares, pectum excavatum y carinatum, escoliosis, clinodactilia, uñas hipoplásicas, camptodactilia.
- Renales: riñones aplásicos/hipoplásicos/displásicos, riñones en "herradura"/ duplicaciones ureterales, hidronefrosis.
- Oftalmológicas: estrabismo, ptosis, anomalías vasculares retinianas, hipoplasia del nervio óptico, problemas de refracción secundarios a globo ocular pequeño.
- Oídos: hipoacusia de transmisión y neurosensorial.
- Neurocerebral: defectos del cierre del tubo neural (disrafias); holoprosencefalia y esquizencefalia; alteraciones del desarrollo del cuerpo calloso (desde hipoplasias localizadas hasta la agenesia total); hipoplasias del vermis y alteraciones en la foliación del cerebelo; displasias corticales (lisencefalias y macrogirias, las polimicrogirias, o las heterotopias nodulares y en banda). Epilepsia.

5. TRASTORNO NEURO-CONDUCTUAL RELACIONADO CON LA EXPOSICIÓN AL ALCOHOL (TNC-EPA)

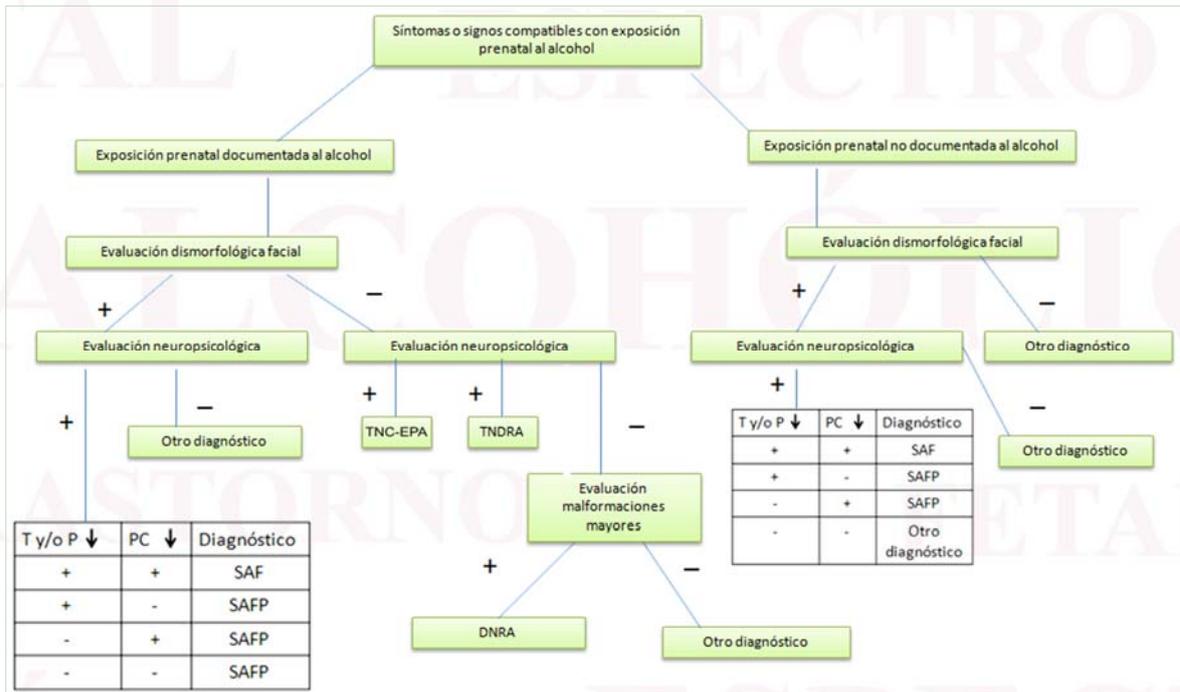
Incluido desde 2013 en el Manual diagnóstico y estadístico (DSM-5). Estos niños presentan deterioro de las funciones neurocognitivas, de autorregulación y adaptación con: exposición prenatal al alcohol confirmada, inicio de los síntomas en la infancia y problemas de las funciones sociales, académicas, ocupaciones y otras áreas necesarias para el desarrollo de la vida personal.

OBSERVACIONES SOBRE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Cuando hay información disponible sobre los padres biológicos, se tendrá en cuenta para la valoración de la antropometría, así como de las características cognitivas y conductuales, ya que tienen alto grado de heredabilidad.

Deben considerarse los trastornos genéticos o afecciones derivadas de otros agentes teratógenos en el diagnóstico diferencial de estos casos. Ver figura 1.

Fig. 1. Algoritmo según los criterios diagnósticos



T: talla. P: peso. PC: perímetro craneal. SAF: síndrome alcohólico fetal. SAFP: síndrome alcohólico fetal parcial. TNDRA: trastorno del neurodesarrollo relacionado con el alcohol. DNRA: defectos del nacimiento relacionados con el alcohol. TNC-EPA: trastorno neuro-conductual relacionado con la exposición prenatal al alcohol. Modificado de Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ, et al. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Pediatrics. 2016; 138(2): e20154256.

En relación con los pacientes adoptados desde países con alta prevalencia de alcoholismo durante el embarazo, hay que resaltar que en muchas ocasiones los antecedentes familiares de exposición prenatal al alcohol son desconocidos. En estos casos, el diagnóstico sólo puede basarse en los rasgos físicos anteriormente mencionados cuando están presentes, lo que no siempre ocurre. Es frecuente, por tanto, que en muchos de estos niños se aprecien dificultades de desarrollo y de conducta que son muy sugestivas de ser debidas a trastornos del neurodesarrollo relacionados con el alcohol, pero que dicho diagnóstico con los criterios actuales no puede ser confirmado.

II. Exámenes Complementarios

En la actualidad no existe ninguna prueba diagnóstica para los TEAF, pero en ocasiones los exámenes complementarios pueden ser útiles al clínico para el diagnóstico diferencial o el estudio de extensión del trastorno. Los casos de más difícil diagnóstico serán aquellos en los que no exista una exposición confirmada al alcohol y las formas más leves del trastorno donde los marcadores físicos pueden no ser tan manifiestos.

A. ESTUDIOS GENÉTICOS

Dada la variedad de entidades genéticas y teratogénicas relacionadas con la exposición prenatal al alcohol, debe considerarse, según criterio clínico, la realización de estudios genéticos dirigidos de cariotipo molecular o de microarray en los casos que se precisen:

- Necesidad de un diagnóstico diferencial (Síndrome de Cornelia de Lange, Síndrome velocardiofacial, síndrome de duplicación 15q, Síndrome de Dubowitz, Síndrome de Williams, etc.).
- Casos leves o formas menos evidentes que planteen dudas diagnósticas.
- Sospecha de comorbilidad.

B. ESTUDIOS DE EXTENSIÓN EN LOS TEAF

Relacionadas con la exposición prenatal al alcohol están documentadas distintas anomalías congénitas (cardiacas, esqueléticas, renales, oculares, auditivas, cerebrales); por ello, tras un exhaustivo examen médico, se debería considerar, según criterio clínico, la realización de los siguientes exámenes complementarios y/o valoraciones:

- Valoración sensorial (oftalmológica y auditiva).
- Valoración cardiológica completa (con ecocardiografía para detección de cardiopatía estructural).
- Ecografía abdominal.
- RM craneal.
- Valoración por Servicio/Unidad de Rehabilitación.
- Electroencefalograma (EEG) solo en caso de sospecha de crisis convulsivas.

C. TRASTORNOS SECUNDARIOS

Las personas con TEAF a menudo experimentan una variedad de resultados adversos en la vida llamados discapacidades secundarias, que incluyen la interrupción de la experiencia escolar, problemas con la ley, confinamiento, comportamientos sexuales inapropiados y problemas relacionados con el alcohol y las drogas.

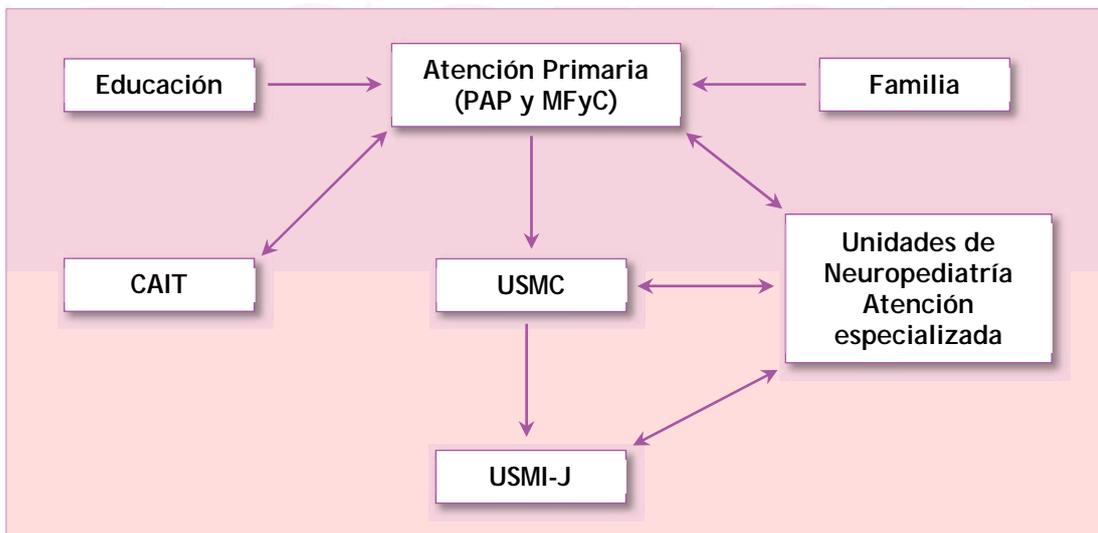
Problemas de salud mental

Se documenta un aumento de trastornos cognitivos y enfermedades mentales o problemas psicológicos en las personas con TEAF. Los trastornos diagnosticados con mayor frecuencia son el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad

(TDHA), el Trastornos del Espectro Autista (TEA), el Trastorno de conducta (TC) o el Trastorno oposicionista desafiante (TOD). Más información en las tablas 1 y 2 del Anexo 3.

La mayor prevalencia de trastorno mental en los niños, niñas y adolescentes con TEAF debe ser suficiente para incorporar, dentro del proceso de su evaluación habitual, la sospecha diagnóstica de poder presentar alguno de estos trastornos mentales. Los niños, niñas y adolescentes con sospecha de padecer algún trastorno mental (por ej., un TDAH o un TEA), independientemente de que su origen pueda o no ser atribuido a un TEAF, se incorporarán a los circuitos ya establecidos en los dispositivos de atención específica a los problemas de salud mental para estas edades. Los flujos básicos de derivación entre los distintos dispositivos se resumen en la figura 2.

Fig. 2. Flujos básicos de derivación entre los distintos dispositivos de atención



PAP: Pediatría de Atención Primaria. MFyC: Medicina Familiar y Comunitaria. CAIT: Centros de Atención Infantil Temprana. USMC: Unidad de Salud Mental Comunitaria. USMI-J: Unidad de Salud Mental Infanto-Juvenil

DIAGNÓSTICO EN EL PERIODO NEONATAL

El consumo de alcohol, en los distintos hábitos de consumo reconocidos, es variable en las distintas regiones y culturas, pero los efectos deletéreos del consumo de alcohol en el feto son igual de claros sea cual sea el tipo de consumo. Incluso con cantidades mínimas podemos encontrar lesiones secundarias al consumo, pues no se sabe con exactitud de qué manera y en qué momento puede afectar el desarrollo fetal y la formación del tubo neural. No sabremos con certeza nunca en qué situación de desarrollo fetal nos encontramos en ese preciso momento de consumo y cómo éste puede afectar en el futuro, por lo que lo recomendable es la promoción del consumo “cero” de alcohol en la etapa gestante.

En nuestra práctica clínica perinatal cabe recordar la importancia de realizar una adecuada y completa historia clínica ante toda madre gestante, indagando hábitos tóxicos y consumo de alcohol que puedan de alguna manera afectar el desarrollo e integridad fetal. En ocasiones podemos llegar a ser en exceso permisivos en este

TRASTORNO del ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL

aspecto, ignorando durante la anamnesis indagar en el consumo de alcohol y en otros hábitos nutricionales e higiénicos desarrollados durante la gestación.

Es necesario conocer las características clínicas tanto por parte del personal sanitario como en aquellas familias de riesgo, para la sospecha y diagnóstico precoz de un posible TEAF, patología más frecuente de lo que se sospecha en la actualidad y que se encuentra a veces infradiagnosticada.

No ha sido descrito un síndrome de abstinencia neonatal como tal en relación con la exposición al alcohol.

Debe pensarse en TEAF ante la sospecha de consumo materno de alcohol y bajo peso al nacer y/o pequeño para edad gestacional y pueden presentarse, o no, las malformaciones descritas. Este diagnóstico precoz o de sospecha es de suma importancia para el adecuado seguimiento de estos pacientes, ya que otros signos y síntomas pueden presentarse en la primera infancia o infancia tardía.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El fenotipo facial del TEAF, aunque más comúnmente asociado con la exposición prenatal al alcohol, también se observa en una variedad de afecciones genéticas y teratogénicas. Puede servir de guía la información de la tabla 1.

Tabla 1. Condiciones genéticas y teratogénicas en el diagnóstico diferencial de TEAF

SÍNDROME DE MALFORMACIÓN	ETIOLOGÍA
Síndrome de Cornelia de Lange OMIM 122470	Autosómica dominante (mutaciones en NIPBL, 60%)
Síndrome velocardiofacial (síndrome del 22q11.2) OMIM # 188400	Microdelección cromosómica (del 22q11.2)
Síndrome de Duplicación 15q OMIM 608636	Duplicación parcial cromosómica (dup 15q)
Síndrome de Dubowitz OMIM 223370	Autosómica recesiva
Síndrome de Noonan OMIM 163950	Autosómica dominante (mutaciones en los genes de la vía de transducción de señales RAS-MAPK, PTPN11, SOS1, KRAS, NRAS y otros)
Síndrome de Williams OMIM 194050	Microdelección cromosómica (del 7q11.23, sd. del gen contiguo que incorpora el gen elastina)
Síndrome de hidantoína fetal	Efectos teratogénicos de la exposición a hidantoína durante la gestación
Síndrome de valproato fetal	Efectos teratogénicos de la exposición al ácido valproico durante la gestación
Efectos de fenilcetonuria materna	Efectos teratogénicos de niveles altos de fenilalanina, que acompañan a la fenilcetonuria materna mal controlada
Efectos teratogénicos de la exposición materna a disolvente durante el embarazo	Embriopatía por tolueno

Fuente: Hoyme HE, Kalberg WO, LED A, Elliott J, Blankenship J, Maria AS, et al. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Pediatrics. 2016 Aug; 138(2): e20154256.

TRATAMIENTO

El impacto del TEAF se mantiene a lo largo del tiempo y no existe un tratamiento curativo. Las opciones de tratamiento incluyen medicamentos, terapias de conducta y aprendizaje, capacitación para los padres, no existiendo un único tratamiento que sea adecuado para todos los niños. Los planes de tratamiento incluirán seguimiento y cambios a medida que sea necesario.

Factores protectores

Factores protectores que pueden ayudar a reducir los efectos del TEAF:

- Diagnóstico temprano (antes de los 6 años).
- Un hogar lleno de cariño, enriquecedor y estable.
- Un ambiente sin violencia.
- Acceso a servicios sociales y educación especial.

Los padres/tutores/cuidadores de niños con TEAF deben adquirir habilidades que ayudan a la crianza y a enfrentarse con los síntomas relacionados con los TEAF:

- Centrarse en las fortalezas y talentos del niño y utilizar el refuerzo positivo con frecuencia (elogios, incentivos).
- Aceptar las limitaciones del niño.
- Ser constante con todo (disciplina, escuela, conducta).
- Usar un lenguaje y ejemplos concretos.
- Tener rutinas estables y no modificarlas a diario.
- Tratar de simplificar.
- Ser específico, decir exactamente lo que se quiere expresar.
- Estructurar la vida de su hijo para proporcionarle una base para su vida diaria.
- Usar herramientas visuales, música y actividades manuales para ayudar al aprendizaje.
- Supervisar sus amigos, visitas y rutinas.
- Repetir, repetir, repetir.

Centros de atención temprana /Servicios de intervención temprana

Los centros de atención temprana son los centros de tratamiento para los niños menores de 6 años en primera instancia, una vez realizado el diagnóstico por Neuropediatría.

No es necesario esperar a tener un diagnóstico formal para recibir el tratamiento de los síntomas observados.

Los servicios de atención temprana pueden mejorar el desarrollo del niño y su transición a la vida adulta, no existiendo ningún programa de estimulación particular para los TEAF. El tratamiento es sintomático y los programas de

TRASTORNO del ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL

intervención que se desarrollen serán los que se precisen en función de la alteración cognitiva que se detecte.

Para los niños mayores de 6 años, el tratamiento de los problemas del comportamiento y/o emocionales se realizaría en las Unidades de Salud Mental Comunitaria (USMC) en primera instancia y pasaría a la Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil (USMIJ) si la USMC lo considera necesario.

Atención clínica

Los TEAF pueden incluir discapacidades tanto físicas como intelectuales, así como problemas de conducta y aprendizaje; estos síntomas pueden variar de leves a graves, y los planes de tratamiento para las personas con TEAF deben ser diferentes para cada caso según los síntomas.

Atención clínica a las necesidades habituales

Las personas con TEAF tienen las mismas necesidades de salud y atención médica que las personas que no tienen estos trastornos: atención médica básica, vacunas, alimentación adecuada, ejercicio, higiene, etc.

Tratamiento farmacológico

No se han aprobado medicamentos específicos para tratar los TEAF, sin embargo, hay varios medicamentos que pueden ayudar a mejorar algunos de los síntomas:

- Estimulantes (hiperactividad, falta de atención y de control de impulsos, problemas de comportamiento).
- Antidepresivos (para tratamiento de síntomas como la tristeza, pérdida de interés, problemas para dormir, interrupción escolar, negatividad, irritabilidad, agresión y conductas antisociales).
- Neurolépticos (agresividad, ansiedad y problemas de comportamiento).
- Ansiolíticos, para tratar síntomas como la ansiedad.

Tratamiento en Unidades específicas

Igual que en lo relativo al diagnóstico, el tratamiento de los diferentes trastornos mentales asociados a los TEAF se realizará en los dispositivos de Salud Mental con los protocolos de intervención habituales de cada uno de dichos trastornos. Cuando los niños, niñas y adolescentes objeto de atención sean provenientes de programas de adopción, se utilizarán, además, los programas específicos de apoyo a las familias y los recursos de los Servicios de Postadopción de la Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación.

En la actualidad, la atención específica a la salud mental en la infancia y adolescencia se recoge y se asume en el Programa de Atención a la Salud Mental de la Infancia y Adolescencia (PASMIA) y en el III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía (III PISMA). En ambos se establece la coordinación entre la Atención Primaria (Pediatría de Atención Primaria y Medicina Familiar y Comunitaria) y la Atención Hospitalaria (USMC y USMIJ) así como con otros dispositivos (Centros de Atención Infantil Temprana -CAIT- en los menores de 0 a 6 años) y otros sectores

(especialmente, Educación), siendo las USMC “el eje de la atención especializada a este colectivo como manera de asegurar la accesibilidad y garantizar el principio de equidad” (III PISMA) derivándose a las USMIJ los casos de mayor gravedad o aquellos que requieran ingreso hospitalario o tratamiento en régimen de Hospital de Día.

PREVENCIÓN

La prevención debe incorporar estrategias primarias, secundarias y terciarias para dirigirse tanto a la comunidad en general como a las poblaciones con alto riesgo de consumo de alcohol durante el embarazo.

Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía.

En el Artículo 68. La promoción de la salud.

Punto 2. Las actuaciones de promoción de salud se dirigirán a todas las etapas de la vida de las personas -infancia, adolescencia, juventud, edad adulta y vejez- e irán destinadas a promover la salud física y mental, mejorando la competencia de las personas y acondicionando sus entornos, de forma que:

- h) El consumo de alcohol, así como otras conductas con riesgo de crear adicción, se haga de forma que se minimice dicho riesgo y se promueva la reducción de daños.

Artículo 70. La prevención de los problemas de salud.

Punto 2. Las actuaciones de prevención de problemas de salud se dirigirán a todas las etapas de la vida de las personas -infancia, adolescencia, juventud, edad adulta y vejez- y a prevenir la aparición de problemas de salud física y mental mediante:

- c) El seguimiento del embarazo para el diagnóstico precoz del riesgo obstétrico, la vacunación de las mujeres embarazadas y el control de diversos factores de riesgo para el desarrollo fetal.

Prevención del abuso de alcohol en consulta de distintos ámbitos asistenciales (AP-AH)

Se recomienda utilizar un enfoque motivacional. Para más información ver el Anexo 4.

Hacer prevención del abuso de alcohol requiere modificar hábitos y costumbres de nuestros pacientes. Sin embargo, la repetición de consejos propicia que el paciente se defienda y utilice adaptadores, y esto no consigue que modifique el hábito.

Habitualmente, las razones para beber son emocionales y conductuales, con escasos argumentos cognitivos. En estos casos, la información por sí misma no es suficiente para cambiar conductas.

La motivación sería un estado interno de disposición para efectuar una conducta (p.ej. cambiar un hábito), puede fluctuar de una situación a otra, y puede ser

TRASTORNO del ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL

modulada e influenciada por factores internos y externos. Por eso, es importante utilizar la Entrevista Motivacional (EM), que es aquella que intenta que el paciente se posicione hacia el cambio.

La EM es una entrevista centrada en la experiencia del consultante y que busca que este se posicione, y el profesional apoya y acompaña al paciente en su proceso de avance hacia conseguir su objetivo.

Tras evaluar la disposición, se recomienda entregar alguna documentación de autoayuda. También, se debe continuar proporcionando ayuda, feedback y apoyo hasta alcanzar y mantener metas reales.

Proceso Asistencial Integrado Embarazo, parto y puerperio

En Andalucía, el Proceso Asistencial Integrado Embarazo, parto y puerperio (2014) recoge lo siguiente en relación a la prevención de hábitos tóxicos:

- Consejos preconceptionales. En cuanto a los agentes tóxicos, deben valorarse en la anamnesis de la semana 6-10, con refuerzo en las semanas 12, 16 y 20, 28, 34, 36, y en la preparación al nacimiento y 1º trimestre de vida.
 - Se recomendará el abandono del tabaquismo.
 - Respecto al alcohol no hay dosis segura.
 - Reducir el consumo de cafeína a 50 mg/día (una taza puede contener entre 100-150 mg, si es descafeinado 2-4 mg).
- Consejos sobre hábitos saludables realizados por especialista de Medicina de Familia/Matrona/ Obstetra/Enfermería de Atención Primaria.

ATENCIÓN PRIMARIA

Evaluación por especialista de Medicina de Familia, Enfermería, Matronas y Pediatría de AP

- Antecedentes maternos y familiares, datos de historia obstétrica de la madre, consumo de alcohol de la madre y el padre, frecuencia (semanal/espórádica), gramos de alcohol (según tipo de bebida), etc.
- Pertenencia a grupos de riesgo; madres de entornos institucionales, consumo de otras drogas.
- Historia clínica y exploración física.
- Atención a rasgos dismórficos (escalas de valoración, ver Anexo 2).
- Síntomas relacionados.
- Alteraciones del crecimiento.
- Trastorno del aprendizaje, del comportamiento.
- Definir el motivo de la interconsulta o derivación a Atención Temprana.
- Definir el motivo de la interconsulta o derivación a Neuropediatría.
- Definir el motivo de la interconsulta o derivación a Salud Mental.

- Recabar información de otros organismos: valoración neuropsicológica aportadas por E.O.E. (Equipo de Orientación Educativa).
- Prevención del consumo de alcohol, tanto a mujeres de edad fértil como a embarazadas.
- Prevención mediante entrevista motivacional (ver apartado Prevención).

Un enfoque clínico efectivo para los TEAF necesita de una coordinación entre los distintos profesionales e instancias implicadas.

Con frecuencia, la evaluación inicial y la derivación para el diagnóstico serán realizadas por el personal médico/pediatra de AP, y serán responsables del seguimiento continuo de los niños y adolescentes con TEAF y de sus familias en su transición a lo largo de todas las etapas de desarrollo.

Se considera un momento crítico el cambio de equipo responsable del seguimiento o el cambio de equipo de niño a adulto.

Los objetivos principales de la coordinación de la asistencia incluyen:

- Identificación de una lista de problemas precisa, con ajustes y actualizaciones regulares.
- Facilitación de una comunicación clara entre los distintos profesionales que atienden al niño para evitar tratamientos o modelos de atención en conflicto.
- Necesidad de realizar una adecuada transición y coordinación de atención a medida que el paciente crece, generando cambios en la prioridad de los problemas y los proveedores.

TRABAJO SOCIAL

El TEAF es un trastorno frecuente y poco reconocido, sus consecuencias afectan al individuo, su familia y a la sociedad en general, por lo que el abordaje debe ser, necesariamente intersectorial e interdisciplinar.

Cuando el pediatra de Atención Primaria realiza la identificación temprana de los menores afectados, debe coordinarse con el/la trabajador/a social para la evaluación sociofamiliar y establecer un plan de actuación con la familia, al objeto de:

- Proporcionar estrategias educativas de ayuda a padres y cuidadores, sobre el mejor entorno familiar.
- Proponer medidas y/o recursos en función de la posible evolución y dificultades de cada menor.
- Evaluar el consumo de alcohol y otras sustancias tóxicas en el seno de la familia, ayudándoles a obtener el tratamiento oportuno.
- Informar sobre los recursos disponibles, sobre todo en el entorno educativo y comunitario y favorecer la integración de menores y sus familias en la comunidad de referencia.

TRASTORNO del ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL

- Coordinarse con los recursos de atención temprana, de servicios sociales, educativos, laborales, movimiento asociativo, etc., para realizar un seguimiento familiar y acompañar en el proceso de adaptación a este trastorno.
- Implementar actuaciones de prevención y promoción de la salud orientadas a la eliminación del TEAF.

ASOCIACIONES Y RECURSOS

Asociación de familias de hijos e hijas con TEAF

<https://www.safgroup.org/>

National Organization on Fetal Alcohol Syndrome

<http://www.nofas.org/about-fasd/>

Asociación Adopción Punto de Encuentro

<http://adopcionpuntodeencuentro.com/web/que-es-fasd-saf-teaf/>

Asociación de familias afectadas de SAF

<http://www.afasaf.org>

BIBLIOGRAFÍA

Alcoholismo. Guía Clínica basada en la evidencia científica. SOCIDROGALCOHOL 2ª edición 2008.

Amos-Kroohs RM, Fink BA, Smith CJ, Chin L, Van Calcar SC, Wozniak JR, Smith SM. Abnormal Eating Behaviors Are Common in Children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder. *J Pediatr*. 2016 Feb;169:194-200.e1. doi.org/10.1016/j.jpeds.2015.10.049

Bakhireva LN, Garrison L, Shrestha S, Sharkis J, Miranda R, Rogers K. Challenges of diagnosing fetal alcohol spectrum disorders in foster and adopted children. *Alcohol*. 2018 Mar;67:37-43.

Boletín de la Organización Mundial de la Salud 2017 (actualizado mayo 2017; citado abril 2019); 95:320-321. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/95/5/17-030517/es/>

Calles JL Jr. Use of psychotropic medications in children with developmental disabilities. *Pediatr Clin North Am*. 2008;55(5):1227-40.

Carmichael-Olson H, Feldman JJ, Streissguth AP, Sampson PD, Bookstein FL. Neuropsychological deficits in adolescents with fetal alcohol syndrome: Clinical findings. *Alcohol Clin Exp Res* 1998;22:1998-2012.

Centers for Disease Control and Prevention. Fetal Alcohol Spectrum Disorders: Guidelines for Referral and Diagnosis. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention 2004 (actualizado agosto 2017; citado abril 2019). Disponible en: <https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/fasd/treatments.html>

Chasnoff IJ, Wells AM, King L. Misdiagnosis and missed diagnoses in foster and adopted children with prenatal alcohol exposure. *Pediatrics*. 2015;135:264-270.

Chudley AE, Conry J, Cook JL, Looock C, Rosales T, LeBlanc N. Public Health Agency of Canada's National Advisory Committee on Fetal Alcohol Spectrum Disorder. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *CMAJ*. 2005;172(suppl 5):S1-S21.

Coggins TE, Timler GR, Olswang LB. A state of double jeopardy: impact of prenatal alcohol exposure and adverse environments on the social communicative abilities of school-age children with fetal alcohol spectrum disorder. *Lang Speech Hear Serv Sch*. 2007;38:117-27.

Connor PD, Sampson PD, Bookstein FL, Barr HM, Streissguth AP. Direct and indirect effects of prenatal alcohol damage on executive function. *Dev Neuropsychol*. 2000;18(3):331-354.

Consejería de Salud. Consejería de Igualdad y Políticas Sociales. Discapacidad Intelectual y Salud Mental: Trabajo en red. Guía para la atención a las personas con discapacidad intelectual o del desarrollo y alteraciones de la salud mental y/o del comportamiento. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2016.

Consejería de Salud. III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020 (III PISMA). Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. 2016.

Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. Proceso Asistencial Integrado embarazo, parto y puerperio. Junta de Andalucía. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales. 2014.

Consejería de Salud. Protocolo de abordaje del TDAH en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. Consejería de Salud 2017.

Cook JL, Courtney R, Lilley CM, Anderson SM, Baldwin ME, Chudley AE, Conry JL, LeBlanc N, Looock CA, et al. Fetal alcohol spectrum disorder: a guideline for diagnosis across the lifespan. *CMAJ* 2016. Febr. 16;188 (3):191-197.

Del Campo M, Jones KL. A review of the physical features of the fetal alcohol spectrum disorders. *Eur J Med Genet*. 2017;60:55-64.

Evrarda SG. Criterios diagnósticos del síndrome alcohólico fetal y los trastornos del espectro del alcoholismo fetal. *Arch Argent Pediatr*. 2010;108(1):61-67.

TRASTORNO del ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL

Flannigan K, Pei J, Stewart M, Johnson A. Fetal Alcohol Spectrum Disorder and the criminal justice system: A systematic literature review *International Journal of Law and Psychiatry*. 2018;57:42-52. doi.org/10.1016/j.ijlp.2017.12.008.

Fuentes Soliz JA, Vidal Lia OV, Fuentes Moya JM, López E. Consumo de Alcohol durante el Embarazo: Múltiples Efectos Negativos en el Feto. *Rev Cient Cienc Med*. 2009;12(2). Disponible en: www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817.

Fukui Y, Sakata-Haga H. Intrauterine environment-genome interaction and children's development (1). Ethanol: a teratogen in developing brain. *J Toxicol Sci*. 2009;34(Suppl 2):S273-8.

Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ, Blankenship J, Buckley D, Marais AS, et al. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics*. 2016;138(2):e2015-4256. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/138/2/e20154256>

Kelly SJ, Day N, Streissguth AP. Effect of prenatal alcohol exposure on social behavior in humans and other species. *Neurotox Teratol*. 2000;22(2):143-149.

Lange S, Rehm J, Anagnostou E, Popova S. Prevalence of externalizing disorders and Autism Spectrum Disorders among children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder: systematic review and meta-analysis. *Biochem Cell Biol*. 2018;96(2):241-251. Disponible en:

<https://www.nrcresearchpress.com/doi/abs/10.1139/bcb-2017-0014#.XSRzbd8zbc5>

Lange S, Shield K, Rehm J, Popova S. Prevalence of fetal alcohol spectrum disorders in child care settings: a meta-analysis. *Pediatrics*. 2013;132:e980-e995.

Ley 16/2011, de 23 de diciembre, de Salud Pública de Andalucía. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2012-879>

Manual de consenso sobre alcohol en Atención Primaria. *Socidrogoalcohol*. Barcelona 2016.

Martín D y Fernández-Jaén J: Fetopatía alcohólica: puesta al día. *Rev Neurol*. 2011;52(Supl 1):S53-S57.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Plan Nacional sobre drogas. Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES), 1995-2011. Disponible en:

http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/4_E DADES_2011_Informe.pdf

Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11):e1001349. doi: 10.1371/journal.pmed.1001349.

O'Connor MJ, Paley B. Psychiatric conditions associated with prenatal alcohol exposure. *Dev Disabil Res Rev*. 2009;15:225-234. doi: 10.1016/j.pcl.2008.07.002.

Peadon E, Rhys-Jones B, Bower C, Elliott EJ. Systematic review of interventions for children with fetal alcohol spectrum disorders. *BMC Pediatr*. 2009;9:35.

Pei J, Denys K, Hughes J, Rasmussen C. Mental health issues in fetal alcohol spectrum disorder. *J Ment Health*. 2011;20(5):438-448.

Popova S, Lange S, Probst C, Jürgen G. Estimation of national, regional, and global prevalence of alcohol use during pregnancy and fetal alcohol syndrome: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2017;5(3):e290-e299.

Popova S, Lange S, Shield K, Mihic A, Chudley AE, Mukherjee RA, Bekmuradov D, Rehm. J. Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2016;387 (10022):978.

Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Programa de Atención a la Salud Mental de la infancia y Adolescencia (PASMIA). Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía 2010.

Reid MC, Fiellin DA, O'Connor PG. Hazardous and harmful alcohol consumption in primary care. *Arch Intern Med*. 1999;159:1681-1689.

TRASTORNO del ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL

Rodríguez-Martos Dauer A, Gual Solé A, Llopis Llacer JJ: La “unidad de bebida estándar” como registro simplificado del consumo de bebidas alcohólicas y su determinación en España. Medicina Clínica (Barcelona) 1999;112:446-450.

Scottish Intercollegiate Guidelines Network. The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care. SIGN Guideline N° 74. 2003.

Sociedad Española de Neonatología. Hijo de madre fumadora. Hijo de madre consumidora de alcohol: trastornos del espectro alcohólico fetal (TEAF). Hijo de madre consumidora de fármacos y drogas: síndrome de abstinencia neonatal. Disponible en:

http://aula.campuspanamericana.com/_Cursos/Curso01023/Temario/M2/T2/pdf/m10_hijo_madre_fumadora.pdf

Sood B, Delaney-Black V, Covington C, et al. Prenatal alcohol exposure and childhood behavior at age 6 to 7 years: I. dose-response effect. Pediatrics. 2001;108:E34.

Spohr HL, Willms J, Steinhausen HC. Fetal alcohol spectrum disorders in young adulthood. J Pediatr 2007;150(2):175.

Stratton KR, Howe CJ, Battaglia FC; Institute of Medicine. Fetal Alcohol Syndrome-diagnosis, Epidemiology, Prevention, and Treatment. Washington, DC: National Academy Press; 1996. doi.org/10.17226/4991.

Weyrauch D, Schwartz M, Hart B, Klug MG, Burd L. Comorbid mental disorders in fetal alcohol spectrum disorders: a systematic review. J Dev Behav Pediatr 2017;38(4):283-291.

<http://www.who.int/bulletin/volumes/95/5/17-030517/es/> (actualizado mayo 2017).

<https://pediatrics.aappublications.org/content/138/2/e20154256>

<https://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/fetal-alcohol-spectrum-disorders-toolkit/Pages/Case-Management.aspx>

<https://www.cdc.gov/ncbddd/fasd/training.html> (actualizada agosto 2017).

<https://www.cdc.gov/ncbddd/spanish/fasd/alcohol-use.html>

<https://www.juntadeandalucia.es/organismos/igualdadypoliticassociales/areas/infancia-familias/postadopcion.html>

<http://drogues.gencat.cat/web/.content/minisite/drogues/professionals/prevencio/programa/documentos/drogues-embarac-lactancia/Oscar-Garcia-Trastorn-de-lespectre-alcoholic-fetal-Jornada-Socidroalcohol-17-marc-2017.pdf>

ANEXOS

1. DEFINICIÓN DE EXPOSICIÓN PRENATAL DOCUMENTADA AL ALCOHOL

Se deben cumplir una o más de las siguientes condiciones para constituir una exposición prenatal al alcohol documentada durante el embarazo (incluido el consumo de alcohol reconocido por la madre 3 meses antes del conocimiento del embarazo o de una prueba de embarazo positiva documentada en la historia clínica). La información debe ser obtenida de la madre biológica o de una fuente de confianza (por ejemplo, miembro de la familia, servicios sociales o registro médico):

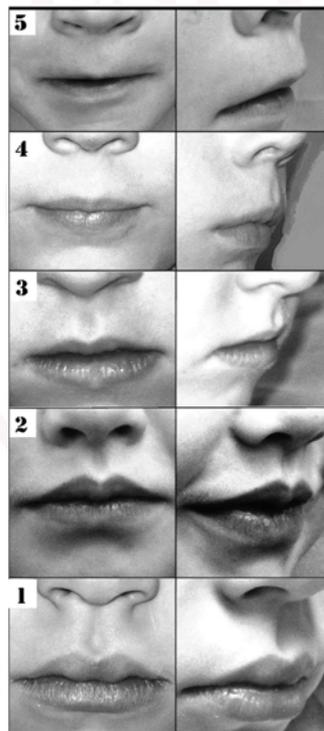
- ≥ 6 bebidas/semana durante ≥ 2 semanas durante el embarazo.
- ≥ 3 bebidas por ocasión en ≥ 2 ocasiones durante el embarazo.
- Documentación de problemas sociales o legales relacionados con el alcohol antes o durante el embarazo.
- Documentación de intoxicación etílica durante el embarazo.

2. EVALUACIÓN DISMORFOLÓGICA EN EL TRASTORNO DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL

En la evaluación física se recomienda el uso de curvas de crecimiento adecuadas para la población a estudiar (peso, talla, perímetro cefálico).

Se recomienda asimismo objetivar los rasgos faciales descritos (fisura palpebral, labio superior y filtrum) según tablas normalizadas. Nos remitimos a las revisiones recientes incluidas en la bibliografía (Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ et al, 2016 y Del Campo M, Jones KL, 2017).

Fig. 1. GUÍA NORTEAMERICANA PARA LA MEDICIÓN DEL FILTRUM Y LABIO SUPERIOR FINO



Fuente: Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ, et al. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Pediatrics. 2016; 138(2): e20154256.

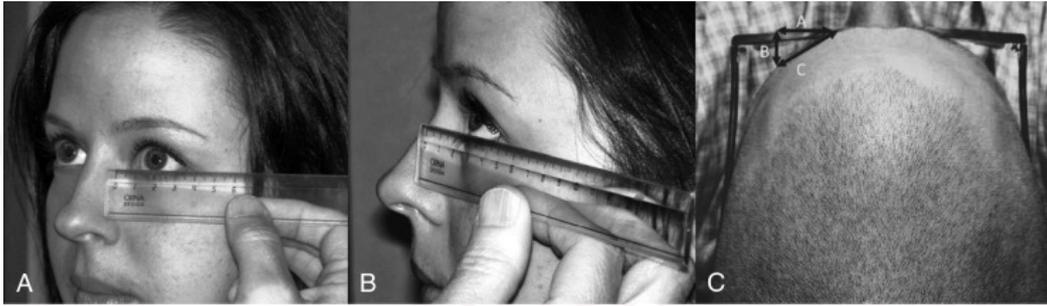
TÉCNICA PARA LA MEDICIÓN DE LA LONGITUD DE LA FISURA PALPEBRAL

Se utiliza una pequeña regla de plástico para medir la distancia entre el endocantion y el exocantion.

- El paciente y el examinador deben estar sentados en el mismo nivel, uno frente a otro. Manteniendo el mentón, se le pide al sujeto que mire hacia arriba, permitiendo al examinador acercar la regla lo más cerca posible del ojo (sin tocar las pestañas)
- Tener en cuenta que la regla debe estar ligeramente inclinada para seguir el arco cigomático.

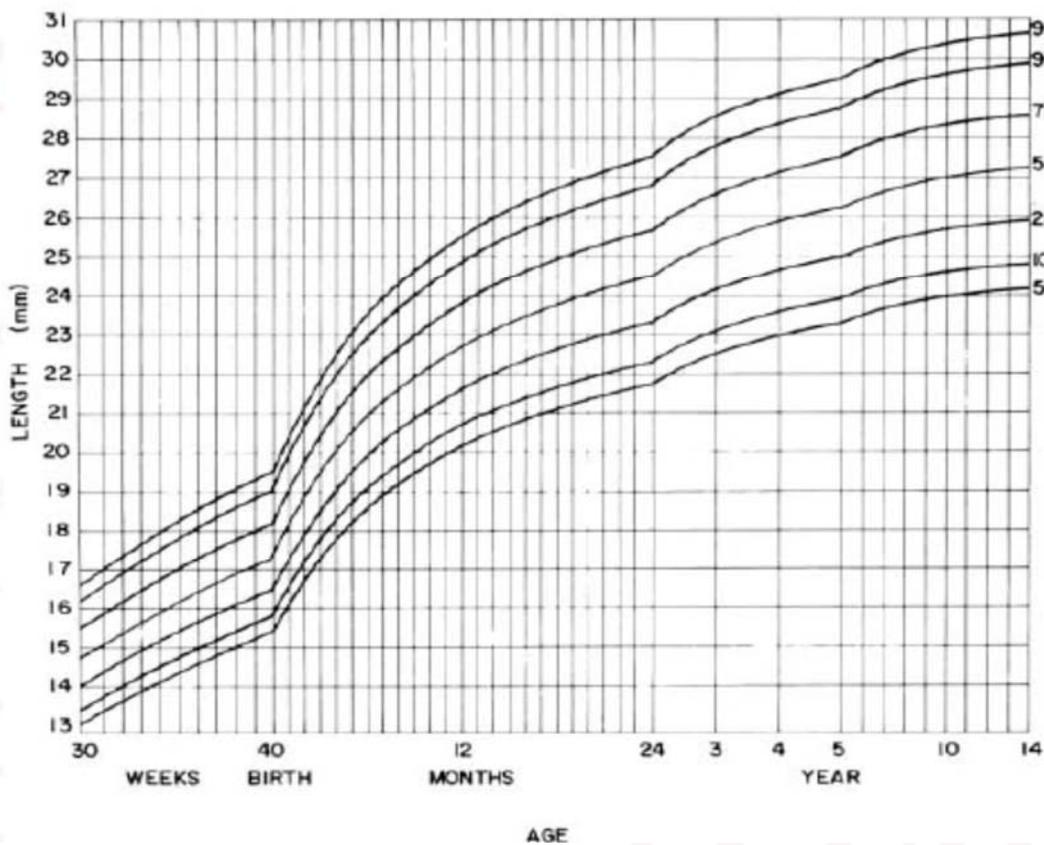
TRASTORNO del ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL

Fig. 2. TÉCNICA PARA LA MEDICIÓN DE LA LONGITUD DE LA FISURA PALPEBRAL



Fuente: Hoyme HE, Kalberg WO, Elliott AJ, et al. Updated Clinical Guidelines for Diagnosing Fetal Alcohol Spectrum Disorders. Pediatrics 2016; 138(2): e20154256.

Fig. 3. Relación entre longitud de la fisura palpebral y edad en ambos sexos en niños/as de EE.UU. blancos desde la 29ª semana a los 14 años.



Fuente: Chudley AE, Conry J, Cook JL, Look C, Rosales T, LeBlanc N. Public Health Agency of Canada's National Advisory Committee on Fetal Alcohol Spectrum Disorder. Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. CMAJ. 2005;172(suppl 5):S1-S21.

3. DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES ASOCIADOS AL TRASTORNO DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL

Los resultados de los estudios de Lange et al y de Weyrauch et al reseñados en las tablas 1 y 2, indican que los niños, niñas y adolescentes con TEAF presentan unas prevalencias de diversos trastornos mentales superiores a las esperadas en la población general. Este dato debe ser suficiente para incorporar, dentro del proceso de evaluación habitual de estos niños, niñas y adolescentes, la sospecha diagnóstica de poder presentar alguno de estos trastornos mentales. Esta actitud de “sospecha diagnóstica” no implica la necesidad de diseñar protocolos específicos de diagnóstico de estos trastornos para los niños, niñas y adolescentes con TEAF diferentes a los ya existentes para la población general. Los niños, niñas y adolescentes con sospecha de padecer algún trastorno mental (por ej., un TDAH o un TEA), independientemente de que su origen pueda o no ser atribuido a un TEAF, se incorporarán a los circuitos ya establecidos en los dispositivos de atención específica a los problemas de salud mental para estas edades.

Experiencia escolar negativa o difícil

Los niños con TEAF tienen mayor riesgo de ser suspendidos, expulsados o de abandonar la escuela, con frecuencia por su dificultad para llevarse bien con otros niños, su mala relación con los maestros y el absentismo escolar. Algunos niños con TEAF, aunque permanecen en la escuela, tienen experiencias negativas debido a sus problemas de conducta.

Problemas con la ley

Los adolescentes y los adultos con TEAF tienen un riesgo más elevado de tener problemas con la policía, las autoridades o el sistema judicial debido a la dificultad para controlar su enfado y frustración y, los problemas para comprender las razones de los demás. Las personas con TEAF pueden ser fácilmente persuadidas y manipuladas, lo que puede hacer que participen en acciones ilegales o perjudiciales para ellas.

Comportamiento sexual inadecuado

Las personas con TEAF tienen un mayor riesgo de mostrar comportamientos sexuales inadecuados, como insinuaciones y tocamientos indebidos. Si la persona con un TEAF también es víctima de violencia, aumenta el riesgo de que tenga una conducta sexual inadecuada.

Problemas con el alcohol, las drogas y el trabajo

Algunas revisiones analizan la prevalencia de algunos trastornos entre los niños y niñas afectados de TEAF. Lange et al, estudiaron la prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), el Trastorno Oposicionista y Desafiante (TOD), el Trastorno de Conducta (TC) y los Trastornos del Espectro Autista (TEA) en niños, niñas y adolescentes con TEAF. La prevalencia más elevada encontrada fue la del TDAH (52,9%) y 15 veces superior respecto a la prevalencia en la población general (tabla 1).

TRASTORNO del ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL

Tabla 1. Frecuencia de trastornos cognitivos y enfermedades mentales o problemas psicológicos en las personas con TEAF.

Trastorno	Número de estudios incluidos (Lange et al)	Número de sujetos	Prevalencia estimada en los estudios	Prevalencia respecto a la población general
TDAH	20	2.582	52,9 %	15 veces superior
TEA	6	1.029	2,6 %	2 veces superior
TC	5	1.514	7,0 %	3 veces superior
TOD	11	2.719	12,9 %	5 veces superior

TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. TEA: Trastornos del Espectro Autista. TC: Trastorno de conducta. TOD: Trastorno oposicionista desafiante

Fuente: Tabla modificada de Lange S, Rehm J, Anagnostou E, Popova S. Prevalence of externalizing disorders and Autism Spectrum Disorders among children with Fetal Alcohol Spectrum Disorder: systematic review and meta-analysis. *Biochem Cell Biol.* 2018 Apr; 96 (2):241-251.

En una revisión sistemática, Weyrauch et al, también hallaron en niños, niñas y adolescentes afectados de TEAF, prevalencias de diferentes trastornos mentales superiores a las esperadas en la población general. En concreto, estudiaron las prevalencias del TDAH, TDO, TC, TEA, junto a las prevalencias de discapacidad intelectual, trastornos del aprendizaje, depresión, trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastornos de ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastorno reactivo de la vinculación y trastorno obsesivo-compulsivo (tabla 2).

Por último, otros autores han descrito en niños, niñas y adolescentes afectados de TEAF, la presencia de otros trastornos como los trastornos en el desarrollo del lenguaje, trastornos por abuso o dependencia de sustancias, trastornos de la conducta sexual, intentos de suicidio, trastornos de la personalidad y dificultades en la regulación de los ritmos circadianos.

Por todo ello, son frecuentes las dificultades en el entorno escolar (aprendizaje, problemas de conducta, integración con compañeros y profesores, etc.) y los problemas legales, tanto en edad infantil como adulta.

TRASTORNO del ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL

Tabla 2. Prevalencia de trastornos cognitivos y enfermedades mentales en personas con TEAF y población general

Trastorno	Prevalencia hallada en los estudios (%) (Weyrauch et al)	Prevalencia en población general (%)	Diferencia (%)
TDAH	50,2	5,0	45,2
Discapacidad intelectual	23,0	1,0	22,0
Trastornos del aprendizaje	19,9	10,0	9,9
TOD	16,3	3,3	13,0
Depresión	14,1	3,5	10,6
Trastornos psicóticos	12,3	0,5	11,8
Trastorno bipolar	8,6	2,7	5,9
Trastornos de ansiedad	7,8	0,7	7,1
TEPT	6,0	4,0	2,0
TOC	4,9	1,2	3,7
Trastornos reactivos del vínculo	4,7	0,5	4,2
Prevalencia en población general (EEUU) estimada a partir del DSM 5 y datos del National Institute of Mental Health (NIMH). TDAH: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. TOD: Trastorno oposicionista desafiante. TEPT: Trastorno por estrés postraumático. TOC: Trastorno obsesivo compulsivo.			

Fuente. Tabla modificada de Weyrauch D et al: Comorbid mental disorders in fetal alcohol spectrum disorders: a systematic review. J Dev Behav Pediatr 38:283-291, 2017.

4. ENFOQUE PREVENTIVO DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL MEDIANTE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Hacer prevención del abuso de alcohol requiere modificar hábitos y costumbres de nuestros pacientes; esto, que parece sencillo...”se lo comento...y ya está”, se convierte en una lucha, sin un claro vencedor.

Si grabamos nuestras consultas, vemos como repetimos consejos, argumentos, persuasiones, con escasos resultados en cada visita. Al revisar estas grabaciones, vemos que el paciente se defiende, y utiliza adaptadores, porque está incómodo, y no te mira a la cara... ni nosotros ni el paciente lo pasamos bien, y además no conseguimos que modifique el hábito que “nosotros sabemos que tiene que cambiar”.

Si les preguntamos a los bebedores ¿por qué bebes?, nos contestan que, porque les gusta, les relaja, les estimula, comparten con los amigos, se relacionan... Casi todos argumentos emocionales y conductuales, pero muy escasos cognitivos. Y es básico saber esto: si nuestros pacientes beben por razones emocionales y conductuales, difícilmente nos harán caso si les ofrecemos argumentos cognitivos para dejar de hacerlo.

Se ha demostrado que la información, por sí misma, no es suficiente para cambiar conductas. Si saber las cosas fuera suficiente, ningún sanitario bebería alcohol, fumaría o estaría obeso...

La motivación sería un estado interno de disposición o ansia para efectuar una conducta (p.ej. cambiar un hábito), y puede fluctuar de una situación a otra, o puede ser modulada e influenciada por factores internos y externos. Por eso es importante utilizar la Entrevista Motivacional (EM), que es aquella que intenta que el paciente se posicione hacia el cambio.

La EM se basa en la motivación, que es lo que dirige la conducta hacia algo. Jordi Cebrià decía que la motivación es como la gasolina de un coche. Con poca se puede arrancar bien, pero solo llegará a su destino si tiene el depósito bien lleno.

La EM es una entrevista centrada en la experiencia del consultante, y que busca que éste se posicione, y el profesional apoya y acompaña al paciente en su proceso de avance hacia conseguir su objetivo.

De forma académica, y para facilitar el estudio y la aplicación de estos principios, podemos dividir la EM en varias fases. Esta división no siempre se cumple, pero es recomendable tener el esquema presente (tabla 1).

Tabla 1. Resumen de tareas a realizar en cada etapa de la entrevista motivacional.

FASE	TAREAS
POSICIONAMIENTO	Priorizar
	Estadiar
	Explorar mapa de creencias
	Locus de control y ambivalencias
	Contradicciones del paciente
	Evitar resistencias por su parte
	Aumentar su sensación de autoeficacia
REFLEXIÓN	Incrementar el conflicto y/ contradicciones
ACCIÓN	Verbalizar la intención de cambio y prevenir recaídas
MANTENIMIENTO	Ayudar a mantener el cambio
	Prevenir recaídas
RECAÍDA	Si se produce, intentar que vuelva a fase de contemplación y no a precontemplativa
	Volver a incrementar autoestima y sensación de autoeficacia
	Evitar culpabilización
	Dar feed back

Al inicio de la EM, cuando ya se ha conseguido el clima colaborativo adecuado, hay que ayudar al paciente para que incremente su percepción sobre la conducta problema.

Para poder influir en el paciente es necesario establecer el punto motivacional donde se encuentra, es decir *posicionarlo*. Por esta razón, es necesario que tenga la oportunidad de expresar tan claramente como pueda sus preocupaciones, y con sus propias palabras.

Las HABILIDADES BÁSICAS que hemos de desarrollar para realizar EM son:

- **ESCUCHAR ACTIVAMENTE:** Estamos concentrados en lo que nos expresa el paciente.
- **HACER RESÚMENES (SUMARIOS):** De forma que el paciente sea consciente de sus propias ambivalencias (Por un lado... y por otro...).
- **REALIZAR PREGUNTAS ABIERTAS:** Que obliguen a elaborar las respuestas y no se puedan contestar con pocas palabras.
- **PEDIR PERMISO:** El paciente tiene que estar de acuerdo en tratar el tema que le proponemos (Si le parece bien, me gustaría que habláramos de...).
- **DAR APOYO:** Reforzar lo que está haciendo bien, y reconocerle los esfuerzos que hace.
- **DEMOSTRAR CONFIANZA:** El paciente debe conocer que estamos de su parte, que confiamos en él.

TRASTORNO del ESPECTRO ALCOHÓLICO FETAL

- **MANEJAR LA EMPATÍA:** Todos hablamos de empatía, pero el profesional desaprovecha el 80% de las oportunidades empáticas que ofrece el paciente.

Estudiando procesos de cambio en la población, Prochaska y Di Clemente, encontraron que las personas que consiguen una mejora en sus estilos de vida pasan a través de una serie de estadios de cambio. Cada estadio registra una actitud mental diferente y también implica un tipo de motivación diferente. Describieron los siguientes: precontemplación, contemplación, determinación, acción, mantenimiento y recaída.

Una de sus ventajas es que adapta las tareas del profesional al Estadio en que se encuentra el paciente.

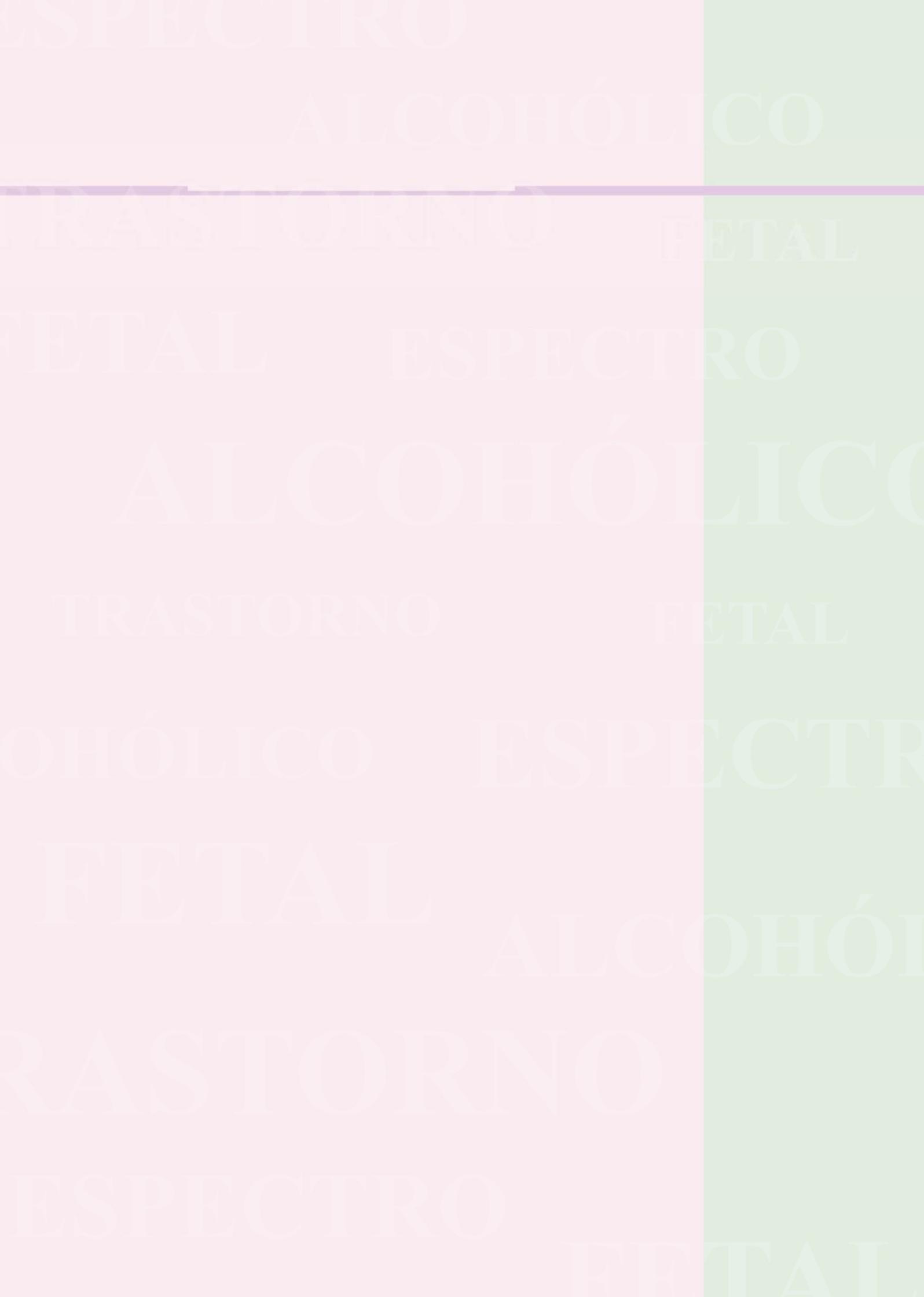
Fig. 1. Estadios del cambio



Desde este punto de vista, frecuentemente las resistencias aparecen cuando el profesional utiliza estrategias inadecuadas al estadio del paciente, o cuando no se utilizan correctamente.

Son **TECNICAS ÚTILES** para la Entrevista Motivacional:

- **Escucha reflexiva:** el profesional parte de la escucha activa, esto es, escuchar atentamente lo que se dice y cómo se dice, es una de las habilidades más difíciles de realizar. Por ella nos hacemos conscientes de lo que la otra persona no sólo nos está diciendo, sino de lo que nos quiere comunicar. Requiere una alta concentración por parte del profesional, ya que éste es quien tiene que decidir qué es relevante y qué no para reflejar (devolver) lo importante al paciente. El silencio funcional se convierte en un facilitador que permite al paciente continuar avanzando en sus razonamientos y motivaciones. Se puede reflejar la Escucha Reflexiva de diferentes maneras:
 - Repetir. La más simple reflexión repite lo dicho por el paciente.
 - Refrasear. El profesional casi repite lo que ha dicho el paciente pero utiliza sinónimos o modifica ligeramente lo dicho.
 - Parafrasear. Aquí el profesional capta el significado y se lo devuelve al paciente con otras palabras.
 - Señalamiento emocional. Es la forma más profunda de reflexión. Se reflejan emociones y sentimientos que el profesional percibe en el paciente.





Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD Y FAMILIAS