

## **¿EXISTE UNA RELACIÓN ESPECÍFICA ENTRE LA ANSIEDAD POR SEPARACIÓN EN LA INFANCIA Y LA APARICIÓN POSTERIOR DE LOS TRASTORNOS DE PÁNICO Y AGORAFOBIA?**

Arturo Bados, Marta Reinoso y Núria Benedito  
*Universidad de Barcelona (España)*

### **Resumen**

Diversos autores han afirmado que el nivel elevado de ansiedad por separación en la infancia es un factor específico de riesgo para el trastorno de pánico (con o sin agorafobia). En la revisión realizada por Silove, Manicavasagar, Curtis y Blaszczynski (1996) estos autores concluyeron que ambos fenómenos están asociados, pero que los datos eran inconsistentes sobre si esta asociación era específica o existía también respecto a otros trastornos. Además, avanzaron la hipótesis de que el trastorno por ansiedad de separación en la infancia puede progresar a un trastorno equivalente en la adultez y predisponer al desarrollo del pánico. Debido a que desde entonces han surgido numerosos estudios sobre el tema, algunos de ellos prospectivos, llevamos a cabo una revisión crítica de los mismos. El análisis de los 28 estudios confirma la asociación entre ansiedad por separación y trastorno de pánico, pero plantea grandes dudas sobre la especificidad de esta relación. Por otra parte, el trastorno de ansiedad por separación se da en la adultez, pero su relación con el trastorno de pánico tampoco parece específica.

**PALABRAS CLAVE:** *Ansiedad por separación, trastorno de pánico, agorafobia, revisión.*

### **Abstract**

One persistent hypothesis in the literature is that heightened levels of early separation anxiety are a specific risk factor for developing panic disorder (with or without agoraphobia). In the review carried out by Silove, Manicavasagar, Curtis, & Blaszczynski (1996) these authors concluded that both phenomena were associated, but whether this association reflected a specific relationship or existed also in relation to other disorders was an issue that remained inconclusive. Moreover, they advanced the hypothesis of the possible persistence of early separation anxiety disorder into adulthood, rendering the sufferer vulnerable to panic. Since then, a

---

Con el apoyo del Departament d'Educació i Universitats de la Generalitat de Catalunya y del Fondo Social Europeo a Marta Reinoso.

*Correspondencia:* Arturo Bados, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología, Paseo Vall d'Hebron, 171, 08035 Barcelona (España). E-mail: abados@ub.edu

number of studies have investigated this question, some of them prospectively, so the present article aims to review them critically. The analysis of 28 studies confirms the association between separation anxiety and panic disorder, but it raises great doubts about the specificity of such relationship. Furthermore, separation anxiety disorder also exists in adulthood, but its relationship with panic disorder does not seem to be specific either.

KEY WORDS: *Separation anxiety, panic disorder, agoraphobia, review.*

## Introducción

Desde hace ya muchos años se ha planteado la hipótesis de que niveles elevados de ansiedad por separación en la infancia [ASI] o el trastorno de ansiedad por separación [TAS] suponen un factor específico de riesgo para el desarrollo del trastorno de pánico con o sin agorafobia [TP/AG] (véanse Bowlby, 1969, 1973; Klein, 1980; Petot, 2004; Sable, 1994). Según la teoría del apego de Bowlby y los postulados de Klein, la ansiedad por separación [AS] es un fenómeno evolutivo normal que puede llegar a ser patológico si se da una interacción entre una vulnerabilidad neurofisiológica (alteración biológica del sistema innato de apego) y la ocurrencia de ciertas experiencias tempranas, especialmente, la ruptura de los vínculos primarios (p.ej., a través de experiencias de separación, pérdida, amenaza de abandono, rechazo). El establecimiento de vínculos inseguros implica un conflicto entre autonomía y dependencia y favorece posteriormente el surgimiento de síntomas de pánico (afecto subyacente a la separación sin motivación consciente) y de conductas agorafóbicas de evitación que reflejan el miedo a separarse de las figuras de apego. El paso de la ASI patológica a los ataques de pánico propios del TP/AG se vería facilitado por procesos de desarrollo cognitivo que permitirían a la persona atribuir los síntomas somáticos a causas internas en vez de hacer simplemente atribuciones externas. De este modo, los ataques de pánico en el TP/AG serían la expresión *adulta* de la ansiedad que los niños experimentan al separarse de sus figuras de apego (Ollendick, 1998; Petot, 2004).

Silove, Manicavasagar, Curtis y Blaszczynski (1996) consideraron la hipótesis anterior y formularon además otras tres hipótesis que podrían dar cuenta de la relación entre ASI y TP/AG. De acuerdo con una segunda hipótesis, la relación entre ASI y TP/AG no es específica; es decir, la ASI patológica es un factor genérico de riesgo para los trastornos ansiosos y depresivos y no sólo para el TP/AG. O bien, es posible que la ASI sea sólo un aspecto de la vulnerabilidad temperamental no específica a los trastornos afectivos en la adultez. En este sentido, y siguiendo a Barlow (2002), los trastornos ansiosos y depresivos serían la consecuencia de la interacción entre una vulnerabilidad biológica (factores temperamentales con base genética) y una vulnerabilidad psicológica basada en experiencias de aprendizaje.

La tercera hipótesis sostiene que el trastorno de ansiedad por separación en la infancia [TASI] no se transforma en TP/AG, sino que puede persistir como un trastorno equivalente en la adultez, aunque con cambios en los síntomas debidos a la

maduración; por ejemplo, los síntomas pueden ser más sutiles y psicológicos que somáticos y conductuales y las figuras de apego ser más las parejas o los hijos que los padres. Este trastorno de ansiedad por separación en la adultez [TASA] sería un factor de vulnerabilidad para otros trastornos de ansiedad como el TP/AG. Más concretamente, en un artículo posterior Manicavasagar, Silove y Hazdi-Pavlovic (1998) especularon que las personas adultas con TAS pueden estar particularmente predispuestas a desarrollar síntomas graves de ansiedad y ataques de pánico cuando ven amenazados sus vínculos íntimos. De este modo, la relación entre ASI y TP/AG (y, posiblemente, otros trastornos de ansiedad), estaría mediada por la persistencia del TAS en la vida adulta (aunque este puede no ser detectado o ser erróneamente diagnosticado como TP/AG).

Las hipótesis comentadas hasta el momento consideran que la AS precede al desarrollo de TP/AG. Sin embargo, la cuarta hipótesis sostiene que, al menos en algunos casos, es posible que la AS sea una consecuencia, y no una causa, de los síntomas de pánico. Los ataques de pánico y el PD/AG se dan en la infancia (aunque, según parece, raramente) y con más frecuencia en la adolescencia (Craske, 1997; Moreau y Weissman, 1992; Petot, 2004); su expresión es similar en la adolescencia y la adultez, mientras que varía algo en la infancia, ya que predominan las atribuciones externas de los síntomas de pánico sobre las internas (Craske, 1997; Ollendick, 1998). Los niños podrían reaccionar a los ataques de pánico con comportamientos inseguros y otros síntomas de la AS, los cuales serían más visibles y, de este modo, enmascararían los síntomas de pánico. Que nosotros sepamos, esta cuarta hipótesis no ha sido investigada hasta el momento, de modo que no será abordada en la presente revisión.

### Revisión previa del tema

Silove *et al.* (1996) revisaron 21 estudios publicados hasta 1994 y uno de 1995 sobre la relación entre ASI y TP/AG. Sus principales resultados pueden resumirse así: a) excepto en un estudio, en el resto se halló una asociación entre ASI y TP/AG y b) los datos fueron inconsistentes sobre la especificidad de esta asociación. Por otra parte, sólo un 18-30% de los pacientes con TP/AG parecían haber presentado TASI (contra un 3-6% en los grupos normales). Esto muestra que la gran mayoría de los casos con TP/AG no parecen haber sido precedidos por TASI, lo que indica la existencia de otras vías de influencia en el desarrollo del trastorno. Además, es posible que el porcentaje de TASI esté sobrestimado, ya que fue obtenido a partir de pacientes en búsqueda de tratamiento y no de pacientes localizados en muestras comunitarias y que pueden no buscar tratamiento. Asimismo faltaría por determinar qué porcentaje de niños con AS terminan por desarrollar TP/AG.

Silove *et al.* (1996) señalaron también las siguientes limitaciones en los trabajos revisados: a) La inmensa mayoría de los trabajos presentaron importantes problemas metodológicos tales como muestras sesgadas, muestras pequeñas, falta de consistencia en la medición de la ASI y empleo de medidas no validadas de la ASI.

b) No hubo estudios longitudinales llevados a cabo con personas con TASI, sólo con niños con rechazo escolar. c) No hubo estudios relacionados con la tercera y cuarta hipótesis mencionadas anteriormente.

### **Objetivo y metodología del estudio**

Desde la revisión de Silove *et al.* (1996) han aparecido bastantes nuevos estudios relativos a la primera, segunda y tercera hipótesis antes descritas; además, algunos de ellos han sido longitudinales y unos pocos han evaluado prospectivamente la ASI. Parece pues importante llevar a cabo una nueva revisión de la bibliografía para comprobar si se ha logrado o no una mayor clarificación de la relación entre ASI y TP/AG.

Así pues, se llevó a cabo una búsqueda de los trabajos relevantes en las bases de datos *PsychINFO*, *Medline*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *PsycARTICLES*, *Current Contents*, *Psycodoc*, *ISOC* e Índice Médico Español. Los términos de búsqueda fueron «separation anxiety» en las bases en inglés y «ansiedad» y «separación» en las bases en español; se limitó el período temporal desde enero de 1995 hasta febrero de 2008. Posteriormente, se revisó la bibliografía de todos los trabajos encontrados para identificar nuevos estudios pertinentes. No se tuvo en cuenta el trabajo de Silove *et al.* (1995) que ya había sido considerado en la revisión de Silove *et al.* (1996), pero sí el de Ollendick, Lease y Cooper (1993) no incluido en esta.

Se localizaron un total de 28 estudios empíricos cuyas principales características (muestra, resultados, observaciones relevantes) aparecen resumidas en la tabla 1. En las observaciones se mencionan diversas limitaciones metodológicas que afectan a la interpretación de los resultados. A continuación, se revisarán estos resultados; primero los relativos a la primera y segunda hipótesis planteadas en la introducción, después los referidos a la tercera.

### **Estudios sobre la 1ª y 2ª hipótesis: la especificidad de la relación entre ASI y TP/AG**

#### *Estudios en que la ASI ha sido evaluada retrospectivamente*

Según la primera hipótesis, la ASI patológica es un factor específico de riesgo para el TP/AG, mientras que según la segunda, sería un factor de riesgo para diversos trastornos ansiosos y depresivos. Ambas hipótesis predicen que el nivel de ASI y la frecuencia de TASI serán mayores en pacientes con TP/AG que en personas sin trastornos, lo cual ha sido corroborado en diversos estudios (Bandelow *et al.*, 2001; Manicavasagar *et al.*, 1998; Peter, Brückner, Hand y Rufer, 2005; Seguí *et al.*, 1998; Silove, Manicavasagar y Drobny, 2002). También se ha observado diferencias significativas respecto a otros grupos control formados por pacientes quirúrgicos

**Tabla 1.**  
Estudios empíricos sobre la relación entre ansiedad por separación y pánico/agorafobia

Estudio	Muestra	Resultados	Observaciones
<i>Estudios en que la ASI ha sido evaluada retrospectivamente</i>			
Ollendick, Lease y Cooper (1993)	302 universitarios de primer semestre	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 6,6% presentaron TASA</li> <li>- 10% con TASA presentaron TASI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TASI y TASA evaluados mediante cuestionarios</li> </ul>
Battaglia, Bernardeschi et al. (1995)	235 adultos - 159 TP/AG - 76 GC (pacientes quirúrgicos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TP/AG &gt; GC en frecuencia de TASI (35,8% vs 7,9%)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestra clínica en busca de tratamiento</li> <li>- Criterios DSM-III-R</li> </ul>
Battaglia, Bertella et al. (1995)	362 pacientes - 231 TP/AG - 131 GC (pacientes quirúrgicos) 1.746 familiares de 1 <sup>er</sup> orden - 1.086 del grupo TP/AG - 660 del GC	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TP/AG &gt; GC en frecuencia de TASI (37,2% vs 13,0%)</li> <li>- TP/AG con TASI = TP/AG sin TASI en riesgo familiar de TP/AG (8,9% vs 7,1%)</li> <li>- Variables influyentes en el inicio temprano del TP/AG:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>· historia familiar de TP+AG</li> <li>· presencia de TASI</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestra clínica en busca de tratamiento</li> <li>- Criterios DSM-III-R</li> <li>- Insensibilidad del método de la historia familiar y sesgo hacia la homogeneidad diagnóstica dentro de la familia</li> <li>- Posibles errores al estimar la edad del surgimiento del TP</li> </ul>
Lewinsohn et al. (1997)	119 chicas adolescentes mayores seguidas 13,8 meses después de promedio - 12 TP/AG - 49 TASI - 16 TAE - 23 fobia específica - 19 fobia social	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TASI asociado con TP/AG (OR=5,4; IC=1,4-20,8), pero también a TAE (OR=7,7; IC=2,6-23,3) y fobia específica (OR=4,7; IC=1,7-13,2). No asociado a fobia social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestra epidemiológica pequeña</li> <li>- Criterios DSM-III-R</li> <li>- Diagnóstico a partir del adolescente</li> <li>- Examina comorbilidad a lo largo de la vida, no secuencialmente</li> <li>- No controla TP/AG comórbido en los otros trastornos</li> </ul>
Manicavasagar, Silove y Curtis (1997)	44 adultos reclutados a partir de medios de comunicación; su principal problema era la ansiedad por separarse de las figuras claves de apego	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 82% presentaron TASA</li> <li>- 61% con TASA presentaron TASI</li> <li>- TASA+ TASI &gt; TASA sin TASI en SASI (M=4,4 vs M=3,3)</li> <li>- 67% con TASA presentaron comorbilidad con TP/AG o AG y 65% con depresión mayor</li> <li>- 75% de los participantes con TASA y comorbilidad informaron que TASA había precedido a los otros trastornos</li> <li>- 92% de aquellos con TASA y comorbilidad con TP/AG o AG relacionaron los síntomas de TP/AG o AG con la AS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orden de aparición de los trastornos evaluado retrospectivamente</li> <li>- Criterios DSM-IV sólo para TASI</li> <li>- Validez provisional de la entrevista y cuestionario empleados para evaluar TASA</li> <li>- Muestra pequeña y sesgada. Personas inclinadas a respaldar síntomas de AS</li> <li>- Sin grupo de comparación</li> </ul>

**Tabla 1 (continuación)**  
Estudios empíricos sobre la relación entre ansiedad por separación y pánico/agorafobia

Estudio	Muestra	Resultados	Observaciones
Manicavasagar, Silove y Hadzi-Pavlovic (1998)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 210 adultos</li> <li>- 76 TP/AG</li> <li>- 45 TAG</li> <li>- 38 fobia específica</li> <li>- 21 fobia social</li> <li>- 17 DM</li> <li>- 50 GC no clínico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TP/AG (49%), TAG (42%), fobia específica (37%) y fobia social (52%), pero no DM (24%), &gt; GC (14%) en pertenencia a la categoría de ASI elevada (en contraposición a baja) según el SASI</li> <li>- Tras controlar la comorbilidad con TP/AG en los otros trastornos, sólo TP/AG estuvo significativamente asociado con la asignación a la categoría de ASI elevada (OR=2,7)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Criterios DSM-III-R</li> <li>- La distribución dicotómica de las puntuaciones en el SASI está por confirmar</li> <li>- Muestras de estudios anteriores, algunas de ellas pequeñas</li> </ul>
Seguí et al. (1998)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 300 adultos</li> <li>- 150 TP/AG</li> <li>- 30 TAG</li> <li>- 30 fobia social</li> <li>- 30 DM</li> <li>- 30 distimia</li> <li>- 30 GC no clínico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TP/AG &gt; GC en frecuencia de TASI (15,3% vs 3,3%)</li> <li>- TP/AG &lt; fobia social en frecuencia de TASI (15,3% vs 33,3%)</li> <li>- TP/AG=TAG, DM y distimia en frecuencia de TASI (15,3% vs 13,3%, 13,3% y 16,7%)</li> <li>- TASI predijo un inicio más temprano del TP/AG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ASI evaluada mediante familiares 1<sup>er</sup> grado</li> <li>- Muestra clínica en busca de tratamiento</li> <li>- Criterios DSM-III-R</li> <li>- Tamaño pequeño de grupos de comparación</li> <li>- No controla TP/AG comórbido en los otros trastornos</li> </ul>
Manicavasagar et al. (1999)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dos muestras: 71 adultos ansiosos con a) miedo a separarse de las figuras claves de apego o b) TP/AG</li> <li>- 1<sup>a</sup> comparación</li> <li>- 60 TASA y 11 sin TASA</li> <li>- 2<sup>a</sup> comparación</li> <li>- 42 TP/AG y 29 sin TP/AG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TASA &gt; sin TASA en SASI (M=3,8 vs M=2,4)</li> <li>- TP/AG=sin TP/AG en SASI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solapamiento entre los participantes asignados a la 1<sup>a</sup> y 2<sup>a</sup> comparación</li> <li>- 34 participantes reclutados por medios de comunicación</li> <li>- Entrevista en una muestra y cuestionario en la otra para diagnosticar TASA</li> </ul>
Hayward et al. (2000)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2.365 alumnos de secundaria. 15,4 años de media</li> <li>- Seguidos 3 años para estudiar los factores de riesgo de los primeros ataques de pánico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TASI igual de frecuente en los que tuvieron por vez primera ataques durante el seguimiento (16%) que en los que desarrollaron DM (9%), aunque más frecuente que en los que no desarrollaron ninguno de los dos problemas (6%)</li> <li>- Factores de riesgo para los ataques de pánico una vez controlada la DM pasada o actual (principal factor de riesgo): <ul style="list-style-type: none"> <li>. Si: afectividad negativa (HR)= 2,39; (C=1,1-4,7) y susceptibilidad a la ansiedad (HR = 1,04; (C=1,0-1,1)</li> <li>. No: historia de TASI y sexo femenino</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio longitudinal</li> <li>- TASI medido retrospectivamente</li> <li>- Muestra estudiantil grande</li> <li>- Criterios DSM-III-R</li> <li>- Baja fiabilidad test-retest de las medidas de ataques de pánico y TASI</li> </ul>

**Tabla 1 (continuación)**  
Estudios empíricos sobre la relación entre ansiedad por separación y pánico/agorafobia

Estudio	Muestra	Resultados	Observaciones
Manicavasagar et al. (2000)	Fase 1 31 adultos buscando tratamiento para TP/AG o TAG Fase 2 70 adultos buscando tratamiento para TP/AG (46) o TAG (24) - 32 TASA - 38 sin TASA	Fase 1: 48% presentaron TASA Fase 2: - TP/AG=TAG en TASA (52% vs 33%) - Cuestionario de ASA correlacionó con SASI ( $r=0,51$ ) - TASA > sin TASA en SASI ( $M=3,7$ vs $M=2,7$ ) - TASA=sin TASA en diagnóstico comórbido de TP/AG (75% vs 58%) y TAG (25% vs 42%) - Predictores de las puntuaciones en cuestionario de ASA: SASI (33%) y neuroticismo (16%)	- Validez provisional de la entrevista y cuestionario empleados para evaluar TASA - Asignación a TASA según cuestionario en fase 2 - Muestra clínica en busca de tratamiento - Grupos pequeños - Criterios DSM-IV sólo para TASA - No investiga si TASA precede a TP/AG y TAG y es un mediador
Bandlerow et al. (2001)	239 adultos - 115 TP/AG - 124 GC no clínico	- TP/AG > GC en frecuencia de TASI (22,6% vs 4,8%) - TP/AG > GC en el SASI ( $M= 12,1$ vs $M=7,9$ )	- Muestra clínica tratada - Criterios DSM-IV - Evaluadores no ciegos
Otto et al. (2001)	230 adultos - 97 Fobia social (sin TP/AG) - 133 TP/AG	- Fobia social=TP/AG en TASI (13% vs 10%)	- Muestra clínica en busca de tratamiento - Criterios DSM-III-R - Grupo TP/AG es de otro estudio
Cyranowsky et al. (2002)	111 adultos - 91 pacientes con trastornos ansiosos o depresivos - 20 GC no clínico	- 27,9% presentaron TASA - ASI correlacionó con ASA ( $r=0,63-0,77$ ) - ASI correlacionó con síntomas de TP+AG ( $r=0,46$ ) - ASA correlacionó con síntomas de TP+AG ( $r=0,54-0,63$ )	- Muestra clínica en busca de tratamiento - Criterios DSM-IV - No aplica criterio de malestar o interferencia al diagnosticar TASI y TASA
Silove, Manicavasagar, y Drobny (2002)	72 adultos reclutados por haber tenido miedo a ir a la escuela - 20 TASI - 52 sin TASI 83% presentaron trastornos de ansiedad o depresión	- 22% presentaron TASA - TP/AG > grupo sin trastornos en TASI (50% vs 0%) - TASI > sin TASI en frecuencia de TASA (60% vs 8%), TAG (50% vs 14%), TEPT (25% vs 6%) y casi en TP/AG (30% vs 12%), pero no en fobia específica ni depresión - (TAG, TEPT y/o TP/AG) con TASI > (TAG, TEPT y/o TP/AG) sin TASI en TASA (71% vs 0%) - TASA > grupo sin trastornos en SASI ( $M=5,1$ vs $M=3,5$ )	- Muestra sesgada - Grupo TASI pequeño - Criterios DSM-IV sólo para TASI

**Tabla 1 (continuación)**  
Estudios empíricos sobre la relación entre ansiedad por separación y pánico/agorafobia

Estudio	Muestra	Resultados	Observaciones
Hayward, Killen y Taylor (2003)	2.365 alumnos de secundaria. 15,4 años de media - 15 Miedo/evitación agorafóbicos en el último año (MAG) - 12 TP/AG en algún momento de la vida - 2.330 GC (sin MAG ni TP/AG)	- MAG > GC en TASI (27% vs 8%) - MAG=TP/AG en TASI (27% vs 18%) - TP/AG=GC en TASI (18% vs 8%)	- Muestra estudiantil - Grupos clínicos muy pequeños - Criterios DSM-III-R - Diagnóstico a partir del adolescente - Grupo TP/AG podía no presentar el trastorno actualmente - MAG no tiene por qué coincidir con AG
Wijeratne y Manicavasagar (2003)	86 personas mayores (62 a 87 años)	- 6% presentaron TASA - Cuestionario de ASA correlacionó con SASI ( $r=0,52$ ) - Puntuaciones altas en ASA estuvieron asociadas con una historia de trastornos de ansiedad y depresión	- Muestra en busca de tratamiento médico - Criterios DSM-IV
Biederman et al. (2005)	192 adultos remitidos - 131 TP/AG - 61 GC (sin trastornos ansiosos o depresivos) 645 adultos no remitidos - 58 TP/AG - 587 GC (sin trastornos ansiosos o depresivos)	Muestra remitida: - TP/AG > GC en TASI (20% vs 0%), TAE (38% vs. 2%), trastorno negativista desafiante (14% vs. 0%) y TDAH (10% vs. 0%) - TAE, TASI y trastorno negativista desafiante predicen, por este orden, TP/AG Muestra no remitida: - TP/AG > GC en TASI (16% vs 1%), TAE (21% vs. 3%) y fobia específica (29% vs. 8%) - TASI, fobia específica y TAE predicen, por este orden, TP/AG Ambas muestras: TASI predijo un inicio más temprano del TP/AG	- Trastornos en la infancia evaluados retrospectivamente - Criterios DSM-III-R - El GC de la muestra remitida fue realmente reclutado a partir de personal sanitario y anuncios
Kessler et al. (2005)	3.199 adultos	- TASA se asocia con similar fuerza al TP/AG que a otros trastornos ansiosos o depresivos (correlaciones tetracóricas de 0,39 vs 0,32-0,49)	- Muestra epidemiológica - Criterios DSM-IV - No controla TP/AG comórbido en los otros trastornos
Peter et al. (2005)	281 adultos - 42 AG (mujeres) - 115 TP/AG - 124 GC no clínico	- AG > GC en SASI ( $M=12,2$ vs $M=7,9$ ) y en eventos de separación en la infancia (55% vs 40%) - AG=TP/AG en SASI ( $M=12,2$ vs $M=12,1$ ) y en eventos de separación en la infancia (55% vs 57%)	- Grupo AG tratado hace años ( $M=6$ ) - Sólo mujeres en el grupo AG - Grupos TP/AG y GC son de otro estudio - Criterios DSM-IV



**Tabla 1 (continuación)**  
Estudios empíricos sobre la relación entre ansiedad por separación y pánico/agorafobia

<p>Pini et al. (2005)</p>	<p>112 adultos - 22 TB+TP/AG - 31 TB (sin TP/AG) - 24 TP/AG (sin otro trastorno ansioso o afectivo) - 20 DM (sin TP/AG) - 15 GC no clínico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TP/AG=GC y &lt; TB+TP/AG y TB en TASI (4% vs 0% vs 50% vs 26%)</li> <li>- TP/AG=GC y &lt; TB+TP/AG en TASA (12.5% vs 0% vs 59%)</li> <li>- TP/AG=GC y &lt; TB+TP/AG y TB en ASI (incluido SASI)</li> <li>- TP/AG &gt; GC y &lt; TB+TP/AG en ASA</li> <li>- Sin diferencias entre TP/AG y DM en ninguna medida</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestra clínica en busca de tratamiento</li> <li>- Tamaño pequeño de los grupos</li> <li>- Criterios DSM-IV sólo para TASI y TASA</li> <li>- Grupo TP/AG no representativo (sin otro trastorno ansioso o afectivo)</li> </ul>
<p>Biederman et al. (2006)</p>	<p>1.018 adultos - 58 TP/AG - 960 GC (sin TP/AG)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- De diversos trastornos infantiles y adultos, TASI, fobia social y fobia específica predicen, por este orden, la aparición subsecuente de TP/AG</li> <li>- TASI no predijo un inicio más temprano del TP/AG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastornos en la infancia y adultez evaluados retrospectivamente</li> <li>- Criterios DSM-III-R</li> </ul>
<p>Shear et al. (2006)</p>	<p>9.282 adultos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La prevalencia global del TASA fue 6,6% y la anual, 1,9%</li> <li>- 22,5% con TASA presentaron TASI</li> <li>- El 36,1% de las personas con TASI presentan TASA en la vida adulta</li> <li>- TASI y TASA se asocian con similar fuerza al TP/AG que a otros trastornos ansiosos o depresivos y con más fuerza que a trastornos conductuales y de uso de sustancias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Muestra epidemiológica</li> <li>- Criterios DSM-IV</li> <li>- Validez desconocida del módulo para evaluar TASI y TASA</li> <li>- No controla TP/AG comórbido en los otros trastornos</li> </ul>
<p>Brückl et al. (2007)</p>	<p>1.090 adolescentes de 14-17 años seguidos a los 20 y 42 meses de promedio</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TASI &gt; sin TASI en el riesgo de desarrollar subsecuentemente TP+AG (HR=18,1; IC=5,6-58,7), TEPT (HR=12,7; IC=3,1-51,8), trastorno obsesivo-compulsivo (HR=10,7; IC=1,7-66,1), TAG (HR=9,4; IC=1,8-48,7), fobia específica (HR=2,7; IC=1,0-7,6), trastorno bipolar (HR=7,7; IC=2,8-20,8), dependencia del alcohol (HR=4,7; 1,7-12,4) y trastorno por dolor (HR=3,5; IC=1,3-9,1)</li> <li>- Los resultados se mantuvieron tras controlar otros trastornos comórbidos previos al TASI</li> <li>- Tras controlar la comorbilidad con TP+AG, se mantuvo la asociación con todos los trastornos menos TAG, fobia específica y trastorno por dolor</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudio longitudinal</li> <li>- TASI medido retrospectivamente</li> <li>- Muestra comunitaria grande y aleatoria</li> <li>- Criterios DSM-IV</li> <li>- Diagnóstico a partir del adolescente</li> </ul>
<p>Seligman y Wuyek (2007)</p>	<p>190 jóvenes que iban a dejar su casa para ir por primera vez a la universidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 21% presentaron TASA según un cuestionario</li> <li>- Cuestionario de ASA correlacionó con SASI (r=0,30)</li> <li>- TASA &gt; sin TASA en SASI (M=3,11 vs M=2,06)</li> <li>- Cuestionario de ASA correlacionó con la frecuencia de ataques de pánico en las semanas previas a comenzar la universidad (r=0,13)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- TASA evaluado mediante cuestionario</li> </ul>

**Tabla 1 (continuación)**  
Estudios empíricos sobre la relación entre ansiedad por separación y pánico/agorafobia

Estudio	Muestra	Resultados	Observaciones
Klein (1995)	114 niños seguidos más de 15 años después, a la edad media de 27 años - 54 TASI - 60 GC comunitario	Estudios longitudinales en que la ASI ha sido evaluada prospectivamente - TASI > GC en TPAG (7% vs 0%), pero no en otros trastornos de ansiedad - TASI casi > GC en DM ( $p=0,10$ )	- Muestra clínica tratada - Criterios anteriores al DSM-III-R
Pine et al. (1998)	460 participantes de 9-18 años seguidos a los 2 y 9 años - 59 TASI - 100 TAE - 78 fobia específica - 58 fobia social - 23 DM - 142 rachas espontáneas de miedo	- TASI inicial no predijo TPAG, DM, TAG y fobia social en el seguimiento a los 9 años, pero sí fobias específicas (OR=3,8; IC=2,1-6,5) y rachas espontáneas de miedo (OR=3,6; IC=1,00-13,8) - Fobia social, TAE y rachas espontáneas de miedo en el inicio predijeron TPAG en el seguimiento a los 9 años - TASI en el seguimiento a los 2 años no predijo ningún trastorno ni rachas espontáneas de miedo en el seguimiento a los 9 años - DM, fobia específica y rachas espontáneas de miedo en el seguimiento a los 2 años predijeron TPAG en el seguimiento a los 9 años	- Muestra epidemiológica - Criterios DSM-III y DSM-III-R - Diagnóstico a partir del chico o padres - No controla TPAG comórbido en los otros trastornos - Duración del seguimiento escasa para detectar TPAG en muchos casos
Aschenbrand, Kendall y Webb (2003)	84 niños de 9 a 13 años, tratados y seguidos entre 5 y 9 años después (7,5 años de promedio) - 33 TASI (principal o secundario) - 35 TAG (sin TASI) - 16 Fobia social (sin TASI)	- TASI = sin TASI (pero con TAG o fobia social) en frecuencia de TP+AG en seguimiento (21,2% vs 13,7%) - TASI > sin TASI en frecuencia de TP+AG clínico o subclínico en seguimiento (33,3% vs 17,6%), pero pequeño tamaño del efecto - TASI tratado con éxito = TASI tratado sin éxito en frecuencia de TP+AG y TP+AG clínico o subclínico en seguimiento - TASI = sin TASI en la probabilidad de padecer TP+AG, TP+AG + DM, TAG y fobia social durante el seguimiento. En cambio, TASI > sin TASI en la probabilidad de padecer otros trastornos de ansiedad (OR=4,8; IC=1,9-12,3) durante el seguimiento	- Muestra clínica tratada - Pequeño tamaño de los grupos - Criterios DSM-IV - Sin grupo control no clínico - Duración del seguimiento escasa para detectar TP+AG - Diagnóstico en infancia a partir del informe de los padres; en el seguimiento, a partir del informe de padres o hijos
Bittner et al. (2007)	906 niños de 9, 11 y 13 años seguidos hasta los 19 años - 68 TASI - 35 Ataques de pánico	- TASI solo predijo TAS o TASI en el seguimiento (OR=6,2; IC=1,0-37,9), pero no ataques de pánico (espontáneos o no). Estos sólo fueron predichos por TAE (OR=14,1; IC=1,9-100,2)	- Muestra epidemiológica - Diagnóstico a partir del chico o padres - Duración del seguimiento escasa para detectar ataques de pánico en muchos casos

**Nota:** Todas las diferencias mencionadas en la tabla son significativas al menos a un nivel  $p < 0,05$ . AG=Agorafobia, AS=ansiedad por separación, ASI=ansiedad por separación en la infancia, ASA=ansiedad por separación en la adultez, DM=trastorno depresivo mayor, GC=grupo control, HR=hazard ratio, IC=intervalo de confianza del 95%, OR=odds ratio, SASI=Separation Anxiety Symptom Inventory, TB=trastorno bipolar, TDAH=trastorno por déficit e atención con hiperactividad, TAE=trastorno por ansiedad excesiva, TAG=trastorno de ansiedad generalizada, TASI=trastorno de ansiedad por separación en la infancia, TASA=trastorno de ansiedad por separación en la adultez, TEPT=trastorno por estrés posttraumático, TP/AG=trastorno de pánico con o sin agorafobia.

(Battaglia, Bernasdechi *et al.*, 1995; Battaglia, Bertella *et al.*, 1995) y personas sin trastornos ansiosos o depresivos (Biederman *et al.*, 2005), aunque no se controló la presencia de otro tipo de trastornos.

En todos los estudios de la presente revisión que han calculado el porcentaje de personas con TASI, éste ha oscilado entre 15% y 52% en el grupo TP/AG y entre 0% y 14% en el grupo control no clínico (29% en el grupo TP/AG contra 5% en el grupo control). Las personas con TP/AG no sólo han diferido del grupo control (sin trastornos ansiosos o depresivos) en la frecuencia de TASI, sino que también han presentado con mayor frecuencia trastorno por ansiedad excesiva y fobia específica (Biederman *et al.*, 2005).

En contraste con los estudios anteriores, Pini *et al.* (2005) no hallaron que un grupo con TP/AG difiriera de un grupo control no clínico en ASI o en TASI. Curiosamente, el grupo clínico no presentaba ningún otro trastorno ansioso o afectivo comórbido. En otros dos estudios (Hayward, Killen y Taylor, 2003; Manicavasagar, Silove, Wagner y Hadzi-Pavlovic, 1999) no hubo diferencias en ASI o TASI entre un grupo con TP/AG y un grupo control sin TP/AG. Sin embargo, cabe la posibilidad de que las personas de este último grupo pudieran tener otros trastornos de ansiedad o depresivos, en cuyo caso, la segunda hipótesis no predeciría diferencias. Además, en el estudio de Manicavasagar *et al.* (1999) la muestra estuvo compuesta por adultos con miedo a separarse de las figuras claves de apego, lo que pudo enmascarar las posibles diferencias; y en el estudio de Hayward *et al.* (2003), el tamaño del grupo clínico fue muy pequeño y además, un grupo con miedo y evitación agorafóbicos durante el último año sí que se diferenció significativamente del grupo control en el porcentaje de TASI.

Así pues, la inmensa mayoría de los estudios indican que los pacientes con TP/AG difieren de los grupos control en ASI y TASI. Sin embargo, determinar la especificidad de la relación requiere la comparación con otros grupos clínicos. Cuando esta comparación se ha llevado a cabo, las personas con TP/AG no han diferido, por lo general, de otros grupos con trastornos de ansiedad (p.ej., trastorno de ansiedad generalizada, fobia social, fobia específica), depresión mayor o distimia en la frecuencia con que ha presentado ASI elevada o TASI (Manicavasagar *et al.*, 1998; Otto *et al.*, 2001; Pini *et al.*, 2005; Seguí *et al.*, 1998). Estos resultados, obtenidos con muestras clínicas, no difieren de los de estudios epidemiológicos en los que se ha hallado que el TASI se asocia con similar fuerza al TP/AG que a otros trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (Lewinsohn, Zinbarg, Seeley, Lewinsohn y Sack, 1997; Shear, Jin, Ruscio, Walters y Kessler, 2006).

En tres de los estudios del párrafo anterior (Lewinshon *et al.*, 1997; Seguí *et al.*, 1998; Shear *et al.*, 2006), no se controló la presencia de TP/AG comórbido en el grupo clínico de control, por lo que podría aducirse que esto pudo haber enmascarado las posibles diferencias entre grupos. De hecho, cuando en el estudio de Manicavasagar *et al.* (1998) se controló la comorbilidad con TP/AG en los otros trastornos ansiosos y depresivos, sólo el TP/AG estuvo significativamente asociado con la asignación a la categoría de ASI elevada. Sin embargo, Otto *et al.* (2001) no hallaron que el TP/AG y la fobia social difirieran en TASI a pesar de que en el grupo con fobia social no había ningún paciente con TP/AG comórbido. Igualmente, Pini

*et al.* (2005) no hallaron diferencias entre los grupos de TP/AG (sin otro trastorno ansioso o afectivo) y depresión mayor (sin TP/AG) ni en ASI ni en TASI; más aún, un grupo con trastorno bipolar (sin TP/AG) puntuó más alto en ASI y presentó un mayor porcentaje de personas con TASI.

Los datos presentados hasta aquí parecen ir en contra de la especificidad de la relación entre TP/AG y ASI o TASI. En este mismo sentido, Biederman *et al.* (2005) hallaron tanto en pacientes remitidos como en adultos no remitidos que la aparición del TP/AG fue predicha no sólo por el TASI, sino también por el trastorno por ansiedad excesiva. Similarmente, considerando como predictores no sólo trastornos infantiles, sino también adultos, Biederman *et al.* (2006) encontraron que el TASI, la fobia social y la fobia específica predijeron, por este orden, la aparición subsecuente del TP/AG.

Dos estudios longitudinales arrojan algo más de luz sobre la cuestión, aunque, como el resto de investigaciones anteriores, la ASI fue evaluada retrospectivamente. Hayward, Killen, Kraemer y Taylor (2000) siguieron durante 3 años a 2.365 alumnos de secundaria para estudiar los factores de riesgo de los primeros ataques de pánico. No se hallaron diferencias significativas en TASI entre los que tuvieron por vez primera ataques durante el seguimiento (16%) y los que desarrollaron depresión mayor (9%). Cuando se controló la depresión mayor pasada o actual (principal factor de riesgo para los ataques de pánico), la historia de TASI, no fue un factor de riesgo para los ataques de pánico. Una limitación de este estudio es que hubo una baja fiabilidad test-retest de las medidas de ataques de pánico y TASI.

Brückl *et al.* (2007) siguieron a 1.090 adolescentes de 14-17 años a los 20 y 42 meses de promedio. Los adolescentes con TASI presentaron un mayor riesgo de desarrollar subsecuentemente trastorno de pánico con agorafobia (TP+AG) y, aunque ésta fue la asociación más fuerte, también tuvieron un mayor riesgo de desarrollar trastorno por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, trastorno bipolar, dependencia del alcohol y trastorno por dolor. No hubo diferencias en fobia social, depresión mayor, distimia, dependencia/abuso de drogas y trastornos alimentarios. Tras controlar la comorbilidad con TP+AG, se mantuvo la asociación con todos los trastornos menos trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica y trastorno por dolor. En otro estudio no longitudinal, las personas con TASI difirieron de aquellas sin TASI en la frecuencia con que presentaron trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés postraumático y, casi significativamente, TP/AG (Silove *et al.*, 2002).

### *Estudios en que la ASI ha sido evaluada prospectivamente*

Las investigaciones metodológicamente más fuertes para decidir entre las dos hipótesis en litigio son aquellas de tipo longitudinal en las que la ASI y el resto de variables han sido evaluadas prospectivamente. En la primera de las cuatro investigaciones existentes (Klein, 1995), 114 niños fueron seguidos más de 15 años después, a la edad media de 27 años. En el seguimiento, las personas con TASI

inicial difirieron de un grupo control comunitario en la frecuencia con que presentaron TP/AG (7% contra 0%), pero no otros trastornos de ansiedad; hubo también una tendencia a diferir en la frecuencia de depresión mayor. Los resultados de esta investigación contrastan con los de las otras dos. Pine, Cohen, Gurley, Brook y Ma (1998) siguieron 2 y 9 años más tarde a 460 participantes de 9-18 años con diversos trastornos de ansiedad o depresión mayor. La presencia de TASI inicial no predijo la ocurrencia de TP/AG (aunque el número de casos con este trastorno fue muy pequeño), depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada y fobia social en el seguimiento a los 9 años, pero sí la de fobias específicas y la de rachas espontáneas de miedo. EL TP/AG subsecuente sólo fue predicho por la fobia social, el trastorno por ansiedad excesiva y las rachas espontáneas de miedo en el inicio. Una limitación importante de este estudio es la escasa duración del seguimiento para poder detectar TP/AG en muchos casos, ya que la edad media de aparición de este último trastorno es 24-28 años.

Aschenbrand, Kendall, Webb, Safford y Flannary-Schroeder (2003) siguieron a 84 niños de 9 a 13 años un promedio de 7,5 años después. El grupo con TASI y el grupo sin TASI (pero con trastorno de ansiedad generalizada o fobia social) no difirieron en la frecuencia de TP+AG en el seguimiento (21% contra 14%). Tampoco hubo diferencias en esta variable en el seguimiento entre el grupo con TASI tratado con éxito y el grupo con TASI tratado sin éxito. Por último, el grupo con TASI y el grupo sin TASI no se diferenciaron en la probabilidad de padecer TP+AG, durante el seguimiento, pero sí en la probabilidad de padecer otros trastornos de ansiedad considerados conjuntamente. Similarmente al estudio anterior, la duración del seguimiento pudo ser escasa para detectar TP+AG, ya que este trastorno es poco frecuente antes de los 23 años.

Finalmente, Bittner *et al.* (2007) siguieron hasta los 19 años a 906 niños de 9-13 años con diversos trastornos. El TASI no predijo la ocurrencia de ataques de pánico (espontáneos o no) durante el seguimiento, pero sí la persistencia del TAS durante la adolescencia. En cambio, los ataques fueron predichos por el trastorno de ansiedad excesiva. Al igual que los estudios de Pine *et al.* (1998) y Aschenbrand *et al.* (2003), la duración del seguimiento fue escasa para detectar muchos casos de ataques de pánico que pueden aparecer más tarde.

En resumen, de los cuatro estudios longitudinales en que el TASI ha sido evaluado prospectivamente, en tres no ha predicho la ocurrencia del TP/AG o de los ataques de pánico.

### **Estudios sobre la 3ª hipótesis: la relación entre TASI y TP/AG mediada por el TAS adulto**

Varios estudios han puesto de manifiesto que la ansiedad por separación en la adultez [ASA] y el TASA son más frecuentes de lo que se creía. Los porcentajes de personas con TASA han variado ampliamente en función de la muestra: 6% en personas mayores de 60 años (Wijeratne y Manicavasagar, 2003), 6,6% en universitarios (Ollendick *et al.*, 1993) y 28-48% en pacientes adultos con trastornos ansio-

sos o depresivos (Cyranowsky *et al.*, 2002; Manicavasagar, Silove, Curtis y Wagner, 2000). En un estudio epidemiológico con 9.282 adultos de la población general, Shear *et al.* (2006) hallaron una prevalencia en algún momento de la vida del 6,6% y una prevalencia anual del 1,9%.

Como sería de esperar, según la tercera hipótesis, varios estudios han hallado correlaciones significativas ( $r=0,30-0,77$ ) entre ASI y ASA (Cyranowsky *et al.*, 2002; Seligman y Wuyek, 2007; Wijeratne y Manicavasagar, 2003). Paralelamente, los grupos con TASA han puntuado más alto que los grupos sin TASA en ASI (Manicavasagar *et al.*, 1999; Manicavasagar *et al.*, 2000; Seligman y Wuyek, 2007), especialmente si además habían padecido TASI (Manicavasagar, Silove y Curtis, 1997). Además, en el estudio de Silove *et al.* (2002), las personas con TASI presentaron TASA con más frecuencia (60%) que las personas sin TASI (8%). Finalmente, en el trabajo de Manicavasagar *et al.* (1997), el 61% de las personas con TASA habían padecido TASI. Sin embargo, estos porcentajes pueden ser sobrestimaciones debido al empleo de muestras poco representativas: adultos reclutados por su ansiedad a separarse de las principales figuras de apego o por haber tenido miedo a ir a la escuela. Así, en el estudio epidemiológico de Shear *et al.* (2006) sólo el 36,1% de las personas con TASI terminaron por desarrollar TASA, porcentaje que contrasta con el 60% mencionado antes. Igualmente, en los trabajos de Ollendick *et al.* (1993) y Shear *et al.* (2006), el 10% y el 22,5% respectivamente de las personas con TASA habían padecido TASI, porcentajes mucho más bajos que el 61% informado por Manicavasagar *et al.* (1997).

En cuanto a la relación con el TP/AG, Manicavasagar *et al.* (1997) hallaron, con adultos con miedo a separarse de las figuras claves de apego, que: a) el 67% del grupo con TASA presentó comorbilidad con TP/AG o AG, aunque el 69% tuvieron también una historia de depresión mayor; b) el 75% de los participantes con TASA y comorbilidad informaron que el TASA había precedido a los otros trastornos; y c) el 92% de aquellos con TASA y comorbilidad con TP/AG o AG relacionaron los síntomas de TP/AG o AG con la ansiedad por separación; sin embargo, no hay datos para aquellos con presentaron comorbilidad con depresión mayor. Por otro lado, Cyranowsky *et al.* (2002) hallaron una correlación significativa entre ASA y síntomas de TP+AG ( $r=0,54-0,63$ ) y Seligman y Wuyek (2007) encontraron que un cuestionario de ASA correlacionó significativa, aunque débilmente ( $r=0,13$ ) con la frecuencia de ataques de pánico en las semanas previas a comenzar la universidad.

Estos dos últimos estudios muestran una relación entre TASA o ASA y TP/AG o ataques de pánico, pero no abordan la especificidad de esta relación. A este respecto, Manicavasagar *et al.* (2000) hallaron que la frecuencia de TASA no fue significativamente diferente entre un grupo de TP/AG y otro de trastorno de ansiedad generalizada (52% contra 33%). Asimismo, en dos estudios epidemiológicos el TASA se ha asociado con similar fuerza al TP/AG que a otros trastornos ansiosos o depresivos (Kessler, Chiu, Demler y Ellen, 2005; Shear *et al.*, 2006) y con más fuerza que a trastornos conductuales y de uso de sustancias (Shear *et al.*, 2006). Estos datos sugieren que la relación entre TASA y TP/AG no es específica, sino que se extiende a otros trastornos.

## Discusión

Al igual que en la revisión de Silove *et al.* (1996), prácticamente todos los estudios realizados con posterioridad han mostrado que la ASI es más frecuente en grupos con TP/AG (o agorafobia) que en grupos control no clínicos. La única excepción clara es el estudio de Pini *et al.* (2005), en el cual el grupo con TP/AG no presentó ningún trastorno comórbido de tipo ansioso o afectivo. Si este hallazgo fuera replicado, sugeriría que la relación entre ASI y TP/AG se daría sólo en personas que presentaran además otros trastornos ansiosos y/o depresivos. Esto también podría ser cierto para la relación entre ASI y otros trastornos. Tyrer, Seivewright y Johnson (2003) han propuesto la conveniencia de distinguir entre los trastornos ansiosos y depresivos que se presentan aisladamente, los cuales tienden a resolverse rápidamente y pueden ser vistos como trastornos adaptativos, y la co-ocurrencia de dichos trastornos, la cual, combinada con patología de la personalidad, constituiría un síndrome general neurótico. En la base de este síndrome habría un factor de vulnerabilidad general caracterizado por rasgos de ansiedad elevada y baja capacidad de afrontamiento (Andrews, 1996).

Tanto si la relación entre ASI y TP/AG se da sólo en personas que presentan además otros trastornos como si no, la mayoría de los pacientes con TP/AG no han padecido TASI, lo que indica que esta no es necesaria para el surgimiento del trastorno. Por otra parte, la inmensa mayoría de los niños con TASI no terminarán desarrollando TP/AG. Así pues, existe una relación, pero no parece muy fuerte. Podemos preguntarnos además si esta relación es específica. Según diversos estudios retrospectivos, realizados tanto con muestras clínicas como epidemiológicas, el TASI es tan frecuente en el TP/AG como en otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. Incluso cuando se controló la presencia de TP/AG comórbido en los otros trastornos, presencia que podría hacer desaparecer las posibles diferencias entre grupos, los resultados de dos de tres estudios indicaron también una falta de especificidad de la relación entre TP/AG y TASI. El TP/AG es predicho no sólo por el TASI, sino por otros trastornos de ansiedad (Biederman *et al.*, 2005; Biederman *et al.*, 2006) y el TASI predice no sólo TP/AG, sino también otros trastornos como indica el estudio longitudinal de Brückl *et al.* (2007) con 1.090 adolescentes.

Sin embargo, una limitación muy importante de todos los estudios anteriores es que la ASI fue evaluada retrospectivamente, lo cual puede implicar olvidos y sesgos de memoria. Afortunadamente, desde la revisión de Silove *et al.* (1996) se han llevado a cabo cuatro investigaciones longitudinales prospectivas con niños y adolescentes. Solamente el trabajo de Klein (1995), con una muestra clínica pequeña, apoya la existencia de una relación específica entre TASI y TP/AG. En cambio, los datos de Aschenbrand *et al.* (2002), Bittner *et al.* (2007) y Pine *et al.* (1998) apuntan en contra de esta relación; sin embargo, una limitación importante de estos tres últimos estudios es que la duración del seguimiento pudo no ser suficiente como para detectar la aparición de muchos casos con TP/AG o ataques de pánico.

Para determinar la especificidad de la asociación entre TAS en la infancia y TP/AG posterior, sería necesario conducir estudios longitudinales de larga duración tanto con muestras comunitarias numerosas y representativas como con muestras

clínicas con niños con TASI. Hasta que esto se lleve a cabo, lo cual es muy costoso, los datos disponibles tienden a sugerir que no hay una relación específica entre TASI y TP/AG.

Por lo que se refiere a la tercera hipótesis, parece claro que el TASA es relativamente frecuente en población comunitaria y mucho más en poblaciones clínicas. Además, existe una relación entre ASI y ASA, y entre esta última y síntomas de TP/AG. Sin embargo, al menos en muestras comunitarias, la mayoría de las personas con TASI no terminarán desarrollando TASA y la inmensa mayoría de aquellos con TASA no han padecido TASI. Por otra parte, no se sabe en qué porcentaje de pacientes el TP/AG es precedido por el TASA y, previamente, por el TASI. Finalmente, la relación entre TASA y TP/AG no parece específica, ya que el TASA se asocia también con otros trastornos de ansiedad y depresión. Poder contar con respuestas más definitivas sobre el papel mediador del TASA entre el TASI y el TP/AG y sobre la especificidad de esta relación requiere la realización de estudios longitudinales prospectivos.

Por otra parte, la ASI o el TASI no sólo han estado asociados con diversos trastornos ansiosos y depresivos, sino también con otros tipos de problemas tales como trastornos alimentarios (Troisi, Di Lorenzo y Alcini, 2005), trastornos de personalidad —especialmente los del grupo C— (Osone y Takahashi, 2006), duelo complicado (Vanderwerker, Jacobs, Parkes y Prigerson, 2006) y enfermedades atópicas (asma, urticaria, rinitis alérgica y dermatitis atópica) (Slattery, Klein y Mannuzza, 2002). Es posible que la ansiedad o el estado de humor deprimido jueguen un papel en el desarrollo de estos trastornos.

Hasta que no se disponga de más datos, la conclusión tentativa es que la relación entre TASI o TASA y TP/AG no parece ser específica, tal como se planteaba en la segunda hipótesis descrita en la introducción. Según las teorías más recientes (véase, por ejemplo, Barlow, 2002), los trastornos ansiosos serían el resultado de la interacción entre a) una vulnerabilidad biológica (contribución genética a factores temperamentales como el neuroticismo, el afecto negativo y la inhibición conductual), b) una vulnerabilidad psicológica generalizada (sensación de control disminuida basada en experiencias tempranas con eventos impredecibles y/o incontrolables y estilos educativos sobreprotectores y controladores) y c) una vulnerabilidad psicológica específica (experiencias idiosincrásicas de aprendizaje mediante las que la ansiedad se asocia con ciertas circunstancias). Dentro de este contexto, en algunas personas el TASI o el TASA pueden ser un factor de riesgo para el desarrollo del TP/AG en conjunción con otros factores como, por ejemplo, la influencia de padres con TP/AG (Schneider, Unnewehr, Florin y Margraf, 2002), la presencia de ciertos problemas médicos en la infancia o adolescencia (Craske, Poulton, Tsao y Plotkin, 2001) y la susceptibilidad a la ansiedad (Schmidt, Zvolensky y Maner, 2006).

Finalmente, aunque la ansiedad por separación puede ser un factor de riesgo para el desarrollo del TP/AG y otros trastornos, afortunadamente existen intervenciones psicológicas que han mostrado ser eficaces para tratarla (Santacruz *et al.*, 2002). De este modo, la aplicación de dichas intervenciones podría emplearse para prevenir la posible aparición de trastornos subsecuentes.



## Referencias

- Andrews, G. (1996). Comorbidity and the general neurotic syndrome. *British Journal of Psychiatry*, 168 (Suppl 30), 76-84.
- Aschenbrand, S., Kendall, P., Webb, A., Safford, S.M. y Flannary-Schroeder, E. (2003). Is childhood separation anxiety disorder a predictor of adult panic disorder and agoraphobia? A seven-year longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 1478-1485.
- Bandelow, B., Tichauer, G., Späth, C., Broocks, A., Hajak, G., Bleich, S. y Rütger, E. (2001). Separation anxiety and actual separation experiences during childhood in patients with panic disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46, 948-952.
- Barlow, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (2ª ed.). Nueva York: Guilford.
- Battaglia, M., Bernardeschi, L., Politi, E., Bertella, S. y Bellodi, L. (1995). Comorbidity of panic and somatization disorder: A genetic-epidemiological approach. *Comprehensive Psychiatry*, 36, 411-420.
- Battaglia, M., Bertella, S., Politi, E., Bernardeschi, L., Perna, G., Gabriele, A. y Bellodi, L. (1995). Age at onset of panic disorder: Influence of familial liability to the disease and of childhood separation anxiety disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1362-1364.
- Biederman, J., Petty, C., Faraone, S. V., Hirshfeld-Becker, D. R., Henin, A., Rauf, A., Scott, M., Pollack, M. y Rosenbaum, J. F. (2005). Childhood antecedents to panic disorder in referred and nonreferred adults. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 15, 549-562.
- Biederman, J., Petty, C., Faraone, S. V., Hirshfeld-Becker, D. R., Henin, A., Brauer, L., Kaufman, B. y Rosenbaum, J. F. (2006). Antecedents to panic disorder in nonreferred adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 1179-1186.
- Bittner, A., Egger, H., Erkanli, A., Costello, E., Foley, D. y Angold, A. (2007). What do childhood anxiety disorders predict? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 48, 1174-1183.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss. Vol. I: attachment*. Londres: Penguin Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. II: anxiety and anger*. Nueva York: Basic Books.
- Brückl, T. M., Wittchen, H.-U., Höfler, M., Pfister, H., Schneider, S. y Lieb, R. (2007). Childhood separation anxiety and the risk of subsequent psychopathology: Results from a community study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 47-56.
- Craske, M. G. (1997). Fear and anxiety in children and adolescents. *Bulletin of Menninger Clinic*, 61 (suppl. A), A4-A36.
- Craske, M. G., Poulton, R., Tsao, J. C. I. y Plotkin, D. C. (2001). Paths to panic disorder/agoraphobia: an exploratory analysis from age 3 to 21 in an unselected birth cohort. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 556-563.
- Cyranowski, J. M., Shear, M. K., Rucci, P., Fagiolini, A., Frank, E., Crochocinski, V. J., Kupfer, D. J., Banti, S., Armani, A. y Cassano, G. (2002). Adult separation anxiety: psychometric properties of a new structured clinical interview. *Journal of Psychiatric Research*, 36, 77-86.
- Hayward, C., Killen, J. D., Kraemer, H. C. y Taylor, C. B. (2000). Predictors of panic attacks in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 207-214.
- Hayward, C., Killen, J. D. y Taylor, C. B. (2003). The relationship between agoraphobia symptoms and panic disorder in a non-clinical sample of adolescents. *Psychological Medicine* 33, 733-738.

- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O. y Ellen, E. W. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*, 617-627.
- Klein, D. (1980). Anxiety reconceptualized. *Comprehensive Psychiatry*, *21*, 411-427.
- Klein, R. G. (1995). Is panic disorder associated with childhood separation anxiety disorder? *Clinical Neuropharmacology*, *18* (Suppl 2), S7-S14.
- Lewinsohn, P. M., Zinbarg, R., Seeley, J. R., Lewinsohn, M. y Sack, W. H. (1997). Lifetime comorbidity among anxiety disorders and between anxiety disorders and other mental disorders in adolescents. *Journal of Anxiety Disorders*, *11*, 377-394.
- Manicavasagar, V., Silove, D. y Curtis, J. (1997). Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation. *Comprehensive Psychiatry*, *38*, 274-282.
- Manicavasagar, V., Silove, D., Curtis, J. y Wagner, R. (2000). Continuities of separation anxiety from early life into adulthood. *Journal of Anxiety Disorders*, *14*, 1-18.
- Manicavasagar, V., Silove, D. y Hadzi-Pavlovic, D. (1998). Subpopulations of early separation anxiety: relevance to risk of adult anxiety disorders. *Journal of Affective Disorders*, *48*, 181-190.
- Manicavasagar, V., Silove, D., Wagner, R. y Hadzi-Pavlovic, D. (1999). Parental representations associated with adult separation anxiety and panic disorder-agoraphobia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *33*, 422-428.
- Moreau, D. L. y Weissman, M. (1992). Panic disorder in children and adolescents: a review. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 1306-1314.
- Ollendick, T.H. (1998). Panic disorder in children and adolescents: New developments, new directions. *Journal of Clinical Child Psychology*, *27*, 234-245.
- Ollendick, T. H., Lease, C. A. y Cooper, C. (1993). Separation anxiety in young adults: a preliminary examination. *Journal of Anxiety Disorders*, *7*, 293-305.
- Osone A. y Takahashi, S. (2006). Possible link between childhood separation anxiety and adulthood personality disorder in patients with anxiety disorders in Japan. *Journal of Clinical Psychiatry*, *67*, 1451-1457.
- Otto, M. W., Pollack, M. H., Maki, K. M., Gould, R. A., Worthington III, J. J., Smoller, J. W. y Rosenbaum, J. F. (2001). Childhood history of anxiety disorders among adults with social phobia: rates, correlates, and comparisons with patients with panic disorder. *Depression and Anxiety*, *14*, 209-213.
- Peter, H., Brückner, E., Hand, I. y Rufer, M.. (2005). Childhood separation anxiety and separation events in women with agoraphobia with or without panic disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, *50*, 941-944.
- Petot, D. (2004). L'angoisse de séparation infantile est-elle le précurseur de l'agoraphobie et de l'attaque de panique? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, *52*, 78-84.
- Pine, D. S., Cohen, P., Gurley, D., Brook, J. y Ma, Y. (1998). The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, *55*, 56-64.
- Pini, S., Abelli, M., Mauri, M., Iazzeta, P., Banti, S. y Cassano, G. B. (2005). Clinical correlates and significance of separation anxiety in patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, *7*, 370-376.
- Sable, P. (1994). Separation anxiety, attachment and agoraphobia. *Clinical Social Work Journal*, *22*, 369-383.
- Santacruz, I., Orgilés, M., Rosa, A.I., Sánchez-Meca, J., Méndez, X. y Olivares, J. (2002). Ansiedad generalizada, ansiedad por separación y fobia escolar: el predominio de la terapia cognitivo-conductual. *Psicología Conductual*, *10*, 503-521.
- Schmidt, N. B., Zvolensky, M. J. y Maner, J. K. (2006). Anxiety sensitivity: prospective prediction of panic attacks and Axis I pathology. *Journal of Psychiatry Research*, *40*, 691-699.

- Schneider, S., Unnewehr, S., Florin, I. y Margraf, J. (2002). Priming panic interpretations in children of patients with panic disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 605-624.
- Seguí J., Salvador, L., Canet, J., Márquez, M., Ortiz, M. y García, L. (1998). Ansiedad por separación y trastorno por angustia. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias afines*, 26, 345-50.
- Seligman, L. D. y Wuyek, L. A. (2007). Correlates of separation anxiety symptoms among first-semester college students: an exploratory study. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 141, 135-145.
- Shear, K., Jin, R., Ruscio, A. M., Walters, E. E. y Kessler, R. C. (2006). Prevalence and correlates of estimated DSM-IV child and adult separation anxiety disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1074-1083.
- Slattery, M. J., Klein, D. F. y Mannuzza, S. (2002). Relationship between separation anxiety disorder, parental panic disorder, and atopic disorders in children: a controlled high-risk study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 41, 947-954.
- Silove, D., Harris, M., Morgan, A., Boyce, P., Manicavasagar, V., Hadzi-Pavlovic, D. et al. (1995). Is early separation anxiety a specific precursor of panic disorder-agoraphobia? A community study. *Psychological Medicine*, 25, 405-411.
- Silove, D., Manicavasagar, V., Curtis, J. y Blaszczynski, A. (1996). Is early separation anxiety a risk factor for adult panic disorder? A critical review. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 167-179.
- Silove, D., Manicavasagar, V., O'Connell, D., Blaszczynski, A., Wagner, R. y Henry, J. (1993). The development of the Separation Anxiety Symptom Inventory (SASI). *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 27, 477-488.
- Silove, D., Manicavasagar, V. y Drobny, J. (2002). Associations between juvenile and adult forms of separation anxiety disorder: A study of volunteers with histories of school refusal. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 413-414.
- Troisi, A., Di Lorenzo, G. y Alcini, S. (2006) Body dissatisfaction in women with eating disorders: Relationship to early separation anxiety and insecure attachment. *Psychosomatic Medicine*, 68, 449-453.
- Tyrer, P., Seivewright, H. y Johnson, T. (2003). The core elements of neurosis: Mixed anxiety-depression (cothymia) and personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 17, 129-138.
- Vanderwerker, L. C., Jacobs, S. C., Parkes, C. M. y Prigerson, H. G. (2006). An exploration of associations between separation anxiety in childhood and complicated grief in later life. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194, 121-3.
- Wijeratne, C. y Manicavasagar, V. (2003). Separation anxiety in the elderly. *Journal of Anxiety Disorders*, 17, 695-702.