

# AGORAFOBIA (CON O SIN PÁNICO) Y CONDUCTAS DE AFRONTAMIENTO DESADAPTATIVAS. ESTUDIO EMPÍRICO. SEGUNDA PARTE

Carmen T. Pitti\*, Wenceslao Peñate\*\*, Juan M. Bethencourt\*\*

## SUMMARY

This paper is focused in the coping strategies used by patients with an agoraphobic disorder (AD) when they are forced to confront phobic situations.

Traditionally, the coping strategies considered were those used by agoraphobia patients to reduce anxiety and psychological distress: the *avoidance behavior* (to avoid the phobic stimuli) and the *escape behavior* (when the phobic stimulus is present). Additionally, behaviors used to try to avoid negative physiological responses similar to those occurring in an anxiety crisis (*interoceptive avoidance*) are also included. A fourth group of behaviors has received less attention: coping strategies that partially allow agoraphobia patients to confront and resist the presence of phobic stimuli. These are stimuli that they need to or are forced to confront.

These partial coping strategies (often rituals behaviors) are behaviors to which patients assign a value in decreasing the anxiety to tolerable levels until they are able to confront and resist the phobic scenes (even partially). These behaviors play a non-adaptive role because they difficult the development of adaptive self-control strategies, interfere with daily living conditions, and support the disorder providing an initial and immediate relief of psychological distress.

We prefer to name all these strategies *non-adaptative coping behaviors*.

Despite the relevance of these partial coping strategies in the development and consolidation of agoraphobia, their empirical study has been infrequent (especially when compared to the study of both avoidance and escape behaviors).

In that sense, with the present study we try to provide data about the following issues: 1) to know how frequently AP' use non-adaptive coping behaviors compared with a group of patients with other disorders. 2) The differential use of behavioral patterns by agoraphobic patients (AP): avoidance behaviors, interoceptive avoidance, escape behaviors, and, especially, the partial coping strategies. 3) The role of partial coping strategies in the evaluation of therapeutic outcome, according to the clinician opinion.

The empirical study was designed in two stages: First, the elaboration of a scale to measure coping strategies of phobic stimuli. For that purpose, we took into account literature on the

topic, observational data and clinical histories of patients with agoraphobia. The result was a scale (CAD scale) composed by 87 overt behavior items, and 52 covert behavior items. All of these items allowed for the formation of four behavioural patterns, grouping items according to their functions in coping with phobic stimuli: 1) avoidance behavioral pattern; 2) interoceptive avoidance pattern; 3) escape behavioral pattern; and 4) partial coping behavioral pattern.

Second stage: The application of the CAD scale to a clinical sample. A group of psychologists and psychiatrists (from a local mental health service unit) were requested to administrate the scale to their patients, with their informed consent. The final sample ( $n = 235$ ) was as follows: 40 with agoraphobic disorder (30 women and 10 men); 30 with panic disorder (18 women and 12 men); 30 mixed with anxious-depressive disorder (25 women and 5 men); 40 with depressive disorders (32 women and 8 men); 25 with psychotic disorders (10 women and 15 men). A matched group without any clinical disorders was added later ( $N = 70$ , 49 women and 21 men).

After analysing the results related to the use of non-adaptive coping behaviors, these may be summarized as follows: In general, the group which used less the CAD strategies was the non-clinical group. The patients with agoraphobia were the ones who used the CAD strategies in a more significant level, compared with both the non-clinical group and the groups with other disorders. This includes the use of partial coping behaviors. Results were similar both to CAD overt strategies and covert strategies.

Comparing the differential use of CAD strategies by patients with agoraphobia, results show a more significant use of avoidance behaviors (especially in overt behavior form), followed by escape behaviors. Interoceptive avoidance was the third CAD more frequently used. Partial coping behaviors were less used in contrast with other CAD strategies.

According to therapist judgments with respect to the relationship between the use of coping strategies and the therapeutic progress evaluation, the AP sample was divided into two groups: positive progress and non-positive progress (negative, unstable or no progress).

The positive progress group shows a significant lower use of avoidance behaviors, interoceptive avoidance, and escape

\*U. Investigación del Hospital Universitario de Canarias.

\*\*Universidad de La Laguna (Tenerife).

Correspondencia: Carmen T. Pitti. U. Investigación del Hospital Universitario de Canarias. Proy. de Investigación de Agorafobia. Servicio de Psiquiatría. 38.320 Sta. Cruz de Tenerife. España. agorafobia@huc.canarias.org Tel: + 00(34)922678231

behaviors, but only in the overt behavior form. There were no significant effects for partial coping behavior. In other words, a positive evolution in PA was joined by a decrease in avoidance overt behaviors, interoceptive overt avoidance, and escape overt behaviors, but there were no changes in the use of both cognitive coping strategies and partial coping behaviors.

Our findings confirm that CAD strategies are more used by AP. Partial coping behaviours are included among these. It was a well-known fact (and previous data supported it), that agoraphobia patients tended to use more both avoidance and escape strategies as procedures which relieved them from anxiety and psychological distress. But, also, there were few data about the role of strategies allowing AP to confront and resist the phobic scenes: the partial coping behaviors. Our data provide information about this kind of coping.

Results support that it is more frequently used by agoraphobia patients. This is true when comparing it with patients with other disorders, and, obviously, in contrast with the normal population. But the use of partial coping behaviors is not commonly compared with "more traditional" behaviors such as avoidance or escape behaviors. It may be said that people with agoraphobia choose to avoid or to escape from phobic situations as the best way for them to reduce anxiety. But there is a group of phobic situations an agoraphobic patient must confront on some occasions (attending a medical service, buying something, etc.). These few occasions represent an opportunity to use partial coping strategies. The limited use of these strategies may be due to the fact that other strategies reduce anxiety in a more effective way. In that sense, they may be considered as behaviors having a low frequency of occurrence and a high intensity.

We especially appreciate findings about the role of partial coping strategies in the therapeutic progress when a clinician emits judgments about the improvement of agoraphobia patients. These judgments are linked to a decrease of several non-adaptive overt strategies, but there is no change in cognitive coping strategies and neither in partial coping behaviors. These may be interpreted as imprecise therapist judgments, but also as the role played by this kind of strategies in the latent maintenance of agoraphobic responses.

Finally, this paper discusses these results according to the counter-therapeutic role of partial coping strategies, and the need to consider them as a target objective in treatment process.

**Key words:** Agoraphobia, coping strategies, partial coping behaviors, clinical sample.

## RESUMEN

El propósito de este artículo es analizar las estrategias de afrontamiento utilizadas por los pacientes con agorafobia (PA) con o sin pánico. Tradicionalmente, se reconocen dos tipos de estrategias: *conductas de evitación* de los estímulos fóbicos y *conductas de huida-escape* de tales situaciones. También se suele incluir las conductas de *evitación interoceptivas*, mediante las cuales se evitan estímulos capaces de evocar sensaciones similares a la sintomatología ansiosa. Un cuarto tipo de estrategias, menos estudiadas, son las *conductas de afrontamiento parcial*, que permiten a los PA enfrentarse, así sea parcialmente, a los estímulos fóbicos. Estos cuatro tipos de estrategias los hemos denominado *conductas de afrontamiento desadaptativas* (CAD).

Los objetivos generales de la investigación fueron establecer en qué medida usan esas estrategias los PA, conocer su uso diferen-

cial en relación con el modo en que las utilizan personas con otros trastornos o población no clínica y entender su papel en la evaluación del progreso terapéutico.

Los objetivos específicos del estudio fueron los siguientes: determinar en qué medida utilizan las CAD los PA, en comparación con pacientes de otros trastornos; conocer el uso diferencial de las distintas estrategias de afrontamiento por parte de los PA; establecer el papel de las conductas de afrontamiento parcial en la evaluación que hacen los clínicos del progreso terapéutico.

Para ello se elaboró una escala que recogía una amplia representación de las CAD, tanto en su versión de conducta manifiesta como de conducta encubierta. La escala se administró a una muestra de 235 personas: 165 con algún trastorno mental (40 con diagnóstico de PA) y en tratamiento en una unidad de salud mental, y a un grupo no clínico de 70 personas.

Los principales resultados muestran que las CAD suelen ser significativamente más utilizadas por los PA en comparación con otros trastornos, y que las conductas más utilizadas suelen ser las de evitación y escape de los estímulos fóbicos e interoceptivos. Una evolución favorable de los pacientes agorafóbicos suele acompañarse de una disminución del uso de esas conductas, salvo en las referidas a los *afrontamientos parciales*, en que no se encuentran diferencias significativas. Además, el menor uso de estrategias de evitación y escape sólo ocurre en los comportamientos de conducta manifiesta, pues no hay cambios significativos en el uso de estrategias encubiertas.

Estos resultados indican que las estrategias de afrontamiento parcial son las menos utilizadas. Las personas con un problema agorafóbico recurren a la evitación o el escape de las situaciones fóbicas como los métodos más eficientes para reducir la ansiedad y el malestar psicológico, y reservan las conductas de afrontamiento parcial para las ocasiones en que se ven forzadas o necesitan enfrentarse a un estímulo fóbico.

El papel de esas conductas de afrontamiento parcial en el análisis del progreso terapéutico evaluado por los terapeutas indica que éstas permanecen sin cambios, aun cuando los clínicos señalan que los pacientes evolucionan favorablemente. Esto puede indicar un problema de precisión en el juicio clínico, pero también se puede atribuir al papel que cumplen estas estrategias en el mantenimiento y la consolidación de los PA.

Por último, se discute el papel contraterapéutico de las conductas de afrontamiento parcial y la necesidad de considerarlas como un objetivo en sí mismo en el proceso terapéutico.

**Palabras clave:** Agorafobia, estrategias de afrontamiento, conductas de afrontamiento parcial, muestra clínica.

## INTRODUCCIÓN

La agorafobia es un trastorno caracterizado por la aparición de ansiedad cuando se está en lugares y situaciones de los que puede resultar complicado escapar o en los que, en caso de surgir una crisis de pánico, no se pueda encontrar ayuda (1, 14). Las clasificaciones psicopatológicas indican, además, que un paciente con agorafobia (PA) puede cursar con trastorno de pánico, hecho que no ha dejado de generar cierta controversia (4, 8, 15).

Con respecto a las estrategias de afrontamiento que utilizan los PA, tradicionalmente se han circunscrito a

dos: *conductas de evitación* (disminuir la ansiedad evitando los estímulos fóbicos) y *conductas de escape* (disminuir la ansiedad huyendo de los estímulos fóbicos al presentarse éstos). En menor medida se habla también de la *evitación interoceptiva*, consistente en evitar la realización de comportamientos que conlleven una activación fisiológica negativa, sintomáticamente similar a la sintomatología ansiosa o de pánico (taquicardia, sudoración excesiva, mareos). Sin embargo, poco se ha dicho con respecto a una serie de comportamientos llevados a cabo por personas con agorafobia y que sí les permiten afrontar parcialmente las situaciones fóbicas. Estas estrategias consisten en un grupo de conductas manifiestas y encubiertas (con frecuencia, ritualistas) que les permiten resistir *parcialmente* y por un tiempo los estímulos fóbicos e interoceptivos (contrariamente a las otras estrategias de evitación y escape).

Estas estrategias y sus componentes se han denominado en formas diversas. Así, nominativamente se alude a ellas como *mecanismos defensivos*, *estrategias de afrontamiento* y *estrategias tranquilizadoras* (3, 7, 9, 10, 12, 13, 20), entre otras. Como componentes se señalan *la búsqueda de compañía, señales y referentes de seguridad y objetos contrafóbicos de distracción*, etc. En todos los casos son procedimientos a los que el paciente asigna el valor de disminuir la ansiedad hasta niveles tolerables y que le permitan enfrentar un estímulo fóbico, aunque sea parcialmente. El carácter inadaptativo de las conductas de afrontamiento parcial se atribuye por la frecuencia de su ocurrencia, porque dificultan el desarrollo de estrategias de superación y autocontrol, limitan e interfieren en la vida cotidiana, y refuerzan el trastorno básico al proporcionar cierto alivio inmediato (5-7, 13, 16).

Teniendo en cuenta lo anterior, en el presente trabajo de investigación trataremos de responder a algunas de las dudas planteadas hasta aquí. En ese sentido, se trataría de conocer en qué medida se presentan en los PA tales estrategias de afrontamiento parcial, especialmente en comparación con otros trastornos. También se trataría de conocer su uso en relación con otras estrategias (como las conductas de escape o evitativas) y su carácter inadaptativo, especialmente en relación con el progreso terapéutico.

Para abordar esos objetivos, se creó previamente un instrumento de evaluación y medida de las estrategias de afrontamiento en los PA. Si bien es cierto que existen instrumentos para evaluar las estrategias “más tradicionales”, como las conductas de escape y las de evitación (4, 5, 7, 12), para evaluar la evitación interoceptiva y, sobre todo, para evaluar las estrategias de afrontamiento parcial, no se ha encontrado un inventario que las recoja en un formato único. En este sentido, nos propusimos elaborar inicialmente un cuestionario que incluyera las cuatro clases de estrategias de afrontamiento.

Con esos objetivos en mente, y antes de pasar a enunciar nuestras hipótesis y describir el método utilizado, nos gustaría hacer una proposición terminológica. Preferimos denominar *conductas de afrontamiento desadaptativas* (CAD) al conjunto de estrategias de afrontamiento. *Conducta*, porque entendemos que son las estrategias que llevan a cabo los pacientes (y no las que les gustaría o creen que deberían hacer); *afrontamiento*, porque al fin y al cabo son modos de enfrentar los estímulos fóbicos; y *desadaptativas*, por la interferencia y las limitaciones que provocan en el paciente y en su proceso de recuperación.

En definitiva, la metodología planteada se ha hecho para responder a las siguientes tres hipótesis:

1. Las CAD son más utilizadas por los PA en comparación con otros trastornos y en relación con la población normal.
2. Las distintas conductas de afrontamiento serán utilizadas con frecuencias similares por los PA.
3. De acuerdo con el juicio clínico sobre el progreso terapéutico, las estrategias de evitación y huida disminuirán a medida que un paciente evolucione favorablemente, sin que resulten afectadas las estrategias de afrontamiento parcial.

## MATERIAL Y MÉTODO

Con el objetivo de estudiar las conductas y estrategias de afrontamiento en los PA, se establecieron dos fases:

Fase 1: Se procedió a construir una escala que recogiera las CAD. Para ello, se partió de una revisión bibliográfica de algunas escalas existentes para los PA, y de la observación y registro de las CAD más frecuentes en un grupo de 32 pacientes de PA en tratamiento en una unidad de salud mental (USM). Además, se revisaron 37 historias clínicas de expacientes con PA del mismo servicio. En ambos casos, los diagnósticos se habían realizado siguiendo los criterios de la CIE-10 (F 40.00 y F 40.01), dado que tal clasificación se utiliza habitualmente en la USM. Se elaboró también una escala constituida por dos subescalas: una de conductas observables y otra cognitiva. En ambas se respondía de 0 (“nunca lo hace”) a 5 (“siempre”) según la frecuencia con que se estimaba la realización de la conducta o el pensamiento. El número de reactivos que constituían las escalas fue de 87 para la subescala de conductas observables, y de 52 para la subescala cognitiva. Una vez que estaba construida la escala CAD, y de cara a interpretar los resultados, se procedió a agrupar las distintas estrategias en patrones conductuales (2), de acuerdo con los criterios de que las conductas de cada patrón compartieran una función similar y que se diferenciaron entre la naturaleza encubierta

(cognitiva) o la conducta manifiesta (conductas observables). Así se obtuvieron cuatro patrones conductuales:

1. Conductas de evitación fóbica.
2. Conductas de evitación interoceptiva.
3. Conductas de escape.
4. Conductas de afrontamiento parcial.

En el anexo I se resumen los reactivos de la escala CAD correspondientes a cada uno de los patrones. Debido a la desigual representación de reactivos por patrón, en cada uno de ellos la puntuación total se dividió entre el número de reactivos que lo componían para que se situaran en la misma escala de respuesta (de 0 a 5).

Fase 2: Aplicación de la escala CAD a una muestra clínica. En esta fase, los psicólogos y psiquiatras pertenecientes a la Unidad de Salud Mental de la ciudad de Santa Cruz de Tenerife (islas Canarias) fueron instruidos para seleccionar y administrar la escala a la población clínica en tratamiento, en función de los diagnósticos y tratamientos que recibían, previa firma de un protocolo de consentimiento informado. A fin de unificar criterios, se establecieron, *a priori*, los códigos de la CIE 10 (OMS, 1992) y los tratamientos psiquiátricos que constituyan los diversos cuadros clínicos, y se inició la selección de la muestra en estudio. Los pacientes elegidos se encontraban en distintas fases del tratamiento y habían presentado diferentes respuestas al mismo, por lo que se codificó la evolución según los criterios de los clínicos. Respecto al tratamiento, hay que señalar que la totalidad del grupo de agorafobia en estudio recibía tratamiento psiquiátrico (30 mg. de dosis media diaria de paroxetina, inhibidor de la recaptación de la serotonina) y psicológico (cognitivo-conductual, reestructuración cognitiva y auto-exposición en vivo). Asimismo, se estableció como tiempo medio de tratamiento un periodo de dos años y cinco meses. En cuanto a la evolución de los trastornos, se solicitó a los psicólogos y psiquiatras (juicio conjunto) que informaran de la evolución de cada paciente de acuerdo con cuatro categorías: evolución favorable, evolución no favorable, evolución estable y evolución fluctuante. Posteriormente, se pasó la escala a un grupo no clínico (grupo control), homólogo en género y edad a los grupos clínicos.

El tamaño de la muestra quedó constituido por 235 participantes, distribuidos como sigue: 40 agorafóbicos (30 mujeres y 10 hombres); 30 con trastorno de pánico (18 mujeres y 12 hombres); 30 con trastorno mixto ansioso-depresivo (25 mujeres y 5 hombres); 40 con trastornos depresivos (32 mujeres y 8 hombres); 25 cuadros psicóticos estabilizados (10 mujeres y 15 hombres); y 70 personas no clínicas (49 mujeres y 21 hombres). Respecto a la edad media grupal, no se apreciaron diferencias significativas por género en ningún grupo, con lo que la edad media para las mujeres resultó ser de 37.8 años y 38.1 años en los hombres en el grupo clínico.

Una vez de que se dispuso de todos los cuestionarios y de los datos adicionales, se grabaron en una base de datos y se trajeron estadísticamente\*.

## RESULTADOS

Como paso previo a los análisis estadísticos, se llevó a cabo un análisis de consistencia interna (alfa de Cronbach) para cada uno de los patrones con la finalidad de probar si eran homogéneas las agrupaciones de reactivos realizadas y podían, por tanto, utilizarse para los contrastes estadísticos. En el cuadro 1 se resumen los coeficientes obtenidos.

Como puede observarse, todos los coeficientes son elevados, lo que refleja una alta homogeneidad de los contenidos agrupados, por lo que colegimos que procedía llevar a cabo los contrastes estadísticos en relación con las hipótesis.

Un primer grupo de análisis se efectuó con la finalidad de contrastar si los distintos grupos de trastornos se diferenciaban entre sí con respecto al uso de las CAD. Para ello, se realizó un análisis de varianza entre los seis grupos. En el cuadro 2 se resumen los análisis llevados a cabo para los cinco grupos de trastornos y el grupo no clínico, en cada uno de los patrones conductuales establecidos.

Como puede observarse, en todos los casos las F obtenidas son significativas, por lo que los seis grupos (agorafobia, pánico, ansiedad-depresión, depresión, psicosis y grupo no clínico) difieren significativamente entre sí en el uso de los ocho grupos de conductas de afrontamiento desadaptativas (evitación, escape, evitación interoceptiva y afrontamientos parciales).

Para conocer la orientación intergrupal de esas significaciones, se realizaron contrastes *t* de Tukey entre los seis grupos. Las puntuaciones medias por grupo y la orientación de la significancia estadística de las *t* obtenidas se resumen en el cuadro 3.

Del examen del cuadro 3 se pueden advertir las siguientes consideraciones: a) Como era esperable, el grupo del que se obtienen mayores diferencias significativas es de población no clínica y en general los grupos clínicos suelen utilizar más CAD que el grupo no clínico. b) Salvo en un caso (las conductas encubiertas de escape), los PA obtuvieron una puntuación media mayor (mayor uso de las CAD). Esta diferencia suele ser estadísticamente significativa, especialmente cuando se compara con el grupo de cuadros psicóticos y el no clínico. c) El grupo con trastorno de pánico es el que más coincide con el de agorafobia en el uso de las CAD.

\*Debido a que existieron algunos "valores perdidos" el número de participantes no fue siempre el mismo, entrando a formar parte de los análisis las personas que completaron todos los datos.

**CUADRO 1. Coeficientes de consistencia interna (alfa de Cronbach) para cada uno de los patrones conductuales de la escala de Conductas de Afrontamiento Desadaptativas (n = 235)**

Patrón conductual	Coeficientes de consistencia interna			
	Nº de reactivos	Conductas manifiestas	Nº de reactivos	Conductas encubiertas
Conductas de evitación	12	0.92	10	0.90
Conductas de evitación interoceptiva	5	0.91	1	*
Conductas de escape	10	0.93	2	0.91
Conductas de afrontamiento parcial	60	0.91	39	0.90

\* No se calculó por estar compuesto por un solo reactivo.

**CUADRO 2. Resumen del análisis de varianza entre los cinco grupos de trastornos y el grupo de población no clínica para los cuatro patrones de afrontamiento (conducta manifiesta-conducta encubierta)**

Variables	Fuente de variación	Resumen del análisis de varianza				
		Suma de cuadrados	Grados de libertad	Media cuadrática	F	Sig.
Conductas manifiestas de evitación	Intergrupos	113.34	5	22.67	33.34	0.001
	Intragrupos	141.43	208	0.68		
	Total	254.76	213			
Conductas encubiertas de evitación	Intergrupos	85.13	5	17.03	22.85	0.001
	Intragrupos	156.46	210	0.75		
	Total	241.59	215			
Evitación interoceptiva manifiesta	Intergrupos	41.37	5	8.28	12.26	0.001
	Intragrupos	140.42	208	0.68		
	Total	181.79	213			
Evitación interoceptiva encubierta	Intergrupos	72.08	5	14.42	6.72	0.001
	Intragrupos	478.55	223	2.15		
	Total	550.63	228			
Conductas manifiestas de escape	Intergrupos	40.86	5	8.17	14.20	0.001
	Intragrupos	123.19	214	0.58		
	Total	164.05	219			
Conductas encubiertas de escape	Intergrupos	72.66	5	14.53	10.04	0.001
	Intragrupos	319.86	221	1.45		
	Total	392.52	226			
Afrontamiento parcial, conductas manifiestas	Intergrupos	21.07	5	4.21	9.94	0.001
	Intragrupos	45.78	108	0.42		
	Total	66.85	113			
Afrontamiento parcial, conductas encubiertas	Intergrupos	27.60	5	5.52	9.91	0.001
	Intragrupos	68.51	123	0.56		
	Total	96.12	128			

d) Las conductas que más claramente separan a los agoráficos del resto de los grupos son las evitativas, tanto la evitación manifiesta como la cognitiva. En este último caso (conductas encubiertas de evitación), la puntuación de los PA es incluso significativamente más elevada que en las personas con trastornos de pánico.

Con la finalidad de responder a la segunda hipótesis, se llevó a cabo un segundo grupo de análisis en que se contrastó si los PA utilizaban indistintamente los diferentes patrones conductuales. En este sentido, se realizaron contrastes de medias con el grupo de PA entre todas las combinaciones de pares de estrategias posibles. En el cuadro 4 se resumen estos contrastes.

En contra de lo previsto, las conductas más utilizadas, y de manera significativa, fueron las referidas a los comportamientos evitativos (y en mayor medida la evitación de la conducta manifiesta que la evitación cognitiva). Los comportamientos de huida o escape (patrón tres) fueron, en general, la conducta segunda más utilizada y fue significativamente superior al uso de la evitación interoceptiva.

La que menos declararon utilizar fue la conducta de los afrontamientos parciales. Incluso su uso fue significativamente menor en comparación con los recursos comportamentales para disminuir la activación fisiológica negativa (patrón tres de conducta manifiesta).

Finalmente se quiso conocer en qué medida disminuía el uso de las estrategias desadaptativas como consecuencia de una favorable evolución terapéutica. Para ello se seleccionó de nuevo a la muestra de agoráficos. Dado que el único dato disponible sobre la evolución era la opinión de los terapeutas, la muestra se dividió en dos grupos: por un lado, se agrupó a las personas que los terapeutas de los servicios asistenciales indicaron que evolucionaban favorablemente (n = 16); por otro, se agrupó al resto de los agoráficos: personas que evolucionaban negativamente (cuatro pacientes), los que se mantenían sin variación (nueve pacientes) y los que se comportaban de manera fluctuante (siete pacientes). Esta agrupación se llevó a cabo con la finalidad de permitir unos mínimos contrastes

**CUADRO 3. Medias (desviaciones estándar) y significancia estadística de los contrastes intergrupos (*t* de Tukey) entre los seis grupos diagnósticos para cada una de las variables dependientes (patrones conductuales manifiestos y encubiertos)**

Variables	Medias (desviaciones estándar)					
	Grupo 1 Agorafobia (N=36)	Grupo 2 Pánico (N=27)	Grupo 3 Ansioso- depresivo (N=25)	Grupo 4 Depresivo (N=37)	Grupo 5 Psicosis (N=25)	Grupo 6 No clínico (N=64)
	Orientación de las <i>t</i> de tukey estadísticamente significativas					
Conductas manifiestas de evitación	2.98 (1.07)	2.41 (0.89)	1.93 (0.86)	2.07 (0.94)	1.53 (0.68)	0.93 (0.57)
Conductas encubiertas de evitación	1.98 (1.07)	1.69 (0.88)	2.22 (1.04)	1.68 (1.08)	1.51 (1.06)	1.32 (1.39)
Evitación interoceptiva manifiesta	2.79 (1.27)	1.82 (1.08)	1.66 (0.83)	1.69 (1.01)	1.40 (0.84)	1.43 (1.29)
Evitación interoceptiva encubierta	2.00 (1.41)	1.61 (1.73)	1.97 (1.66)	2.38 (1.66)	1.42 (1.84)	0.87 (0.95)
Conductas manifiestas de escape	2.48 (1.00)	2.16 (0.59)	2.21 (0.60)	2.25 (0.74)	1.68 (0.92)	1.38 (0.67)
Conductas encubiertas de escape	2.58 (1.35)	2.67 (1.33)	1.98 (1.13)	2.09 (1.40)	1.46 (1.37)	1.23 (0.88)
Afrontamiento parcial, conductas manifiestas	1.98 (0.81)	1.45 (0.30)	1.54 (0.85)	1.63 (0.87)	1.33 (0.67)	0.83 (0.46)
Afrontamiento parcial, conductas encubiertas	2.13 (0.94)	1.61 (0.54)	1.83 (0.64)	1.69 (1.02)	1.31 (0.81)	0.89 (0.57)

  

Variables	Orientación de las <i>t</i> de tukey estadísticamente significativas					
	Grupo 1 agorafobia	Grupo 2 Pánico	Grupo 3 Ansiedad- depresión	Grupo 4 Depresión	Grupo 5 Psicóticos	Grupo 6 No clínico
Conductas manifiestas de evitación	3, 4, 5, 6	5, 6	6	6	6	Ninguno
Conductas encubiertas de evitación	2, 3, 4, 5, 6	6	6	6	Ninguno	Ninguno
Evitación interoceptiva manifiesta	6	6	6	6	Ninguno	Ninguno
Evitación interoceptiva encubierta	6	6	Ninguno	6	Ninguno	Ninguno
Conductas manifiestas de escape	5, 6	6	6	6	Ninguno	Ninguno
Conductas encubiertas de escape	5, 6	5, 6	Ninguno	6	Ninguno	Ninguno
Afrontamiento parcial, conductas manifiestas	6	Ninguno	6	6	Ninguno	Ninguno
Afrontamiento parcial, conductas encubiertas	5, 6	6	6	6	Ninguno	Ninguno

Nota 1: El número de personas por grupo ha disminuido en algunas unidades debido a que se excluyeron todas las que tenían algún valor perdido en las respuestas al cuestionario.

Nota 2: Los números que figuran en las casillas indican los números de los grupos que puntuaron significativamente más bajo en cada una de las conductas de afrontamiento.

**CUADRO 4. Diferencias de media (*t* de Student) para el grupo de agorafobia, entre los distintos patrones conductuales manifiestos y encubiertos**

Pares de variables			<i>t</i>
Conductas manifiestas de evitación	versus	Cond. encubiertas de evitación	1.98*
		Evitación interoceptiva manifiesta	8.12***
		Evitación interoceptiva encubierta	4.10***
		Cond. manifiestas de escape	4.40***
		Cond. encubiertas de escape	2.66**
		Afron. parciales, cond. manifiestas	5.69***
		Afron. parciales, cond. encubiertas	3.59***
Conductas encubiertas de evitación	versus	Evitación interoceptiva manifiesta	5.31***
		Evitación interoceptiva encubierta	2.32*
		Cond. manifiestas de escape	1.80
		Cond. encubiertas de escape	0.75
		Afron. parciales, cond. manifiestas	3.35**
		Afron. parciales, cond. encubiertas	2.79**
Evitación interoceptiva manifiesta	versus	Evitación interoceptiva encubierta	-1.19
		Cond. manifiestas de escape	-4.14***
		Cond. encubiertas de escape	-3.77***
		Afron. parciales, cond. manifiestas	-0.92
		Afron. parciales, cond. encubiertas	-1.94
Evitación interoceptiva encubierta	versus	Cond. manifiestas de escape	-1.87
		Cond. encubiertas de escape	-2.17*
		Afron. parciales, cond. manifiestas	0.33
		Afron. parciales, cond. encubiertas	-0.30
Conductas manifiestas de escape	versus	Cond. encubiertas de escape	-0.60
		Afron. parciales, cond. manifiestas	2.29*
		Afron. parciales, cond. encubiertas	0.96
Conductas encubiertas de escape	versus	Afron. parciales, cond. manifiestas	3.23**
		Afron. parciales, cond. encubiertas	1.49
Afrontamientos parciales, conductas manifiestas	versus	Afron. parciales, cond. encubiertas	-1.88

Nota: \*  $p \leq 0.05$ ; \*\*  $p \leq 0.01$ ; \*\*\*  $p \leq 0.001$ .

**CUADRO 5. Contraste de medias entre pacientes agorafóbicos con evolución favorable (n = 16) y no favorable (n = 20) para cada uno de los patrones conductuales manifiestos y encubiertos**

Variables	Evolución	Media	D.E.	t
Conductas manifiestas de evitación	no favorable	3.28	0.89	1.94*
	favorable	2.61	1.18	
Conductas encubiertas de evitación	no favorable	3.03	1.31	1.77
	favorable	2.31	1.11	
Evitación interoceptiva manifiesta	no favorable	2.12	1.03	2.06*
	favorable	1.49	0.74	
Evitación interoceptiva encubierta	no favorable	2.05	1.61	0.22
	favorable	1.95	1.22	
Conductas manifiestas de escape	no favorable	2.80	0.94	2.31*
	favorable	2.10	0.95	
Conductas encubiertas de escape	no favorable	2.68	1.52	0.46
	favorable	2.47	1.43	
Afrontamientos parciales, conductas manifiestas	no favorable	2.17	0.79	1.09
	favorable	1.77	0.82	
Afrontamientos parciales, conductas encubiertas	no favorable	2.08	1.00	-0.25
	favorable	2.19	0.92	

Nota: \* p ≤ 0.05

estadísticos, a sabiendas de que esta agrupación es ciertamente compleja. Con estos dos subgrupos se contrastó la frecuencia de uso en los distintos patrones CAD. En el cuadro 5 se resumen los datos estadísticos de estos contrastes.

Tomando como criterio de significancia estadística una  $p \leq 0.05$ , se observan tres contrastes significativos. Como se esperaba, estos contrastes indican que los PA que evolucionan favorablemente utilizan en menor medida las conductas manifiestas de evitación y de escape. Sin embargo, no hay cambios significativos en lo que se refiere al uso de estrategias encubiertas. Con todo, para nuestro interés, destacan los resultados de los afrontamientos parciales CAD: la mejor evolución terapéutica no supuso ninguna disminución significativa, ni en las estrategias manifiestas ni en las cognitivas, lo que da cierto apoyo a nuestra tercera hipótesis.

Para resumir los resultados mencionados hasta aquí, las personas con agorafobia suelen utilizar significativamente más las CAD que las personas con otros trastornos, las conductas más utilizadas suelen ser la evitación y las conductas de escape de los estímulos fóbicos e interoceptivos, y una evolución favorable de los pacientes agorafóbicos suele ir acompañada por una disminución del uso de esas conductas, salvo en las referidas a los afrontamientos parciales CAD, en que no se encuentran diferencias significativas.

## DISCUSIÓN

En este trabajo hemos intentado inventariar los tipos de afrontamiento de los estímulos fóbicos e interoceptivos con la finalidad de aportar información sobre su presencia en los PA, el uso diferencial de los distintos patrones y su papel en la evolución de este cuadro clínico. Especial mención se ha hecho a las

conductas de afrontamiento parcial debido a que han sido las menos estudiadas.

Nuestros resultados confirman, como era de esperar, que en general las CAD estudiadas son más utilizadas por los PA en comparación con pacientes de otros trastornos y, especialmente, en comparación con la población no clínica.

Cuando hipotetizamos que no habría diferencias significativas en el uso de un grupo u otro de CAD, entendíamos que la necesidad cotidiana de afrontar determinados estímulos por parte de las personas con agorafobia haría que las estrategias de evitación, escape o afrontamiento parcial se utilizaran de manera similar. Sin embargo, parece que el grado de malestar que les sigue generando resistir los elementos fóbicos, provoca que limiten el uso de los afrontamientos parciales frente a otras conductas que resultan más tranquilizadoras de forma inmediata (evitación o escape). En este sentido, las estrategias de afrontamiento parcial podrían considerarse como conductas de baja frecuencia y elevada intensidad (19).

Lo cierto es que los datos también apuntan a que la presencia de esas estrategias puede estar funcionando como un regulador de la recuperación de los pacientes. Cuando hemos contrastado dos grupos de pacientes, uno con evolución favorable y otro con evolución negativa, estable o fluctuante, los resultados muestran que la primera suele ir acompañada de una disminución del uso de estrategias evitativas o de escape (posiblemente porque éste puede ser, además, uno de los criterios implícitos que los terapeutas toman en cuenta para emitir un juicio sobre la evolución de un paciente fóbico). Sin embargo, esos resultados no se observan en el caso de los afrontamientos parciales, que no disminuyen a pesar de presentar una evolución favorable.

Evidentemente, estos últimos comentarios apuntan en esta dirección, ya que los datos tomados en cuenta

como evolución terapéutica son un tanto “groseros” (en la opinión de los terapeutas) para no hablar del escaso número de pacientes. No obstante, si lo anterior se confirmara en futuros trabajos, podría ponerse en evidencia que el uso de esos afrontamientos parciales puede ejercer un efecto contraterapéutico en la recuperación y normalización de los PA. Lo que podría estar ocurriendo es que, si bien con el progreso terapéutico los pacientes tienen cada vez menos comportamientos manifiestos evitativos y de escape, esto se hace a costa de utilizar una serie de recursos (p. ej., búsqueda de compañía, uso supersticioso de objetos contrafóbicos, la planificación o ejecución de tareas distractoras) que si bien reducen a corto plazo el malestar, a medio plazo obstaculizan una recuperación efectiva. Los afrontamientos parciales desadaptativos se convierten en este sentido no sólo en un obstáculo, sino en un objetivo de intervención terapéutica en sí.

La presencia de éstos, en los PA que aparentemente evolucionan favorablemente, se ve acompañada también de otro elemento digno de consideración: no disminuyen sus evitaciones y escapes encubiertos. En otras palabras, afrontan más estímulos fóbicos, pero continúan elaborando cognitivamente conductas y estrategias que favorecen una evitación o una huida encubiertas, lo que en la práctica supondría afrontamientos similares a los parciales. Diversos autores (8) señalan la importancia de las variables cognitivas en la consolidación de este trastorno, y este tipo de datos parece avalar tal tesisura. Lo cierto es que los pacientes no parecen disfrutar de óptimos niveles de autodeterminación y calidad de vida (17, 18, 20).

Con todo, la preocupación de este trabajo estribaba en la sensibilización y la categorización con respecto a algunas CAD que van más allá de las “tradicionales” conductas de evitación y escape (fóbicas e interoceptivas), prototípicas de los pacientes con agorafobia. Nuestros datos muestran tentativamente que estas conductas de afrontamiento parcial cumplen un papel importante en los recursos utilizados por los agorafóbicos, y cuya incidencia podría estar modulando el uso de otras estrategias y convirtiéndose, de paso, en un criterio a tener en cuenta en el proceso terapéutico. Futuras investigaciones tendrán que verificar semejantes juicios y la importancia relativa de las conductas de afrontamiento desadaptativas de tipo parcial en los pacientes con agorafobia.

### Agradecimientos

Este trabajo de investigación se ha realizado gracias a subvenciones del Ministerio de Ciencia y Tecnología (FIT-150500-2003-131) y de la Consejería de Sanidad (FUNCIS exp. 33/03) del Gobierno de Canarias, España.

### REFERENCIAS

- ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV-TR*. Massón, Barcelona, 2002.
- ALDWIN CM: *Stress, Coping and Development*. Guilford. Nueva York, 1994.
- BAKER R: *Panic Disorder: Theory, Research and Therapy*. Wiley. Londres, 1989.
- BAKER SL, PATTERSON MD, BARLOW DH: Panic disorder and agoraphobia. En: Anthony MM, Barlow DH (eds.). *Handbook of Assessment and Treatment Planning for Psychological Disorders*. Guilford, 67-112, Nueva York, 2002.
- BARLOW DH: *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford, Nueva York, 2002.
- BARLOW DH, CRASKE MG: *Mastery of Your Anxiety and Panic II. Therapy Works*. Graywind, Colorado, 1994.
- BUELA-CASAL G, SIERRA JC, MARTINEZ MP, MIRO E: Evaluación y tratamiento del pánico y la agorafobia. En: Buela-Casal G, Sierra JC (eds.). *Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos*. Biblioteca Nueva, 73-131, Madrid, 2001.
- CASEY LM, OEI TPS, NEWCOMBE PA, KENARDY J: The role of catastrophic misinterpretation of bodily sensations and panic self-efficacy in predicting panic severity. *J Anxiety Disord*, 18:325-340, 2004.
- COX BJ, ENDLER NS, SWINSON RP, NORTON GR: Situations and specific coping strategies associated with clinical and non clinical panic attacks. *Behav Res Ther*, 30:67-69, 1992.
- CRASKE MG, BARLOW DH: *Mastery of Your Anxiety and Panic III. MAP 3. Client Workbook for Agoraphobia*. Graywind, Colorado, 2000.
- CRASKE MG, BARLOW DH, MEADOWS EA: *Mastery of Your Anxiety and Panic III (MAP 3). Therapist Guide for Anxiety, Panic and Agoraphobia*. Graywind, Colorado, 2000.
- ECHEBURUA E, CORRAL P: Agorafobia. En: Caballo v, Buela-Casal g, Carboles JA (eds.). *Manual de Psicopatología y Trastornos Psiquiátricos*. Siglo XXI, Vol.1:344-345, Madrid, 1995.
- EMERY JL: *Cómo Dominar sus Miedos. Vencer el Pánico y la Agorafobia*. Síntesis. Madrid, 2000.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD: *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Meditor, Madrid, 1992.
- OTTO MW, SAFREN SA, POLLACK MH: Internal cue exposure and the treatment of substance use disorders: lesson from the treatment of panic disorder. *J Anxiety Disord*, 18:69-87, 2004.
- PASTOR C, SEVILLA J: *Tratamiento Psicológico del Pánico-Agorafobia*. Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta, Valencia, 1995.
- POLLACK MH, SMOLLER JW, OTTO MW, SCOTT EL, ROSENBAUM JF: Fenomenología del trastorno de angustia. En: Stein DJ, Hollander E (eds.). *Tratado de los Trastornos de Ansiedad*. Psiquiatría Ed.113-129, Barcelona, 2004.
- SAIZ J, IBAÑEZ A, MONTES JM: *Trastorno de Angustia. Crisis de Pánico y Agorafobia en Atención Primaria*. Masson. Barcelona, 2001.
- SPRAGUE JR, HORNER RH: La conducta problema de baja frecuencia y alta intensidad: Hacia una tecnología aplicada de evaluación funcional e intervención. En: Reep AC, Horner RH (eds.). *Ánalisis Funcional de Problemas de la Conducta*. Paraninfo Thomson Learning, 93-110, Madrid, 2000.
- VERDUGO MA, MARTIN M: Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25:68-77, 2002.

## ANEXO 1

### Relación de reactivos de la escala de conductas de afrontamiento desadaptativas (subescalas de conducta manifiesta y de conducta encubierta)

#### CONDUCTAS MANIFESTAS

1. Evitar afrontar cualquier situación que prevea me va a generar ansiedad o nervios. A
2. Evitar ciertos medios de transporte (coche, taxi, guagua, avión). A
3. Evitar las multitudes. A
4. Evitar los espacios cerrados. A
5. Evitar los espacios abiertos. A
6. Evitar estar solo-a. A
7. Evitar las colas. A
8. Evitar las situaciones novedosas. A
9. Evitar distanciarme de mi casa. A
10. Huir o escapar de cualquier situación que me esté generando ansiedad o nervios. C
11. Hacer las cosas rápido. C
12. Acelerar el paso. C
13. Firmar rápido las tarjetas de crédito en las tiendas. C
14. Cambiar de tema en las conversaciones que me pongan ansioso-a o nervioso-a. C
15. Hablar y responder con rapidez. C
16. Ir a un baño. C
17. Decir mentiras o excusas para marcharme de una situación que me produce ansiedad o nervios. C
18. Decir que me siento nervioso-a y que por ello me voy. C
19. Buscar la compañía de alguien conocido(pareja, padres, amigos...). D
20. Buscar la compañía de un animal doméstico. D
21. Tener a la vista a alguien conocido (pareja, padres, amigos...). D
22. Estar en mi casa. D
23. Estar en un sitio de confianza. D
24. Hacer los desplazamientos en coche. D
25. Tener localizados telefónicamente a alguien conocido. D
26. Vivir cerca de alguien conocido. D
27. En los sitios cerrados estar cerca de la puerta de la salida, de una ventana abierta o de un teléfono. D
28. Llevar el teléfono móvil en la mano o bolso. D
29. En los lugares públicos, aparcar el coche cerca. D
30. Estar por donde hay cerca taxis. D
31. Observar los coches e identificar los modelos de personas de confianza y seguirlos. D
32. Ir por ciertos lugares seguros. D
33. Ir por el mismo trayecto. D
34. Buscar la compañía de ciertas personas de confianza. D
35. Buscar la compañía de cualquier persona. D
36. Estar acompañado por conocidos. D
37. Estar en compañía de familiares. D
38. Llamar telefónicamente a alguien de confianza. D
39. Agarrarme de alguien. D
40. Peñizarme. D
41. Intentar hacer cosas sólo en ciertos momentos (por las mañanas, tarde o noche). D
42. Intentar hacer cosas sólo ciertos días de la semana. D
43. Pedir que no me dejen solo-a. D
44. Decir alguna excusa que justifique mi imposibilidad de ir a algún sitio. A
45. Decir que no puedo ir a algún sitio porque me siento nervioso-a o ansioso-a. A
46. Llamar por teléfono para comprobar que me esperan. D
47. Llamar por teléfono para comprobar que está cerca alguien de confianza. D
48. Comprobar que está cerca alguien de confianza. D
49. Antes de subir en un ascensor, comprobar por el portero eléctrico o móvil, la presencia de alguien en la vivienda. D
50. Comprobar que hay ruidos en las casas de los vecinos. D
51. Mirar la hora en el reloj. D
52. Llevar ansiolíticos, tranquilizantes. D
53. Llevar una botella de agua. D
54. Llevar el móvil, estampa, rosario, llaveros, amuletos... D
55. Solicitar la cuenta en un bar antes de que me sirvan. D
56. No entrar en un sitio hasta que no sea estrictamente necesario. D
57. Cruzar la calle para evitando cosas (semáforos, farolas...). D
58. Ingerir algún alimento o golosina. D
59. Ingerir agua. D
60. Ingerir cualquier bebida alcohólica. D
61. Ingerir ansiolíticos, tranquilizantes, tilas. D
62. distraerme trabajando. D
63. distraerme conversando. D
64. distraerme rezando. D
65. distraerme llamando por el móvil. D
66. distraerme enviando mensajes escritos por el móvil. D
67. distraerme jugando o manipulando el móvil. D
68. distraerme comprando. D
69. distraerme observando escaparates. D
70. distraerme cantando. D
71. distraerme escuchando música. D
72. distraerme realizando ejercicios de relajación. D
73. distraerme adelantando cosas pendientes. D
74. Si estoy solo-a en casa: encender luces, poner música, radio o tv., controlar la presencia de vecinos. D
75. distraerme observando a la gente. D
76. evitar las conversaciones sobre problemas. B
77. Evitar ver películas de miedo. B
78. Evitar los ascensos en el trabajo. B
79. Evitar sentarme delante en los sitios. D
80. Evitar en taxis sentarme a la izquierda. D
81. Evitar entrar por las puertas principales. D
82. Evitar salir de casa en ciertos momentos del día (mañanas, tardes o noches). B
83. Ir a un lugar seguro, para evitar estar solo-a. C
84. Evitar las alegrías. B
85. Comentar lo nervioso-a que estoy. D
86. Moverme sin poder parar. A
87. Llorar. D

#### CONDUCTAS ENCUBIERTAS

1. Pensar posibles excusas o mentiras para evitar enfrentarme a lo que me produce ansiedad o nervios. A
2. Pensar en qué decir para evitar enfrentarme a lo que me produce ansiedad o nervios. A
3. Planificar cómo evitar las colas. A
4. Planificar cómo evitar las multitudes. A
5. Planificar cómo evitar los transportes públicos. A
6. Planificar cómo evitar los espacios cerrados. A
7. Planificar cómo evitar los espacios abiertos. A
8. Planificar cómo evitar las situaciones novedosas. A
9. Planificar cómo evitar distanciarme de casa. A
10. Evitar tomar decisiones. B
11. Pensar en cómo huir de la situación. C
12. Pensar posibles excusas o mentiras, para justificar mi comportamiento, al tener que marcharme de una situación. C
13. Pensar en aproximarme a mi casa. D
14. Pensar que estoy en mi casa. D
15. Pensar en aproximarme a mi coche. D
16. Pensar en la presencia y disponibilidad de los taxis. D
17. Pensar en aproximarme a mi madre. D
18. Pensar en aproximarme a mi pareja. D
19. Pensar en aproximarme a alguien conocido (compañero-a, psicólogo-a, psiquiatra...). D
20. Pensar que se encuentra cerca alguien que me proporcione seguridad. D
21. Pensar que pronto vendrá alguien que me proporcione seguridad. D

22. Pensar que hoy vuelve de viaje alguien especial para mí. D  
 23. Pensar que se aproxima una fecha especial para mí. D  
 24. Pensar que se aproxima mejor el momento del día para mí. D  
 25. Pensar que está cerca alguien de confianza. D  
 26. Imaginar que hay alguien en el edificio. D  
 27. Convencerme de que no me apetece hacer algo que me resulta difícil. D  
 28. Pensar que el trayecto a realizar es inferior en distancia. D  
 29. Pensar que me están esperando. D  
 30. Pensar que lo que estoy haciendo durará poco tiempo. D  
 31. Pensar que al llegar a mi casa se me pasará. D  
 32. Pensar en qué hacer si me pongo nervioso-a o ansioso-a, para distraerme. D  
 33. Buscar un porqué que pueda justificar mi ansiedad o nervios. D  
 34. Pensar que no pasa nada. D  
 35. Pensar que estoy bien. D  
 36. Pensar que estoy cerca de casa. D  
 37. Pensar que no es mucho tiempo. D  
 38. Pensar que no me pueden dar crisis porque estoy con personas que desconocen mi problema. D  
 39. Pensar que no me pueden dar crisis porque estoy con alguien que tengo que proteger (p.e., un hijo). D  
 40. Pensar que ya he pasado por esto. D  
 41. Cuando estoy en un sitio, pensar las veces que he estado en él anteriormente. D  
 42. Pensar en lo que voy a hacer al llegar a casa. D  
 43. Pensar en las llamadas telefónicas pendientes. D  
 44. Pensar en el sitio al que voy a ir, con quién y de qué hablar. D  
 45. Pensar en lo que voy a comprar. D  
 46. Intentar distraerme pensando en cualquier cosa. D  
 47. Contar el número de personas. D  
 48. Contar según algún método (hacia atrás, de tres en tres...). D  
 49. Pensar en conseguir un trabajo en mi empresa a alguien de me de seguridad. D  
 50. Pensar en cómo orientar mi trabajo hacia mi casa. D  
 51. Pensar en cómo encadenar distintos elementos de seguridad (compañía de alguien de confianza, lugares seguros, el móvil...). D  
 52. Planificar cómo evitar la soledad. A

NOTA: las letras al final de cada reactivos indican a que patrón conductual pertenecen (conducta encubierta o manifiesta): A: conductas de evitación; B: evitación interoceptiva; C: conductas de escape; D: conductas de afrontamiento parcial.