

## REVISIÓN

# “APEGADO A MÍ”: ANGUSTIA, VÍNCULOS AFECTIVOS Y PSICOPATOLOGÍA

(Rev GPU 2010; 6; 2: 172-185)

Alberto Botto<sup>1</sup>

Desde el nacimiento hasta la muerte el ser humano vive en medio de una matriz de relaciones intersubjetivas. En este contexto establece vínculos afectivos que son determinantes para el logro de un adecuado desarrollo psicobiológico y social. La teoría del apego entrega un marco conceptual que permite comprender la importancia de las relaciones tempranas que el niño establece con sus padres o cuidadores. La angustia es una experiencia interna que forma parte de una serie de sistemas emocionales que regulan la interacción en las relaciones de apego. Un fenómeno esencial en este proceso lo constituye la angustia de separación. Bajo ciertas circunstancias esta última puede devenir en patológica, favoreciendo la aparición de cuadros clínicos como el trastorno por ansiedad de separación, el trastorno de pánico y la agorafobia. Finalmente es necesario contar con una psicopatología interpersonal que incorpore, desde la mirada del desarrollo, la dimensión vincular en el origen de la enfermedad mental.

“La angustia es la reacción  
frente al peligro”

SIGMUND FREUD

“Aunque con el transcurso de los años la mayoría de los estudiosos ha llegado a la conclusión de que una de las causas principales de la ansiedad y la zozobra que experimenta el hombre es la separación de los seres amados, o la amenaza de separación, ha habido profunda renuencia a aceptar esta fórmula tan simple”

JOHN BOWLBY

Yo que todo lo he perdido  
ahora tiemblo de dormir.  
No resbales de mi brazo:  
¡duérmeme apegado a mí!

*Apegado a mí* (fragmento)

GABRIELA MISTRAL

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatría Oriente, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

## INTRODUCCIÓN

Desde el nacimiento hasta la muerte el ser humano vive en un contexto de relaciones interpersonales, estableciendo vínculos afectivos que guardan una estrecha relación con su desarrollo biológico, psicológico y social. En medio de esta matriz intersubjetiva el individuo genera representaciones mentales que están determinadas por la calidad de las relaciones de apego y que actúan como un eje alrededor del cual se organiza el mundo interno influyendo sobre la estructuración de la personalidad en sus diversas manifestaciones. Para John Bowlby la búsqueda de proximidad hacia el cuidador responde a una pauta de comportamiento innato basado en una serie de sistemas conductuales instintivos que siguen operando incluso en la vida adulta<sup>2</sup>.

Todo vínculo de apego oscila entre la necesidad de cuidado que se obtiene con la cercanía del progenitor y la búsqueda de nuevas experiencias que confirmen la autonomía y favorezcan el crecimiento. Pero, ¿de qué manera se alcanza este delicado equilibrio?

Si se considera a las emociones como modalidades de percepción dirigidas internamente y que, por lo tanto, informan sobre el *estado* (subjetivo) de la persona, entonces es posible darle un sentido –en otras palabras, una función– a aquella experiencia que denominamos angustia y que en el modelo del apego se manifiesta de una manera particular: la angustia de separación.

El propósito de este trabajo es delimitar el ámbito en el que se inscribe la angustia de separación, su importancia en los vínculos de apego, su relación con el desarrollo normal y, por último, con el origen de algunas manifestaciones psicopatológicas como el trastorno de pánico y la agorafobia.

## SISTEMAS EMOCIONALES

Desde las primeras aproximaciones científicas al estudio y clasificación de las emociones –cuyo principal exponente fue William James, hace más de cien años– hasta las teorías más contemporáneas, pasando por las notables contribuciones de Papez y MacLean –quien describió el *cerebro triuno* y consolidó el concepto de *sistema límbico*– aún persiste la controversia respecto a la definición y la naturaleza de los estados emocionales.

Para Jaak Panksepp<sup>3</sup>, desde un punto de vista neurobiológico, los afectos surgen de la interacción de

complejos sistemas emocionales organizados en redes y circuitos neuronales cuyas principales características son:

1. Los circuitos neuronales se encuentran genéticamente determinados y están diseñados para responder incondicionalmente frente a estímulos provenientes del medio ambiente.
2. Estos circuitos controlan y organizan una diversidad de conductas por medio de la activación o inhibición de subrutinas motoras y cambios neurohormonales que tienen una función adaptativa en el desarrollo evolutivo de la especie.
3. Los circuitos son capaces de modular la sensibilidad de los sistemas sensoriales que son relevantes para las secuencias conductuales que se han activado.
4. La actividad neural de los sistemas emocionales es capaz de perdurar luego de que el estímulo precipitante haya cesado.
5. Estos sistemas pueden ser modulados por estímulos ambientales emocionalmente neutros (“*inputs cognitivos*”).
6. Los circuitos interactúan recíprocamente con mecanismos cerebrales relacionados con la elaboración de funciones cognitivas complejas y la conciencia.

Los cuatro sistemas emocionales más estudiados son:

1. Sistema de Búsqueda (SEEKING): Promueve la exploración y la elaboración de planes conductuales para lograr diversos objetivos y metas con la finalidad de satisfacer algún deseo (hambre, sed, reproducción sexual, etc.). En humanos se relaciona con la energía, la motivación y la curiosidad –incluyendo la de tipo intelectual–. Con los años este sistema tiende a disminuir su actividad, lo que, desde un punto de vista psicopatológico, se relaciona también con la depresión. Por el contrario, su hiperactividad se asocia con estados de exaltación psicomotora tal como ocurre en distintos tipos de psicosis dentro de las que se encuentran la esquizofrenia y la manía. Funcionalmente se relaciona con la actividad dopaminérgica en diversas regiones cerebrales, dentro de las que se cuentan: área ventrotectal anterior, núcleo *accumbens*, amígdala, giro cingulado anterior, corteza prefrontal e hipotálamo dorsolateral.
2. Sistema de rabia (RAGE): Regula las conductas hostiles y agresivas que surgen habitualmente en respuesta a una frustración. Este sistema se inhibe

<sup>2</sup> Bowlby J. *El Apego*. Paidós, Buenos Aires, 2009.

<sup>3</sup> Panksepp J. *Affective Neuroscience. The foundations of human and animal emotions*. Oxford University Press, New York, 2005.

recíprocamente con el sistema de búsqueda y es activado por el sistema de miedo. Se relaciona con la amígdala, partes del hipotálamo y la sustancia gris periacueductal. Su hiperactivación patológica puede observarse como consecuencia de tumores o lesiones cerebrales de origen traumático.

3. Sistema de miedo (FEAR): Desde un punto de vista evolutivo su funcionamiento tiene como meta asegurar la sobrevivencia frente a situaciones de peligro a través de conductas de congelamiento (*freezing*) y de escape. Se relaciona con la amígdala central y lateral, el hipotálamo medial y anterior y con la sustancia gris periacueductal. Su neurotransmisor más significativo es el GABA y, farmacológicamente, es el sitio específico de acción de las benzodiazepinas.
4. Sistema de pánico (PANIC): Regula las conductas de apego, la angustia de separación y los vínculos sociales. Es activado por el sistema de miedo y es inhibido por los de búsqueda y rabia. Anatómicamente se relaciona con el giro cingulado anterior, núcleos talámicos e hipotalámicos, área ventro- tegmental anterior y sustancia gris periacueductal. Los neurotransmisores involucrados en su funcionamiento son la prolactina, oxitocina y los opioides endógenos.

Además de estos sistemas –organizados en torno a motivaciones básicas y primitivas– en los mamíferos se han descrito otros, más sofisticados, que se activan en distintos momentos del ciclo vital y son aquellos que se relacionan con el deseo sexual (LUST), cuidados maternos (CARE) y los juegos bruscos (PLAY).

## EL SISTEMA DE PÁNICO

Evolutivamente, la capacidad de establecer vínculos afectivos que aseguren la sobrevivencia y favorezcan el desarrollo, se equipara en importancia a otras motivaciones vitales como la búsqueda de alimentos o la huida frente al peligro. Esto fue lo que René Spitz observó en su ya clásico análisis del cuidado en niños institucionalizados. Aunque este fenómeno se ha descrito en una diversidad de especies –desde las aves a los primates–, hoy existe una amplia aceptación respecto a la idea de que los mamíferos heredan un sistema psico-conductual que media la creación de lazos sociales así como también una serie de emociones relacionadas con este fenómeno dentro del complejo espectro que va desde la cercanía hasta la separación.

El sistema de PÁNICO es aquel dispositivo neurobiológico que le informa al individuo acerca del estado

de su ambiente social y regula la formación de vínculos con otros individuos. Este sistema deriva, en parte, de circuitos neurales relacionados con el dolor y es el mediador de todos los fenómenos que se organizan en torno a la angustia de separación. Desde la vertiente de la psicopatología se ha relacionado con las crisis de pánico, la depresión y el autismo<sup>4</sup>. Se activa específicamente cuando el animal es separado de su cuidador o del entorno protegido y puede ser evaluado de diversas maneras, especialmente a través de las *llamadas de separación* o *vocalizaciones de angustia* que emiten las crías, medidas a través del estudio del espectro del sonido. En animales libres cuando el sistema se estimula por primera vez produce comportamientos de búsqueda, lo cual, evolutivamente, se presume que aumenta las probabilidades de encontrar a la madre (o de ser encontrado); sin embargo, después de un tiempo se produce un aislamiento del ambiente (en forma similar a lo que ocurre clínicamente en una persona con depresión) lo que podría estar relacionado con el hecho de que no es seguro buscar a la madre durante un periodo prolongado por el riesgo de exponerse a los ataques de los depredadores.

Neurobiológicamente, el sistema que regula los vínculos sociales está conformado por una compleja red funcional donde se han involucrado una serie de estructuras y sustancias dentro de las cuales destacan las vías del dolor –moduladas por los opioides endógenos–, la oxitocina y la prolactina, entre otras<sup>5,6</sup>. La separación de un objeto amado activa el sistema de PÁNICO lo que reduce la actividad de los opioides en esta región cerebral y –literalmente– produce dolor. De esta manera los animales aprenden (por medio de una estrategia de refuerzo) a mantener la cercanía y la proximidad.

Para Panksepp, el estudio detallado de los mecanismos cerebrales que generan la angustia de separación son la principal vía para comprender la naturaleza biológica de los vínculos sociales. Postula que el componente afectivo del sistema que regula los vínculos de apego en el cerebro de los mamíferos es de tipo dicotómico: por un lado se encuentran las conductas y sentimientos relacionados con la angustia de separación y,

<sup>4</sup> Solms M, Turnbull O. *El cerebro y el mundo interior. Una introducción a la neurociencia de la experiencia subjetiva*. Fondo de Cultura Económica, Bogotá, 2004.

<sup>5</sup> Tops M, Van Peer J, Korf J, Wijers A, Tucker D. Anxiety, cortisol and attachment predict plasma oxytocin. *Psychophysiology*, 2007; 44: 444-449.

<sup>6</sup> Insel T. A neurobiological basis of social attachment. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 726-735.

por otro, los relacionados con el confort y la recompensa social. Éstos se encontrarían bajo el comando de mecanismos primitivos relacionados con la búsqueda de contacto, la regulación del dolor y la termorregulación.

Los opioides cerebrales fueron las primeras moléculas que se describieron como potentes reductores de la angustia de separación. La b-endorfina –que interactúa con el receptor *mu*– es el opioide endógeno que posee la mayor capacidad de aliviar la angustia de separación y se la ha relacionado con diversas formas de vínculo afectivo incluidos los cuidados parentales, el amor sexual y el erotismo.

Neuroanatómicamente el sistema de PÁNICO está representado por el diencefalo medial, especialmente por el tálamo dorsomedial. Además se ha vinculado con otras áreas como la *stria terminalis*, el giro cingulado anterior, la amígdala y el hipotálamo, existiendo una correlación entre este sistema y aquellos relacionados con el factor liberador de corticotrofina<sup>7</sup> (que es un potente activador de vocalizaciones de angustia en animales) y la b-endorfina. Además de los opioides (cuyo aumento disminuye el deseo de socialización), otros neuropéptidos que se han estudiado son la oxitocina y la prolactina (ambas claramente promotoras de las conductas de apego). Se piensa que el neurotransmisor que comandaría la función del sistema de PÁNICO es el glutamato que al activar su receptor aumenta intensamente las vocalizaciones de angustia, mientras que su bloqueo las disminuye.

Finalmente, se ha planteado que la formación de vínculos sociales implica, por una parte, la capacidad del individuo de experimentar angustia de separación en momentos de aislamiento y de bajo soporte social y, por otra, de experimentar un nivel de confort luego del restablecimiento de la relación.

## EL APEGO

John Bowlby, partiendo desde el psicoanálisis, pero basado en la etología y en la teoría de la evolución –de hecho, una de sus últimas publicaciones fue una biografía sobre Charles Darwin– concluyó, a través de su trabajo como psiquiatra infantil, que la psicopatología se originaba en experiencias reales de la vida interpersonal. Su propósito fue desarrollar un paradigma psicoanalítico que permitiera integrar de mejor manera

la observación clínica con la explicación conceptual. Planteó que la tendencia del niño a formar un vínculo fuerte y fundamental con una figura materna forma parte de una herencia arcaica, cuya función es asegurar la supervivencia de la especie, y que esta tendencia es relativamente independiente de la oralidad y de la alimentación. Sus ideas contrastaron con las posturas psicoanalíticas del momento, influidas por los escritos de Melanie Klein, que le otorgaban una especial importancia a la fantasía y los procesos intrapsíquicos como motores de la vida emocional normal y patológica<sup>8</sup>.

Para Bowlby la *teoría del apego* es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas y un intento por explicar la multiplicidad de reacciones emocionales y fenómenos clínicos que surgen como consecuencia de la separación y la pérdida afectiva. Después de la segunda guerra mundial Bowlby se hizo cargo del departamento de niños de la Clínica Tavistock, y a comienzos de la década de 1950 la Organización Mundial de la Salud le pidió que se ocupara de estudiar los efectos en los niños que perdieron a sus familias y quedaron sin hogar, debiendo ser acogidos por hospitales e instituciones. Los resultados de sus estudios le permitieron corroborar la importancia de los cuidados parentales durante los primeros años de vida en la salud mental del individuo. Observó que uno de los aspectos más importantes era la permanencia de una relación íntima y cercana con un cuidador que podía ser la madre, el padre o un sustituto. Además, concluyó que la tendencia del niño a formar un vínculo fuerte con el cuidador tenía un fundamento filogenético relacionado con la supervivencia de la especie y era independiente de la oralidad y de la alimentación.

El apego puede definirse como una conducta innata, biológicamente determinada, que forma parte de una serie de sistemas motivacionales y cuyo eje organizador es la búsqueda de proximidad con una figura significativa que otorgue seguridad y protección (habitualmente los progenitores o algún cuidador cercano) a través de la cual se desarrolla un vínculo afectivo.

Desde un punto de vista evolutivo, la conducta de apego mejora la supervivencia del recién nacido al protegerlo del daño frente a las adversidades ambientales, los ataques de los demás, la separación del grupo y la muerte por inanición. Por lo mismo, el sistema de apego es altamente sensible a las señales de peligro, actuándose no sólo ante situaciones externas de amenaza

<sup>7</sup> Quirin M, Pruessner J, Kuhl J. HPA system regulation and adult attachment anxiety: Individual differences in reactive and awakening cortisol. *Psychoneuroendocrinology*, 2008; 33: 581-590.

<sup>8</sup> Marrone M. *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Editorial Prismática. Madrid, 2001.

sino también frente a la posibilidad de una separación del cuidador más cercano lo que se asocia frecuentemente con una experiencia interna de angustia.

Sin embargo, la búsqueda de proximidad y el establecimiento de un vínculo afectivo, además de otorgarle al individuo una ventaja evolutiva, favorece el desarrollo de una relación intersubjetiva que será fundamental en la organización de su funcionamiento cerebral y la estructuración de su mente, su personalidad y su capacidad para, más tarde, establecer otras relaciones en la vida social<sup>9</sup>.

Las transacciones emocionales que se dan al interior de los vínculos de apego le permiten al niño regular sus estados afectivos a través de las respuestas que recibe de sus progenitores modulando aquellos sentimientos más disruptivos como el miedo, la rabia, la ansiedad y la tristeza y potenciando aquellas experiencias que le otorguen un sentido de coherencia interna, seguridad y confianza en lo que Bowlby denominó una *base segura*.

El tipo de interacción que el niño establece con los padres se organiza alrededor de representaciones mentales de la relación que configuran lo que se ha denominado un *modelo operativo interno del self y del otro*. Estas experiencias son codificadas como esquemas mentales o modelos de funcionamiento que quedarán almacenados bajo la forma de una memoria implícita y que más tarde podrán ser reactivadas en las distintas relaciones que se establezcan a lo largo de la vida. Es así como las conductas de apego continúan manifestándose durante todo el ciclo vital.

De esta manera, bajo el concepto de *neurobiología interpersonal*<sup>10</sup> se ha pretendido organizar el conocimiento que hoy en día se tiene acerca de las complejidades que existen en la interacción de la –por llamarla de alguna forma que enfatice la importancia de su integración– unidad mente/cerebro entre una persona y otra, tal como ocurre en el caso de un niño con su madre, una pareja de enamorados o un paciente y su terapeuta. Por lo tanto, las relaciones de apego no sólo tendrán una función en el resguardo de la sobrevivencia sino que además contribuirán con la creación y el desarrollo de todos los dominios del funcionamiento psicológico (mental) y neurobiológico (cerebral). Este fenómeno ha

sido descrito metafóricamente –parafraseando a Allan Schore– como aquel donde *el cerebro (derecho) de la madre construye el cerebro (derecho) del niño*<sup>11</sup>.

El niño en proceso de desarrollo utiliza la figura de apego –siendo más específicos, a su unidad mente/cerebro– para que le ayude a organizar sus propios estados mentales/cerebrales<sup>12</sup>. A través de la *respuesta sensible* del progenitor –es decir, su capacidad para reconocer, interpretar y responder adecuadamente a las demandas del niño– se produce en el vínculo una sintonía psicobiológica (también denominada *estado de resonancia mental*) que contribuye a fortalecer y mantener los procesos de regulación afectiva. Se piensa que uno de los sustratos de estos fenómenos –que se encuentran en el continuo que va desde la imitación hasta la forma de cómo entendemos a los otros, pasando por la capacidad de empatizar y mantener relaciones de intimidad amorosa– corresponde a la región orbitofrontal y al denominado sistema de neuronas en espejo (ubicado en la zona F5 de la corteza motora)<sup>13, 14, 15</sup>. De esta manera, y en forma progresiva, se adquiere la mentalización –es decir, la capacidad de entender las propias conductas y las de los demás en términos de estados mentales (como deseos, creencias, sentimientos y motivaciones)– lo que para muchos es uno de los logros más significativos del desarrollo<sup>16</sup> y en cuya falla se encuentra el origen de las manifestaciones psicopatológicas de una variedad de cuadros psiquiátricos, dentro de los cuales destacan los trastornos de la personalidad, específicamente la personalidad límite<sup>17, 18</sup>.

<sup>9</sup> Cozolino L. *The neuroscience of human relationships. Attachment and the developing social brain*. W.W. Norton & Company, New York, 2006.

<sup>10</sup> Siegel D. Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, "mindsight", and neural integration. *Infant Mental Health Journal*, 2001; 22(1-2): 67-94.

<sup>11</sup> Schore A. *Affect Dysregulation and Disorders of the Self/ Affect Regulation and the Repair of the Self* (two-volume set). WW Norton & Company, New York, 2003.

<sup>12</sup> Siegel D. *The Developing Mind*. The Guilford Press, New York, 1999.

<sup>13</sup> Rizzolatti G, Craighero L. The mirror-neuron system. *Annu. Rev. Neurosci.* 2004. 27: 169-92.

<sup>14</sup> Rizzolatti G, Sinigaglia C. *Las neuronas espejo. Los mecanismos de la empatía emocional*. Paidós, Barcelona, 2006.

<sup>15</sup> Iacoboni M. *Las neuronas espejo. Empatía, neuropolítica, autismo, imitación o de cómo entendemos a los otros*. Katz editores, Madrid, 2009.

<sup>16</sup> Allen J, Fonagy P, Bateman A. *Mentalizing in clinical practice*. American Psychiatric Publishing, Inc.; 1 edition, Washington D. C., 2008.

<sup>17</sup> Fonagy P, Gergely G, Jurist E, Target M. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. Other Press, New York, 2002.

<sup>18</sup> Choi-Kain L, Gunderson J. Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1127-1135.

Mary Ainsworth, colaboradora de Bowlby en la década de 1950 en la Clínica Tavistock, estudió la interacción madre-hijo durante el primer año de vida. En un contexto experimental al que se refirió como *situación extraña*, observó la respuesta del niño en momentos de separación y encuentro con su figura de apego al permanecer en una habitación en distintos momentos: con su madre, con su madre y una persona desconocida y solo con una persona desconocida. De esta manera Ainsworth describió y clasificó los patrones de comportamiento del niño en tres tipos a los que posteriormente se agregó un cuarto propuesto por Main y Solomon:

1. Apego Seguro: examina el recinto y los juguetes con interés, muestra señales de extrañar al progenitor (a quien prefiere por sobre el desconocido), y a menudo llora durante la separación. Saluda al progenitor activamente al momento del reencuentro y logra retomar el juego.
2. Apego Evitativo: no llora durante la separación, evita e ignora activamente al progenitor durante el reencuentro, no busca el contacto ni muestra señales emocionales de angustia o ira, centrándose en los juguetes o el ambiente durante todo el procedimiento.
3. Apego Ambivalente: puede mostrarse muy cauteloso o angustiado incluso antes de la separación, con escasa exploración; preocupado por el progenitor durante todo el procedimiento, puede parecer furioso o pasivo; no logra establecerse o reconfortarse luego del reencuentro y sigue llorando; no logra retomar el juego y la exploración tras el reencuentro. Junto al apego Evitativo conforman el subgrupo de Apego Inseguro.
4. Apego Desorganizado: muestra conductas impredecibles, desorientadas y erráticas en presencia del progenitor, sugiriendo un colapso temporal de las estrategias conductuales.

Los niños con apego seguro suelen tener padres emocionalmente disponibles, perceptivos y responsivos frente a las necesidades y estados mentales de sus hijos. En circunstancias donde se activa el sistema de apego (tal como ocurre en la *situación extraña*) estos niños buscan la proximidad su progenitor. Se estima que entre el 55% y el 65% de los niños en poblaciones no clínicas presentan un patrón de apego seguro.

Los padres emocionalmente indisponibles, no perceptivos o que muestran actitudes de rechazo se asocian con niños que se vinculan de un modo evitativo (20%-30%); es decir, ignorando la reaparición de sus progenitores en la *situación extraña*.

Cuando los padres están disponibles y son perceptivos, pero responden de forma incoherente e introducen sus propios estados mentales en los niños, éstos tienden a desarrollar un estilo de apego ambivalente (5%-15%). Se piensa que en ellos existiría una sobreactivación del sistema de apego donde la búsqueda de proximidad no concluye con el contacto con el progenitor. En la situación extraña parecen ansiosos, inquietos y habitualmente no vuelven a jugar luego del reencuentro.

Finalmente, cuando los padres muestran conductas francamente desorientadas, temerosas o agresivas desarrollan vínculos de tipo desorganizado (20%-40%). En la *situación extraña* los niños presentan una actitud errática e impredecible, aproximándose y rechazando al progenitor y en ocasiones entrando en un estado de pseudotrance, como "congelados" o paralizados.

Desde un punto de vista neurobiológico se ha visto que, en la relación con sus hijos, las madres con apego seguro muestran una mayor activación de regiones cerebrales relacionadas con la recompensa, incluyendo el *striatum* ventral, y regiones hipotálamo-hipofisarias asociadas con oxitocina. Además, la respuesta periférica de oxitocina frente al contacto con el niño es significativamente mayor en dichas madres y se correlaciona positivamente con una activación cerebral en ambas regiones<sup>19</sup>.

## EL ESTILO DE APEGO AMBIVALENTE

Como estado emocional motivador de conductas, la angustia se encuentra presente en todos los tipos de apego; sin embargo es en el ambivalente donde con mayor claridad es posible observar un comportamiento que pueda ser calificado como ansioso. Como se mencionó, en la *situación extraña* estos niños escasamente son tranquilizados por el progenitor ni vuelven inmediatamente al juego, llorando y mostrando alivio en forma alternada, pero, en definitiva, siendo muy difíciles de controlar. Ainsworth observó que los padres de estos niños se encontraban disponibles, eran sensibles y receptivos, pero mostraban una tendencia a invadir a sus hijos con sus propios estados mentales y emocionales, interfiriendo con el logro de una adecuada sintonía en

<sup>19</sup> Strathearn L, Fonagy P, Amico J, Montague P. Adult attachment predicts maternal brain and oxytocin response to infant cues. *Neuropsychopharmacology*, 2009; 34: 2655-2666.

la relación lo que, bajo la mirada de Stern, correspondería a una falla en el *entonamiento afectivo*<sup>20</sup>.

A lo largo de la vida cada persona oscila invariablemente entre dos polaridades de la experiencia interpersonal: por un lado, la búsqueda de proximidad y cercanía con los demás y, por otro, la necesidad de mantener la independencia y la autoafirmación. En la relación de apego es esencial que el adulto reconozca en el niño estos distintos momentos con el objeto de saber cuándo es necesario aproximarse y cuándo mantener una distancia que le permita al niño desenvolverse de manera segura en un espacio personal de soledad y tranquilidad. En los estilos de apego ambivalente el adulto es incapaz de percibir y respetar estas necesidades naturales lo que se traduce en una intrusión de sus propios estados emocionales en la mente del niño ocasionando un quiebre en la sintonía emocional.

A diferencia de lo que ocurre con los niños evitativos (que aprenden a rechazar el estado mental de los padres y a desarrollar una estrategia de desactivación) un estilo de apego ambivalente obliga al niño a estar más preocupado por su propia angustia y a maximizar su atención hacia la relación (imprevisible) con su progenitor, experimentando una sensibilidad parental incoherente con elevados niveles de angustia que no son contenidos ni tolerados con facilidad.

Un patrón de comunicación imprevisible e intrusivo sumado a las continuas preocupaciones propias de los progenitores y una sensibilidad incoherente frente a las necesidades del niño es lo que, finalmente, se traduce en una falla de los mecanismos de regulación afectiva que son, como vimos, fundamentales para el desarrollo normal (y patológico) del individuo.

## ANGUSTIA, APEGO Y PSICOANÁLISIS

Las primeras aproximaciones de Freud a la comprensión de la angustia estuvieron muy influidas por explicaciones biológicas y mecanicistas que –desde el punto de vista *económico* del aparato psíquico– la relacionaban con el resultado de la descarga de excitación endógena de carácter sexual producto de la falla en el control de una acumulación de dicha tensión libidinal.

En el año 1926 Freud publica “Inhibición, síntoma y angustia”<sup>21</sup> donde, siguiendo el modelo *estructural*,

redefine la angustia como una forma de reacción del yo frente a la amenaza de una situación traumática. En ese momento diferencia la *angustia automática* de la *angustia señal* que, según Laplanche y Pontalis, correspondería a un “dispositivo puesto en acción por el yo, ante una situación de peligro, con vistas a evitar el ser desbordado por el aflujo de excitaciones”<sup>22</sup>. La angustia señal reproduciría en forma atenuada la reacción de angustia vivida en una experiencia traumática del pasado y permitiría poner en marcha los mecanismos de defensa.

Pero, ¿frente a qué peligro es la angustia una señal? Para Freud, las situaciones de peligro se resumen en cuatro: la pérdida de objeto en la niñez, la castración en la etapa fálica, las amenazas del superyó durante el periodo de latencia y, por último, la pérdida del amor del objeto.

Para Bowlby –quien fue vicepresidente de la Asociación Psicoanalítica Británica entre 1956 y 1961– lo que condicionaba la angustia (constituyéndose en el elemento organizador de la señal de peligro) era la amenaza de la pérdida del objeto. Sin embargo, sostenía que la teoría psicoanalítica de la angustia no alcanzaba a explicar las complejidades del vínculo entre el niño y su madre ni las intensas reacciones que clínicamente observaba en respuesta a la separación y la pérdida. Sugirió que la ansiedad de separación estaba determinada por el tipo de experiencia y el estilo de comunicación familiar que hacían que el niño se sintiera inseguro en sus relaciones de apego. Por lo tanto, señaló que la comprensión de la angustia de separación no progresaría sin incorporar la especificidad del vínculo con la madre.

Según Marrone, el modelo de Bowlby difiere del modelo de Freud en tres aspectos:

1. En el modelo de Freud el apego es secundario en relación con las gratificaciones oral y libidinal. Para Bowlby el apego es primario y tiene un estatus propio.
2. Según Freud, el niño se encuentra en un estado de *narcisismo primario*, cerrado frente a los estímulos externos. Bowlby, en cambio, plantea que desde el nacimiento el individuo se encuentra inmerso en un contexto intersubjetivo de reciprocidad relacional.
3. Mientras que para Freud la conducta pulsional es activada por un monto de energía que busca la descarga, para Bowlby es activada tanto por condiciones internas como externas cuando la función que cumple es requerida.

<sup>20</sup> Stern D. *El mundo interpersonal del infante. Una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Paidós, Buenos Aires, 2003.

<sup>21</sup> Freud S. Inhibición, síntoma y angustia. *Obras Completas*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2001.

<sup>22</sup> Laplanche J, Pontalis J. *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós, Buenos Aires, 2005.

Sin embargo, ambas teorías también presentan múltiples puntos de convergencia<sup>23</sup> –los que en la actualidad han sido ampliamente aceptados y validados tanto por la investigación empírica como conceptual–. Para Bowlby así como también para Freud la influencia del ambiente (ya sea a través de la privación afectiva, el trauma o la seducción) es fundamental para un adecuado desarrollo psicológico, especialmente durante los primeros años de vida, enfatizando el rol que cumple la relación con los progenitores. Hoy se acepta que la representación mental de la relación del *self* con el otro es determinante en la estructuración de la personalidad y el comportamiento interpersonal lo que podría equipararse con la idea de un *modelo de trabajo interno*. Finalmente se ha planteado que el concepto de mentalización (operacionalizado bajo término de *función reflexiva*) no difiere de otras ideas psicoanalíticas como la necesidad de reconocer el dolor y el sufrimiento de los otros –es decir, sus estados mentales– para alcanzar la posición depresiva (Melanie Klein), la función de continente (Bion) o la importancia de la comprensión *psicológica* del niño para la construcción de del *self* verdadero (Winnicott).

Recientemente Busch y Milrod<sup>24</sup> plantean que, desde el punto de vista psicodinámico, aquellas personas que desarrollan un trastorno de pánico presentan una mayor vulnerabilidad ocasionada por factores neurobiológicos (hipersensibilidad de los sistemas neurales relacionados con el miedo, donde la amígdala juega un rol central) y por un temperamento ansioso, los que durante la infancia, las haría más propensas a mantener vínculos de dependencia hacia sus progenitores en busca de seguridad. Este patrón relacional se caracteriza por la percepción del cuidador como alguien poco confiable, propenso al abandono y el rechazo. En respuesta a lo anterior, más la herida narcisista por la dependencia, surge la agresión –sentimiento que es experimentado como altamente peligroso debido al daño potencial que puede sufrir la figura de apego (de quien el niño depende)– lo que incrementa el temor frente a la pérdida y, por lo tanto, la dependencia. Este círculo vicioso se activa en la adultez cuando el individuo percibe una amenaza hacia la integridad de las relaciones más cercanas. En ese momento se activan la angustia

señal y los sistemas defensivos; sin embargo, dada la inmadurez de la primera, la intensidad de la amenaza y la desorganización ocasionada por la fantasía de daño antes mencionada, el yo es incapaz de manejar la angustia y se desencadena la crisis de pánico.

## LA ANGUSTIA DE SEPARACIÓN

La mayoría de los niños manifiesta algún grado de angustia al separarse de sus padres o cuidadores, especialmente cuando se ven enfrentados a situaciones nuevas y desconocidas. A esta reacción se la denomina angustia de separación (AS) y corresponde a un fenómeno esperable y absolutamente comprensible según las etapas del desarrollo psicobiológico normal del individuo.

Bowlby describe seis enfoques principales acerca de la AS<sup>25</sup>:

1. El primer modelo, es el propuesto por Freud y, como vimos, relaciona la aparición de angustia con la imposibilidad de descarga de la libido al separarse al niño de su madre.
2. La ansiedad de separación reproduce el trauma del nacimiento (Rank), prototipo de toda ansiedad posterior.
3. En ausencia de la madre el niño genera una respuesta (la ansiedad) tendiente a llamar su atención (relacionada con la teoría de la angustia señal).
4. La angustia aparece cuando la madre desaparece porque el niño cree que él la ha destruido o devorado por lo cual la ha perdido para siempre (*ansiedad depresiva*, según Melanie Klein).
5. Al proyectar su agresividad el niño interpreta el alejamiento de la madre como una forma de castigo y hostilidad (*ansiedad persecutoria*, según Melanie Klein).
6. La ansiedad es una respuesta primaria a la ruptura del vínculo de apego que une al niño con su madre (teoría del *apego frustrado*).

La teoría que propone Bowlby considera que la separación producida entre un niño pequeño y su figura de apego es de por sí perturbadora (porque amenaza su supervivencia) y proporciona las condiciones necesarias para que se experimente un miedo muy intenso. Como resultado de lo anterior, cuando el niño percibe una amenaza de separación, por medio de un aprendizaje asociativo surge en él la ansiedad.

<sup>23</sup> Fonagy P. *Attachment theory and psychoanalysis*. Other Press, New York, 2001.

<sup>24</sup> Busch F, Milrod B. Psychodynamic treatment of panic disorder. *Clinical and research Assessment*. En: Levy R, Ablon J. (eds.) *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy*. Humana Press, New York, 2009.

<sup>25</sup> Bowlby J. *La Separación*. Paidós, Buenos Aires, 2009.

A pesar de que la AS es una respuesta adaptativa y, como vimos, forma parte del desarrollo, en algunos niños la reacción emocional puede alcanzar una intensidad inusual que interfiere en su funcionamiento psicológico, familiar y social. En esos casos es muy probable que se trate de un trastorno por ansiedad de separación (TAS)<sup>26</sup>. Según el DSM-IV<sup>27</sup> (Tabla 1), el elemento central para el diagnóstico de este cuadro es “la aparición de ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado”.

La prevalencia del TAS se estima habitualmente entre el 3.5% y 5.4%; sin embargo muchos niños experimentan estados subclínicos que no cumplen con todos los criterios para establecer el diagnóstico<sup>28</sup>. Su curso suele ser variable; mientras algunos niños se recuperan completamente<sup>29</sup>, otros presentan una evolución donde los síntomas persisten hasta hacerse crónicos. En estos casos el riesgo de desarrollar algún trastorno ansioso en la adultez, específicamente un trastorno de pánico, es particularmente alto<sup>30</sup>. Incluso se ha postulado que el TAS correspondería a una forma e manifestación temprana del trastorno de pánico más que sólo un precursor o factor de riesgo.

Uno de los modelos etiopatogénicos más ampliamente aceptados para el TAS se basa en estudios sobre el rol que juegan los estilos de apego en el desarrollo psicobiológico. De esta manera, niños con apego inseguro muestran un elevado distrés frente a la separación y una gran dificultad para retomar la relación luego del reencuentro con sus padres, situación muy similar a la que se describe en quienes sufren un TAS. Como se mencionó más arriba, el tipo de vínculo que establecen quienes presentan este tipo de apego está determinado por padres poco disponibles e inconsistentes en su respuesta emocional lo que se traduce en señales

**Tabla 1**

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ANSIEDAD POR SEPARACIÓN (SEGÚN DSM-IV)

<p>A. Ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, concerniente a su separación respecto del hogar o de las personas con quienes está vinculado, puesta de manifiesto por tres (o más) de las siguientes circunstancias:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Malestar excesivo recurrente cuando ocurre o se anticipa una separación respecto del hogar o de las principales figuras vinculadas.</li> <li>2) Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las principales figuras vinculadas o a que éstas sufran un posible daño.</li> <li>3) Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso de lugar a la separación de una figura vinculada importante (por ejemplo, extraviarse o ser secuestrado).</li> <li>4) Resistencia o negativa persistente a ir a la escuela o a cualquier otro sitio por miedo a la separación.</li> <li>5) Resistencia o miedo persistente o excesivo a estar en casa solo o sin las principales figuras vinculadas, o sin adultos significativos en otros lugares.</li> <li>6) Negativa o resistencia persistente a ir a dormir sin tener cerca una figura vinculada importante o ir a dormir fuera de casa.</li> <li>7) Pesadillas repetidas con temática de separación.</li> <li>8) Quejas repetidas de síntomas físicos (como cefaleas, dolores abdominales, náuseas o vómitos) cuando ocurre o se anticipa la separación respecto de figuras importantes de vinculación.</li> </ol> <p>B. La duración del trastorno es de por lo menos 4 semanas.</p> <p>C. El inicio se produce antes de los 18 años de edad.</p> <p>D. La alteración provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico (laboral) o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>E. La alteración no ocurre exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno pospsicótico, y en adolescentes y adultos no se explica mejor por la presencia de un trastorno de angustia con agorafobia.</p>
---

equivocas hacia el niño sobre la manera de sentirse seguros en su ausencia y tolerar la separación. Por cierto, el tipo de vínculo establecido incluye los aspectos temperamentales del niño, relacionados con la biología y la herencia, que no sólo interactúan con la conducta de los padres sino que de alguna manera también la condicionan. Es así como niños que presentan un temperamento altamente ansioso pueden dificultar el desarrollo de una adecuada relación con sus cuidadores facilitando la aparición de respuestas poco empáticas.

<sup>26</sup> Masi G, Mucci M, Millepiedi S. Separation anxiety disorder in children and adolescents. *Epidemiology, diagnosis and management*. CNS drugs. 2001; 15(2): 93-104.

<sup>27</sup> American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4<sup>th</sup> ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 1994.

<sup>28</sup> Jurbergs N, Roth D. Separation Anxiety Disorder. *Pediatric Annals*. 2005; 34,2: 108-115.

<sup>29</sup> Kearney C, Sims K, Pursell C, Tillotson C. Separation anxiety disorder in young children. A longitudinal and family analysis. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2003; 32(4): 593-596.

<sup>30</sup> Casat C. Childhood anxiety disorders: a review of the possible relationship to adult panic disorder and agoraphobia. *J Anxiety Disord*. 1988; 2(1): 51-60.

Incluso hay estudios que indican que la influencia genética sería responsable del 47% de la varianza de los síntomas del TAS en comparación con los factores ambientales (21%)<sup>31</sup>.

Otra línea de estudio sobre el origen del TAS se ha dirigido a la forma en que los padres enseñan a sus hijos ciertas estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, se sabe que padres de niños con TAS presentan en un mayor porcentaje cuadros clínicos de ansiedad y depresión que aquellos con niños sin TAS<sup>32</sup>. Aunque los resultados no son concluyentes, existiría cierta agregación familiar para el TAS. Así, se ha visto que un alto porcentaje de padres de niños con TAS presentaron síntomas compatibles con el cuadro durante su infancia; por otra parte, niños diagnosticados con TAS juvenil tendrían un riesgo 11 veces mayor que la población general de tener al menos un progenitor con diagnóstico de TAS del adulto<sup>33</sup>. Estos padres –quienes probablemente experimentaron en su infancia una comunicación emocional incoherente e intrusiva configurándose un estilo de apego ambivalente– muestran hacia sus hijos una actitud preocupada cargada de ansiedad e incertidumbre, repitiendo un patrón relacional muy parecido al que vivió en su pasado. Es así como se produce lo que Fonagy ha denominado *persistencia transgeneracional de los patrones de apego*<sup>34</sup>.

Algunos estudios muestran que padres de niños ansiosos manifiestan hacia ellos conductas más controladoras y limitantes de la autonomía que aquellos padres de niños no ansiosos<sup>35</sup>. Cuando los padres presentan síntomas de angustia, evitación o depresión es menos probable que faciliten en el niño su incorporación a actividades sociales que favorezcan su socialización e inde-

pendencia. Cuando se comparan con niños no ansiosos aquellos que presentan TAS, fobia social o trastorno de ansiedad generalizada, funcionan en mayor proporción con un procesamiento cognitivo negativo, sobredimensionan las situaciones de riesgo y tienen menos confianza sobre sus capacidades para enfrentar el peligro<sup>36</sup>.

## ¿EXISTE LA ANGUSTIA DE SEPARACIÓN EN EL ADULTO?

La presencia de angustia de separación en el adulto sólo ha sido descrita recientemente<sup>37</sup>. Dos aspectos que continúan siendo controversiales se relacionan, por una parte, con la validez de su diagnóstico en aquella población y, por otra, con su origen, es decir, si su presencia se debe sólo a una continuación de los síntomas de la infancia o es posible plantear su aparición en la vida adulta como primera manifestación<sup>38</sup>.

Aunque muchos estudios muestran que un porcentaje elevado de casos de TAS remite antes de la adultez<sup>39</sup>, en ellos no existe un registro de seguimiento que evalúe la aparición de síntomas en el adulto (quien tendría la posibilidad de establecer nuevas relaciones de apego). Sin embargo, a pesar de ser cuestionados por la poca representatividad de sus muestras, algunos trabajos han demostrado la aparición de TAS en adultos sin antecedentes de síntomas durante su niñez<sup>40</sup>.

En un estudio publicado el año 2006, Shear *et al.*<sup>41</sup> encontraron que la prevalencia del TAS en niños y adultos fue de 4,1% y 6,6% respectivamente. Aproximadamente en un tercio de quienes fueron clasificados

<sup>31</sup> Feigon S, Waldman I, Levy F, Hay D. Genetic and environmental influences on separation anxiety disorder symptoms and their moderation by age and sex. *Behavior Genetics*, 2001; 31(5): 403-411.

<sup>32</sup> Last C, Francis G, Hersen M, Kazdin A, Strauss C. Separation anxiety and school phobia: a comparison using DSM-III criteria. *Am J Psychiatry*. 1987; 144(5): 653-657.

<sup>33</sup> Manicavasagar V, Silove D, Rapee R, Waters F, Momartin S. Parent-child concordance for separation anxiety: a clinical study. *J Affect Dis*. 2001 ; 65(201) : 81-84.

<sup>34</sup> Fonagy P. Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. Publicado en la revista electrónica *Aperturas Psicoanalíticas*: [www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistenciastransgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria](http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistenciastransgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria).

<sup>35</sup> Silverman W, Niederhauser D. Separation anxiety disorder. En: Morris T, March J. eds. *Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. 2<sup>nd</sup> ed. New York, NY: The Guilford Press, 2004: 164-188.

<sup>36</sup> Bogels S, Zigterman D. Dysfunctional cognitions in children with social phobia, separation anxiety disorder and generalized anxiety disorder. *J Abnorm Child Psychol*. 2000; 28(2): 205-211.

<sup>37</sup> Manicavasagar V, Silove D. Is there an adult form of separation anxiety disorder? A brief clinical report. *Aust NZ J Psychiatry*. 1997; 31: 299-303.

<sup>38</sup> Ollendick T, Lease C, Cooper C. Separation anxiety in young adults: a preliminary examination. *J Anxiety Disord*. 1993; 7: 293-305

<sup>39</sup> Costello E, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Arch Gen Psychiatry*. 2003; 60: 837-844.

<sup>40</sup> Manicavasagar V, Silove D, Curtis J, Wagner R. Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. *J Anxiety Disord*. 2000; 14: 1-18

<sup>41</sup> Shear K, Jin R, Meron A, Walters E, Kessler R. Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the national comorbidity survey replication. *Am J Psychiatry*. 2006; 163: 1074-1083.

como casos en la infancia (36,1%) la enfermedad persistió en la adultez; sin embargo la mayoría de los casos diagnosticados en la población adulta (77,5%) no tenían antecedente de TAS, manifestándose en ellos por primera vez. Además, el diagnóstico de TAS se asoció con la presencia de comorbilidad en más del 80% de los casos (tanto en niños como en adultos) y con una mayor alteración en el funcionamiento social y laboral. Además se ha visto que la AS no sólo se relacionaría con otros cuadros ansiosos o depresivos, sino también con la enfermedad bipolar<sup>42</sup>.

Los datos muestran que el TAS existe en la adultez y es más frecuente de lo que podría pensarse. Además, existe evidencia que apoya la idea de que, en dicha población, el cuadro podría iniciarse por primera vez sin haberse manifestado previamente durante la infancia. De ser así, ahora cabe la siguiente pregunta: el TAS de inicio en la adultez, ¿corresponde a una categoría patológica diferente a otras formas de angustia o, en cambio, es comprensible bajo una mirada dimensional del desarrollo?

El curso de las formas juveniles del TAS es poco claro. Para algunos investigadores, éste sería un factor de riesgo específico para el desarrollo de trastorno de pánico en el adulto<sup>43</sup> mientras que para otros lo sería para un amplio rango de trastornos de ansiedad<sup>44</sup>. Silove y Manicavasagar sugieren que el TAS del adulto correspondería a formas del TAS infanto-juvenil que persisten en el tiempo de acuerdo con la hipótesis de la continuidad<sup>45</sup>.

Siendo la angustia frente a la separación de las figuras de apego el hecho central en el TAS, es posible afirmar que en la medida que el individuo disponga de mayores recursos psicológicos y sociales, podrá manejar sus síntomas de forma más adaptativa. Por eso se ha

planteado que, a diferencia del niño y del adolescente quienes presentarían con mayor frecuencia síntomas físicos, en el adulto, el TAS se manifestaría más bien a través de síntomas emocionales y cognitivos.

Aunque aún persiste la controversia respecto a si el TAS en el adulto representa una categoría nosológica independiente de otros trastornos de ansiedad, la evidencia sugiere que su manifestación clínica estaría mejor representada por un patrón dimensional<sup>46</sup>. Sin embargo es importante considerar que aquellos adultos con síntomas de ansiedad de separación presentan mayores niveles de ansiedad y depresión comparados con adultos con otros trastornos de ansiedad<sup>47</sup>.

### APEGO Y PSICOPATOLOGÍA: EL TRASTORNO DE PÁNICO (TP)

No es casual que se haya utilizado el término PÁNICO para denominar aquel sistema emocional que regula los vínculos sociales. La hipótesis que subyace a esta elección plantea que las manifestaciones psicopatológicas del TP (dentro de las que se encuentran las crisis de pánico y los síntomas agorafóbicos) surgen a causa de una activación anómala de los mecanismos que modulan la angustia de separación.

Como ocurre con la mayoría de las enfermedades mentales, se postula que el TP está causado por la interacción de factores biológicos y ambientales que, en este caso, se traducirían en una alteración de la sensibilidad de las redes que regulan la respuesta al miedo donde participan estructuras como: corteza prefrontal, ínsula, tálamo, amígdala, hipotálamo, y sustancia gris periacueductal<sup>48,49</sup>.

El TP se ha relacionado con la AS de diversas maneras. Se piensa que ambos comparten un sustrato neurobiológico similar. Tanto en la AS como en el TP se ha descrito una mayor sensibilidad al CO<sub>2</sub> lo que estaría relacionado con factores genéticos e influido por la

<sup>42</sup> Pini S, Abelli M, Mauri M, Muti M, Iazetta P, Banti S *et al.* Clinical correlates and significance of separation anxiety in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 2005; 7: 370-376.

<sup>43</sup> Yeragani V, Meiri P, Bslon R, Patel H, Pohl R. History of separation anxiety in patients with panic disorder and depression and normal controls. *Acta Psychiatr Scand*. 1989; 79(6): 550-6

<sup>44</sup> Lipsitz J, Martin L, Mannuzza S, Chapman T, Liebowitz M, Klein D *et al.* Childhood separation anxiety disorder in patients with adult anxiety disorders. *Am J Psychiatry*. 1994; 151(6): 927-9.

<sup>45</sup> Silove D, Manicavasagar V, Drobny J. Associations between juvenile and adult forms of separation anxiety disorder: A study of adult volunteers with histories of school refusal. *J Nerv Ment Dis*. 2002; 190(6): 413-415.

<sup>46</sup> Silove D, Slade T, Marnane C, Wagner R, Brooks R, Manicavasagar V. Separation anxiety in adulthood: dimensional or categorical? *Comprehensive Psychiatry*. 2007; 48: 546-553.

<sup>47</sup> Silove D, Marnane C, Wagner R, Manicavasagar V, Rees S. The prevalence and correlates of adult separation anxiety disorder in an anxiety clinic. *BMC Psychiatry*. 2010, 10: 21. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/21>

<sup>48</sup> Katon W. Panic disorder. *N Engl J Med*. 2006; 354: 2360-7.

<sup>49</sup> Gorman J, Kent J, Sullivan G, Coplan J. Neuroanatomical hypothesis of panic disorder, revised. *Am J Psychiatry*. 2000; 157: 493-505.

pérdida parental temprana<sup>50</sup>. Por otra parte, no es casual que la imipramina (un fármaco reconocidamente antipánico) también se ha mostrado útil en el manejo del TAS<sup>51</sup>.

Cuando el niño comienza a caminar se activan los sistemas motivacionales relacionados con la búsqueda y exploración lo que, como es de esperar, entra en conflicto con el sistema de apego cuyo objetivo es asegurar la proximidad con el cuidador. De esta manera es de vital importancia la manera en que esta contradicción se resuelve en la relación del niño con su cuidador a través del delicado balance que se establece entre la activación/desactivación de las conductas de exploración por un lado y la activación/desactivación de las de apego, por el otro. Una vez configurado, el estilo de apego determinará y modulará tanto la forma de relacionarse en el presente como las expectativas que se tengan sobre los vínculos futuros. Los adultos con apego seguro serán capaces de establecer relaciones profundas y duraderas alcanzando importantes niveles de intimidad; por el contrario, quienes tengan un estilo de apego inseguro con mayor probabilidad presentarán dificultades en mantener relaciones afectivas debido, entre otros aspectos, a su extrema sensibilidad frente a la separación, las pérdidas y el rechazo.

De todas las formas de ansiedad, el TAS es el cuadro que más se relaciona con un estilo de apego ansioso. Diversos estudios sugieren una relación entre la disrupción del vínculo de apego en la infancia y el desarrollo de TP en la adultez<sup>52</sup>. En un estudio se observó que aquellos adultos cuyas madres murieron antes de sus 10 años de edad presentaron agorafobia con crisis de pánico siete veces más que aquellos sin historia de muerte materna<sup>53</sup>.

Clínicamente es posible constatar que los pacientes que presentan el diagnóstico de TP son especialmente sensibles a las separaciones (reales o temidas) y que la compañía de alguna persona significativa puede disminuir la sintomatología ansiosa, especialmente en los casos con un mayor componente agorafóbico. De hecho, dentro de los criterios diagnósticos para agorafobia es posible constatar la estrecha relación que existe entre los síntomas y la presencia de un conocido que ayude a soportarlos (Tabla 2).

**Tabla 2**

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE AGORAFOBIA  
(SEGÚN DSM-IV)

- |   |
|---|
| <p>A. Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa; mezclarse con la gente o hacer cola; pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.</p> <p>Nota: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.</p> <p>B. Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.</p> <p>C. Esta ansiedad o comportamiento de evitación no puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental como fobia social (p. ej., evitación limitada a situaciones sociales por miedo a ruborizarse), fobia específica (p. ej., evitación limitada a situaciones aisladas como los ascensores), trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., evitación de todo lo que pueda ensuciar en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con una situación altamente estresante o traumática) o trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de abandonar el hogar o la familia).</p> |
|---|

Bowlby planteó que la angustia y el temor que aparecen frente a la separación o la pérdida de una figura de apego son emociones que pueden considerarse completamente normales y adaptativas durante la infancia, la enfermedad, la vejez e incluso en el adulto sano. Sin embargo, la presencia de un apego inseguro

<sup>50</sup> Battaglia M, Pesenti-Gritti P, Medland S, Ogliari A, Tambs K, Spatola Ch. A genetically informed study of the association between childhood separation anxiety, sensitivity to CO<sub>2</sub>, panic disorder, and the effect of childhood parental loss. *Arch Gen Psychiatry*, 2009; 66(1): 64-71.

<sup>51</sup> Bernstein G, Borchardt C, Perwien A, Crosby R, Kushner M, Thuras P, Last C. Imipramine plus cognitive-behavioral therapy in the treatment of school refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000; 39(3): 276-83.

<sup>52</sup> Pacchierotti C, Bossini L, Castrogiovanni A, Pieraccini F, Soreca I, Castrogiovanni P. Attachment and panic disorder. *Psychopathology*. 2002; 35: 347-354.

<sup>53</sup> Tweed J, Schoenbach V, George L, Blazer D. The effects of childhood parental death and divorce on six-month history of anxiety disorders. *Br J Psychiatry*. 1989; 154: 823-828.

(especialmente de tipo ambivalente) predispone al individuo a desarrollar niveles de angustia más intensos y duraderos los que, en ocasiones, pueden presentarse bajo la forma de cuadros clínicos complejos como el TP y la agorafobia. Estos pacientes presentan una especial sensibilidad frente a las sensaciones corporales, lo que se traduce frecuentemente en interpretaciones erróneas de la propiocepción y la activación de respuestas de miedo sin que exista un estímulo externo concordante<sup>54</sup>.

Se piensa que este patrón cognitivo está conformado por experiencias del desarrollo caracterizadas por una interferencia en el comportamiento emocional autónomo –tal como ocurre en el caso de padres sobreprotectores y/o rechazantes– lo que obliga al niño a funcionar en un rango muy estrecho donde no existe tanta cercanía en el cuidado pero tampoco es tolerada la separación. Estos pacientes tienden a controlar de manera excesiva la interacción con los demás por medio de estrategias defensivas en torno a la evitación que impiden la elaboración adecuada de las sensaciones corporales en emociones y estructuras cognitivas. Es así como –mediante una desconexión cognitiva entre la respuesta emocional y el contexto relacional– las emociones negativas tienden a ser evocadas fácilmente a causa de conflictos interpersonales y en vez de ser pensadas y verbalizadas son expresadas a través de síntomas físicos como las crisis de pánico. Es por esto que muchos autores consideran el TP como un *trastorno del apego*.

Bowlby tempranamente observó que la sobreprotección materna jugaba un importante rol en la génesis de ansiedad de separación en el niño, luego de fobia escolar y, finalmente, de agorafobia en el adulto. Equiparando las manifestaciones clínicas de la agorafobia con las del rechazo escolar durante la infancia –que más adelante relacionó también con el duelo y la depresión–, describió tres tipos de interacción familiar presentes en ambas condiciones:

Pauta A: la madre (o el padre) sufre de ansiedad crónica respecto a sus figuras de apego y en el pasado retenía al paciente en el hogar para que le brindara compañía.

Pauta B: el paciente teme que pueda sucederle algo terrible a la madre (o al padre) mientras él se encuentra lejos, por lo que permanece en el hogar o insiste en ser acompañado al salir.

Pauta C: el paciente teme que pueda sucederle algo terrible si se aleja del hogar por lo que permanece en él con la finalidad de evitar que eso suceda.

Estudios más recientes han demostrado que la sobreprotección no estaría relacionada directamente con el TP sino más bien con la persistencia de ansiedad de separación en la vida adulta<sup>55</sup>. En un trabajo donde se evaluó el estilo de apego en pacientes con diagnóstico comórbido de TP, TP con agorafobia y TAS del adulto, se encontró una fuerte correlación entre el tipo de apego ansioso, la presencia de ansiedad de separación y el diagnóstico de TP con y sin agorafobia. Además se vio que aquellos pacientes con diagnóstico de TP (con o sin agorafobia) más TAS del adulto presentaban estilos de apego más aberrantes que aquellos sin TAS<sup>56</sup>.

Aunque se ha sugerido que la ansiedad de separación podría corresponder a un precursor específico de TP con y sin agorafobia<sup>57</sup>, la evidencia aún no es lo suficientemente sólida por lo que, actualmente, se considera que el TAS sería un importante –pero inespecífico– factor de riesgo para diversos trastornos mentales, como el ya mencionado TP, pero también para fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y otros cuadros no ansiosos, como la enfermedad bipolar, el trastorno por dolor y la dependencia de alcohol<sup>58</sup>.

## CONCLUSIONES

La angustia es un fenómeno que trasciende el hecho clínico y es constitutiva del ser humano. Luego del nacimiento, en las etapas más tempranas de la vida, la angustia opera dentro de un complejo sistema emocional relacionado con la capacidad de establecer un vínculo

<sup>54</sup> Bakker A, Spinhoven P, Van Balkom A, Van Dyck R. Relevance of assessment of cognitions during panic attacks in the treatment of panic disorder. *Psychother Psychosom.* 2002; 71: 158-161.

<sup>55</sup> Manicavasagar V, Silove D, Wagner R, Hadzi-Pavlovic D. Parental representations associated with adult separation anxiety and panic disorder-agoraphobia. *Aust NZ J Psychiatry.* 1999; 33: 422-428.

<sup>56</sup> Manicavasagar V, Silove D, Marnane C, Wagner R. Adult attachment styles in panic disorder with and without comorbid adult separation anxiety disorder. *Aust NZ J Psychiatry.* 2009; 43: 167-172.

<sup>57</sup> Silove D, Manicavasagar V, Curtis J, Blaszcynski A. Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder? A critical review. *Compr Psychiatry.* 1996; 37: 167-179.

<sup>58</sup> Brückl T, Wittchen H, Höfler M, Pfister H, Schneider S, Lieb R. Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: results from a community study. *Psychother Psychosom.* 2007; 76: 47-56.

cercano con una figura significativa que asegure la sobrevivencia y sea capaz de otorgar los cuidados necesarios para un adecuado desarrollo psicológico, biológico y social. La mentalización es una capacidad neuropsicológica que surge como un logro del desarrollo dado por una relación de apego seguro que determinará la forma en que el individuo se relacionará consigo mismo y con los demás y será crucial en la aparición de psicopatología a lo largo de la vida.

La teoría del apego entrega un modelo que permite integrar las vivencias tempranas del niño con el desarrollo posterior y su relación con la psicopatología en el contexto de una continuidad de la experiencia interpersonal<sup>59</sup>. Desde el punto de vista de la psicología evolutiva y de un modelo nosológico de tipo dimensional es posible plantear que las formas de presentación de la angustia están estrechamente ligadas con las etapas del ciclo vital. Dicha continuidad partiría desde un tipo de vínculo caracterizado por un apego inseguro (ambivalente) y las formas más básicas de la ansiedad de separación, pasando por su vertiente patológica (el TAS) hasta el trastorno de pánico, la agorafobia y otros cuadros psiquiátricos.

Tradicionalmente la angustia de separación –y su forma patológica, el TAS– se ha considerado como un fenómeno propio de la infancia. Sin embargo, cada día existe mayor evidencia que apoya lo que la observación clínica reconoce desde hace años: la angustia de separación representa un eje a través del cual es posible articular el tipo de vínculo de apego (ambivalente) y la aparición de psicopatología a lo largo del desarrollo.

Entendida de esta manera, la angustia de separación permite, además, fundamentar la necesidad de contar con una psicopatología interpersonal, basada en el desarrollo, que sea capaz de reconocer e incorporar en su programa la dimensión de la intersubjetividad.

Por otra parte, el estudio de las bases psicobiológicas del apego podría favorecer el desarrollo no sólo de intervenciones psicoterapéuticas específicas –como la *Intervención Breve Basada en el Apego* (cuya abreviatura en inglés es BABI) diseñada por Jeremy Holmes<sup>60</sup>– sino también el uso de nuevas estrategias farmacológicas. Ya vimos cómo la oxitocina, además de formar parte de los sistemas que regulan la angustia de separación y los vínculos sociales, está implicada en la etiopatogenia de otros cuadros como el autismo y la depresión<sup>61</sup>. Es así como la intensa inhibición de la angustia de separación y el aumento de la confianza social que se obtiene con oxitocinérgicos podrían apoyar su rol potencial en el tratamiento del duelo crónico o complicado, la fobia social, el autismo y la depresión<sup>62</sup>.

En el poema cuyo fragmento sirve de epígrafe para este trabajo una madre le habla a su hijo supuestamente recién nacido. Paradójicamente es ella quien solicita su cercanía, en un ruego teñido de angustia y desesperación. Sin embargo, algo se vislumbra en esos versos que provoca un profundo sentimiento de empatía y compasión. Y eso que nos hace comprender su dolorosa petición es, justamente, lo que no se nombra y permanece desconocido: la pérdida. Ya no su amenaza sino su consumación, aquello que olvidamos –que debemos olvidar– cada vez que nos dirigimos en busca de la base segura.

<sup>59</sup> Fonagy P. Target M. *Psychoanalytic Theories. Perspectives from developmental psychopathology*. Whurr Publishers, London, 2003.

<sup>60</sup> Holmes J. *Teoría del Apego y Psicoterapia. En busca de la base segura*. Desclée de Brouwer, Bilbao, 2009.

<sup>61</sup> Costa B, Pini S, Gabelloni P, Abelli M, Lari L, Cardini A, et al. Oxytocin receptor polymorphism and adult attachment style in patients with depression. *Psychoneuroendocrinology*, 2009; 34: 1506-1514.

<sup>62</sup> Panksepp J. Primary process affects and brain oxytocin. *Biol Psychiatry*, 2009; 65: 725-727.