

# AGORAFOBIA (CON O SIN PÁNICO) Y CONDUCTAS DE AFRONTAMIENTO DESADAPTATIVAS. PRIMERA PARTE

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

## SUMMARY

The present paper examines the role of a type of coping strategy used by patients with agoraphobic disorders (AD) when they confront phobic stimuli. This strategy consists in a group of overt behaviors and thoughts (ritual behaviors, frequently) which allow agoraphobic patients (AP) to resist the presence of phobic scenes. Those behaviors function like a partial coping in the sense that they allow initially to confront the phobic stimuli, but later they transform themselves in non-adaptative coping behaviors that limit the therapeutic efficiency.

The agoraphobic disorder (AD), with or without panic attack (CIE-10, F 40), is considered the more complex phobia and which produces the highest level of disability. Besides, this phobia, contrary to social or specific phobias, has a pervasive tendency (panphobia), reaching each time more situations and stimuli.

The essential clinical aspects include anxiety, sensitivity, emotional responses of fear-anxiety-panic and shame, anticipatory responses, catastrophic thoughts, and avoidance and escape behaviors toward phobic scenes.

There is an important volume of research about those clinical aspects. But there are only a few studies about the coping strategies used by AP when they need to resist a phobic situation.

Traditionally, coping strategies considered were those used by AP 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, it also includes behaviors targeted to avoid the negative physiological responses similar to those occurring in an anxiety crisis (*interoceptive avoidance*).

Nevertheless, some experts have reported that AP used some other coping strategies that allowed them to accomplish partial and temporary confrontations toward phobic elements (elements that they needed to confront).

In that sense, some authors have proposed other strategies beyond avoidance and escape behaviors, including those partial coping behaviors in the repertoires used by agoraphobic patients. So, there are several classifications that take into account these behaviors, but under different terms: *Distractions* (thoughts or conducts that relieve anxiety in the presence of phobic stimuli). *Calming strategies* (behaviors that they use when they need to

confront a phobic scenario). *Searching for company* (looking for the company of a relative, friend or pet). *Safety behaviors or safety signs* (behaviors adopted to limit the level of distress as a consequence of feeling "caught" in a phobic situation). *Counter-phobic objects* (objects or persons to which patients assign the ability to diminish the distress in the case of crisis). Different experts have denominated these strategies "defensive mechanisms", "useless coping strategies", "partial coping strategies" or "non-adaptative coping behaviors".

This kind of behaviors and thoughts can be useful in the short-term, but in the long term they favor the continuity of anxiety and the avoidance cycle. These partial coping strategies allow patients with agoraphobia to confront and to resist the presence of the phobic stimuli, but this is done with a high cost, since the confrontations are only partial (they confront the phobic scenarios in certain contexts and with certain characteristics) and temporary, generalizing the use of these strategies to future confrontations.

These strategies provide a certain apparent validity: the person is capable to resist the phobic element (that is not possible with both avoidance and escape strategies). Nevertheless, the information provided by these behaviors acts as a reinforcing mechanism and acquires by itself a value of discriminative stimulus about the circumstances in which are possible for confronting the phobic scenes. The role of these behaviors and thoughts in the development of agoraphobia in a chronic disorder is also evident.

In this sense, they play a non-adaptative role. These strategies turn to be the unique ways to confront (some part of) phobic stimuli. Then, they generate a high degree of interference with both adaptive behaviors and thoughts that must be dominant in the therapeutic process.

Finally, the partial coping strategies pass from being a resource that allows them to resist the phobic stimuli, to a therapeutic aim that clinicians must reduce and eliminate.

Taking into account the state of the question, we propose in this paper a new classification of non-adaptative coping strategies used by agoraphobic patients, for including the partial coping strategies. The parameters for constructing a new taxonomy are three: (i) the coping strategies must be grouped according to its *function role* (i.e., to avoid anxiety and negative physiological

\* Universidad de La Laguna. Sta. Cruz de Tenerife. Canarias. España.

\*\*Hospital Universitario de Canarias. Sta. Cruz de Tenerife. Canarias. España.

Correspondencia: Carmen T. Pitti. U. Investigación del Hospital Universitario de Canarias. Proy. de Investigación de Agorafobia y Realidad Virtual. Psiquiatría (2ª planta). 38.320 Sta. Cruz de Tenerife. España. agorafobia@huc.canarias.org tel: + (34)922678231

Recibido primera versión: 21 de septiembre de 2004. Segunda versión: 28 de marzo de 2005. Tercera versión: 19 de octubre de 2005. Aceptado: 22 de febrero de 2006.

responses, to reduce anxiety if it appears, to confront the stimuli with the lower level of distress). So, we prefer the term *behavioral patterns*, like a group of behaviors and thoughts which rule similar functions. (ii) The classification has to attend to the *nature of behaviors*, differentiating between overt (manifest) and covert (cognitive) behaviors. This distinction is elemental from an applied point of view. (iii) The third element is to identify the *non-adaptive* character of the confrontation behaviors, because they incapacitate and interfere in the normal development of the daily life.

Additionally, a terminology question: there is several concepts that are being used in an indistinct manner, such as behavioral patterns, strategies or, even, styles. According to what the agoraphobic patients do (in an overt or covert way), we prefer the term behavior, in the sense that this term emphasizes what the people do (and not what they believe or what they would like to do).

According to those three parameters, we propose four behavioral patterns. These behavioral patterns have two versions: overt and covert behavior. The components of each pattern share similar functions and they cover all of those strategies that can be used for persons with agoraphobia for coping with the different phobic scenes. The four behavioral patterns are as follow:

*Avoidance behaviors.* This pattern includes all of those behaviors and thoughts that the agoraphobic patients do to avoid the phobic stimuli. Its function consists in to prevent the anxiety and psychological distress by means of avoidance of phobic elements.

*Interoceptive avoidance.* This pattern refers to all behaviors and thoughts that try to avoid the interoceptive signs (negative physiological responses) similar to those that occur during an agoraphobic crisis. Its function consists to prevent physiological negative states by means of avoidance of those behaviors that can generate those states and can be interpreted like the beginning of a crisis.

*Escape behaviors.* This group of behaviors refers to all behaviors and thoughts that are used to remove the patients from a phobic scene. So, its function consists in to reduce and to eliminate the anxiety states by means to run away from the phobic stimuli.

*Partial coping behaviors.* Finally, this fourth behavioral pattern includes all of those strategies that allow AP to resist the presence of phobic elements. This resistance is doing according to some contexts and according to certain characteristics of those elements. The strategies consist on behaviors and thoughts, such as safety signs, distractions, or rituals that reduce the anxiety to tolerable levels. Its function consists to provide several resources that allow to a person with agoraphobia to cope with a phobic situation. Usually, the anxiety does not disappear, but the psychological distress does not reach disability levels. Frequently, the patients carry out these strategies because they are forced or need it.

This approach is discussed according to the utility to take into account these four behavioral patterns, and not only the avoidance and escape behaviors. An special consideration have the partial coping strategies in the extent in which these behavior may suppose a false therapeutic progress, at the time that they turn into a resistant element that interferes with the therapeutic resources.

**Key words:** Agoraphobia, coping behavior, review.

## RESUMEN

El presente artículo analiza las *conductas de afrontamiento desadaptativas* (CAD) utilizadas por los pacientes afectados por agorafobia (PA) ante la presencia o la anticipación de un estímulo

fóbico o interoceptivo. Se parte de la existencia de un volumen importante de investigaciones sobre la agorafobia y, en concreto, de los diversos estilos de afrontamiento. En este sentido, tradicionalmente se han considerado dos estrategias que tratan de disminuir y hacer que desaparezca la ansiedad: los *comportamientos de evitación* y las *conductas de escape* de los estímulos fóbicos (una vez que se encuentran inmersos en los mismos). Se analiza también la *evitación interoceptiva*, relacionada con la evitación de comportamientos que pudieran provocar respuestas fisiológicas negativas, similares a las respuestas de ansiedad. Sin embargo, poco se ha dicho con respecto a los comportamientos que presentan los PA y que les permiten *afrontar parcialmente* las situaciones fóbicas. A pesar de ello, algunos expertos han informado de la manifestación de estas conductas y estrategias, que facilitan a los pacientes enfrentar una situación fóbica cuando se ven forzados a ella o necesitan hacerlo. Las denominaciones que han recibido estas conductas han sido variadas y sus componentes también. Así, se habla de mecanismos defensivos, estrategias de afrontamiento y estrategias tranquilizadoras (búsqueda de compañía, conductas o señales de seguridad, distracción, objetos contrafóbicos, etc.), entre otras. En todos los casos son procedimientos a los que el paciente asigna el valor de disminuir la ansiedad hasta niveles tolerables, lo que a su vez le permite enfrentar los estímulos fóbicos e interoceptivos.

La anomalía de estas estrategias de afrontamiento parcial es que proporcionan cierta validez aparente ya que la persona es capaz de resistir la presencia de los estímulos temidos (lo que no es posible con las otras conductas de evitación y escape). Sin embargo, la información que proporcionan estas estrategias actúa como un mecanismo reforzante que adquiere en su oportunidad el valor de estímulo discriminativo sobre las condiciones en que puede ser afrontado un contexto fóbico. En este sentido cumplen un papel poco adaptativo y generan a su vez un alto grado de interferencia con los pensamientos y conductas adaptativas, los cuales son los que se deberían imponer en el proceso terapéutico. Paradójicamente, eso hace que lo que parece útil al principio, se convierta en sí en un objetivo terapéutico.

Tomando en consideración lo antes expuesto, en este artículo proponemos una nueva clasificación de tales conductas de afrontamiento, incluidas las estrategias de afrontamiento parcial. Los parámetros tomados en cuenta para proponer esta nueva taxonomía son tres: atender la función que regulan las conductas y pensamientos, considerar la naturaleza de las estrategias (cognitivas o conductuales), e incluir los comportamientos a los que se reconoce un carácter desadaptativo.

A partir de ellos se proponen cuatro patrones conductuales: *conductas de evitación* (cuya función es reducir o eliminar la ansiedad al evitar los estímulos fóbicos), *conductas de escape* (su función es reducir la ansiedad huyendo de la situación), *evitación interoceptiva* (su función es prevenir las respuestas fisiológicas negativas, similares a las provocadas por las crisis de pánico), y las *conductas de afrontamiento parcial* (su función es ayudar a afrontar los estímulos fóbicos con el menor malestar posible).

Finalmente, esta propuesta se discute de acuerdo con la necesidad de tomar en cuenta todas estas conductas y estrategias (y no sólo las de evitación y escape) e intentar minimizar su uso. Se destaca la importancia de las mismas, ya que no considerarlas podría propiciar un falso progreso terapéutico, de por sí contraterapéutico.

**Palabras clave:** Agorafobia, trastorno de pánico, conductas de afrontamiento, revisión.

## INTRODUCCIÓN

La agorafobia (44) se considera como la fobia más compleja, la que produce un mayor nivel de incapacidad (5, 31, 37, 50), y la más difícil de abordar terapéuticamente (7, 40, 44). Esta incapacidad condiciona la vida de los afectados repercutiendo negativamente en su autonomía y calidad de vida (49, 54). En comparación con las fobias simples que limitan parcialmente, este tipo de fobia puede afectar negativamente al paciente en diversos ámbitos vitales como el laboral, social, de pareja, familiar, académico, lúdico y personal (3, 21). Además, tal y como señalan diversos autores (4, 50), a diferencia de las fobias específicas o sociales, ésta es de tendencia creciente (panfobia), y abarca cada vez más situaciones o estímulos que deben evitarse, por lo que si el paciente no recibe el tratamiento adecuado su capacidad de deterioro suele ser progresiva y tiende a la cronificación.

Considerada desde el punto de vista epidemiológico, la agorafobia presenta tasas de prevalencia variables que oscilan entre 0.6 y 6% (3, 19, 37, 41, 55), dependiendo de diversos estudios. En lo que se refiere al género, al igual que otros trastornos neuróticos (35) parece afectar mayoritariamente a las mujeres, mostrando datos porcentuales que llegan a 75% (11, 34, 42, 53, 56).

Diversos autores (1, 2, 10, 11, 14, 15, 20, 22, 23, 29, 45, 46, 48, 52) han señalado aspectos clínicos esenciales, entre los que destacan la sensibilidad a la ansiedad, las respuestas emocionales de miedo-ansiedad-pánico y vergüenza, la anticipación de tales respuestas, las cogniciones catastrofistas, las conductas de evitación-escape frente a estímulos fóbicos y las conductas de evitación interoceptivas.

Con respecto al tratamiento de los pacientes con agorafobia, existe suficiente evidencia que muestra tanto la eficacia de los psicofármacos (básicamente ansiolíticos y antidepresivos, especialmente los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina), como la de tratamientos psicológicos cognitivo-conductuales (5, 6, 21). Además, ambas modalidades de tratamiento han mostrado eficacia al combinarse su uso (6, 8, 15, 16, 28, 32, 51). Pese a todo, existe un grupo de pacientes que no consigue responder positivamente al tratamiento, al tiempo que su cronificación representa un nuevo reto terapéutico.

En este contexto clínico, por lo que toca a la investigación, existen aún lagunas importantes por abordar. Para nuestro interés podemos destacar la mejora en el conocimiento clínico de los síntomas de la agorafobia, el conocimiento de los estilos y las estrategias psicológicas, la mejora de los procedimientos diagnósticos (diagnóstico prevalente y diferencial), y el desarrollo

de estrategias de intervención para pacientes con agorafobia resistente. Desde esta perspectiva y frente a los PA, el presente artículo revisará los primeros puntos, para así tratar de profundizar en los aspectos clínicos que faciliten el diagnóstico y la mejora en las técnicas de tratamiento. Para ello nos centraremos en el conocimiento de las conductas y estrategias de afrontamiento de los estímulos fóbicos e interoceptivos.

## HACIA UNA CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Como se ha visto, tradicionalmente se ha considerado que las estrategias de afrontamiento manifiestas en personas con agorafobia (y en los fóbicos en general) se dirigían a disminuir la ansiedad y el malestar psicológico. Consistían sobre todo en comportamientos evitativos (como eludir los estímulos fóbicos) en ausencia de los estímulos fóbicos y frente a la anticipación de los mismos, y en conductas de huida o escape en presencia de tales estímulos. Sin embargo, ya algunos expertos habían referido casuísticamente que las personas con agorafobia recurrían a otras estrategias que les permitían realizar afrontamientos parciales y temporales de los elementos fóbicos. Así, Marks (39) señalaba: “[...] en la iglesia o el restaurante suelen escoger un lugar cercano a la salida, de forma que les resulta más fácil y rápido escapar en caso de que se presente una crisis de angustia [...] un teléfono cercano es también un elemento tranquilizador [...] otras estrategias frecuentemente utilizadas son, por ejemplo, caminar llevando en la mano un paraguas, una maleta o un carrito de la compra, andar con un periódico bajo el brazo o con una bicicleta, más por tenerla al lado que por circular en ella, y llevar un caramelo en la boca [...]”.

En este sentido, especial consideración merece el estudio realizado por Baker (9) para intentar evaluar cómo se comportaban los afectados por un trastorno de pánico inmediatamente después de la primera crisis. Este trabajo de investigación muestra, como era de esperar, que tras la primera crisis 66% de los afectados refería haber comenzado a emitir los tradicionales comportamientos de evitación la primera semana después del primer ataque de pánico. Pero, además, el autor señala que los afectados también utilizaban otras estrategias. Estas se presentan en el cuadro 1.

Por otro lado, la práctica clínica en el manejo del PA (47) nos ha permitido observar que las conductas de afrontamiento a que recurren van más allá de lo que conceptualmente se ha considerado como comportamientos evitativos o de escape. Estas apreciaciones tenían que ver tanto con su naturaleza como con sus

**CUADRO 1. Relación de autores y conductas de afrontamiento señaladas para los pacientes con agorafobia**

Baker R. (1989)	Conductas de evitación, autoinstrucciones positivas, no salir de casa, evitar las situaciones en que se produjo el primer ataque de pánico y requerir siempre acompañamiento.
Cox BJ, Endler NS, Swinson RP, Norton GR (1992)	Pensar que ya has estado ahí, la distracción, tomar la medicación, escapar de la situación, tumbarse, convencerse a uno mismo de que el ataque pasará pronto, estar con un amigo y realizar ejercicios de relajación.
Durán L, Jiménez D, Llinares C, Martín MJ, Padín JJ (1993)	Conductas de evitación, estrategias tranquilizadoras, búsqueda de compañía y los objetos contrafóbicos.
Craske MG, Barlow DH (2000)	Conductas de evitación y escape, señales de seguridad, estrategias de afrontamiento anticipatorias de peligro real, distractores, evitación interoceptiva.
Emery JL (2000)	Comportamientos de evitación, comportamientos de huida o escape, comportamientos de seguridad, objetos contrafóbicos y la ansiedad anticipatoria.
Buela-Casal G, Sierra JC, Martínez MP, Miró E (2001)	Evitación, estrategias de distracción y métodos de afrontamiento supersticiosos.

funciones en comportamientos “atípicos” detectados, principalmente, en los registros conductuales de las técnicas de exposición en vivo (en los registros de las sesiones de autoexposición jerarquizada y en las reestructuraciones cognitivas). Asimismo, parecían orientarse a reducir las respuestas de miedo, ansiedad, pánico y vergüenza.

Al realizar una revisión bibliográfica sobre la identificación precisa de las conductas y estrategias de afrontamiento de los PA, es notorio que el análisis y la investigación sobre las mismas no han sido precisamente prolijos, aunque cabe destacar los esfuerzos realizados, que se presentan en el cuadro 1.

En algunos trabajos de investigación (30, 31), se abordan las conductas de afrontamiento parcial de forma directa, haciendo especial hincapié en las conductas manifiestas tranquilizadoras. En esta línea, se alude a ellas con términos como: *mecanismos defensivos* y *estrategias de afrontamiento*.

Posiblemente, los autores que más han centrado su atención en las estrategias de afrontamiento de los PA sean Craske y Barlow. Estos autores (24, 25) señalan que las personas con agorafobia presentan, además de las conductas de evitación y escape, lo que denominan múltiples *estrategias de afrontamiento inútiles*. Estas estrategias de afrontamiento inútiles se clasifican en los siguientes tres bloques:

a) *Señales de seguridad*: Las definen como personas u objetos que adquieren la propiedad de hacer que una persona se sienta segura ante un peligro. Como ejemplos señalan llevar un teléfono y hacerse acompañar de ciertas personas. b) *Estrategias de afrontamiento anticipatorias de peligro real*: Se definen como estrategias

mediante las cuales una persona enfrenta una situación como si representara un verdadero peligro. Como ejemplos señalan situarse cerca de las salidas y de los baños en las fiestas, las discotecas y los centros comerciales. c) *Distractores*: Respecto a esta estrategia, se señala que distraerse significa abstraer la propia mente de una tarea cotidiana. Como ejemplos se mencionan evitar mirar hacia un objeto que produce miedo, cerrar los ojos, realizar ejercicios mentales con juegos de números o palabras, contar mentalmente y mantenerse lo más ocupado posible.

Estos autores (11, 12, 14, 24, 25) señalan también que algunos pacientes con evitación agorafóbica grave suelen manifestar además otro conjunto de comportamientos a los que designan *evitación interoceptiva* o evitación de sensaciones físicas internas ansiógenas. Este tipo de evitación se relaciona con situaciones o actividades que puedan generar sensaciones, que se puedan parecer de algún modo a la sintomatología ansiosa. Como ejemplo se cita el hecho de que algunos pacientes eviten realizar ejercicio físico, pues éste aumenta la actividad cardiovascular o acelera la respiración, y tales sensaciones pueden despertar el recuerdo de respuestas ansiógenas.

Por último, Cox (27) condujo un estudio para evaluar las *situaciones y estrategias de afrontamiento específicas asociadas a los ataques de pánico (con agorafobia)* en población clínica y no clínica. En ambos casos se aplicó el Cuestionario de Ataques de Pánico (PAQ [43]), Para conocer las estrategias con que más se defendía cada grupo (cuadro 1). Este trabajo de investigación posee el valor adicional de incluir múltiples conductas encubiertas (cognitivas).

## LA IMPORTANCIA DE LOS AFRONTAMIENTOS PARCIALES EN LA AGORAFOBIA

En este punto, la pregunta sería ¿por qué son importantes esos otros modos de afrontamiento, más allá de las conductas de evitación o escape? Craske y Barlow (24) señalaron ya que *las estrategias de afrontamiento inútiles*, pueden serlo a corto plazo, pero que a largo plazo favorecen la continuidad del ciclo de ansiedad y evitación. Por lo mismo consideran que es esencial que todas estas estrategias de afrontamiento se eliminen con el tiempo.

Otro grupo de autores ha destacado el papel terapéutico de esos afrontamientos parciales, en especial del uso de “estrategias de seguridad” porque, si bien hacen que los PA afronten y resistan la presencia de estímulos fóbicos, esto se hace con un coste elevado, ya que el afrontamiento suele ser parcial (un estímulo en ciertos contextos y con características deter-



minadas) y temporal, lo que generaliza el uso de tales estrategias a futuros afrontamientos (13, 17, 26, 33, 46).

Tal y como señalan Cándido, Maldonado y Vila (18), el proceso por el que algunos de estos afrontamientos parciales resultan limitantes se justifica, de acuerdo con la Teoría de las Señales de Seguridad, porque el *feedback* contingente que proporcionan determinados recursos en la respuesta (p.ej., las estrategias de búsqueda de seguridad) inhibe el miedo y actúa como un reforzador positivo de esa respuesta. De esta manera, la desaparición o el final de la activación fisiológica negativa actúa como un refuerzo negativo, lo que a su vez ocasiona que el miedo disminuya pasivamente y el *feedback* actúe como un refuerzo positivo que reduce activamente el miedo. Ambos mecanismos contribuyen a la adquisición y el mantenimiento de la respuesta de evitación. Se postula que el mecanismo de refuerzo del *feedback* es el mismo que subyace al poder reforzante de permanecer en un lugar seguro, esto es, la relajación y el contracondicionamiento. Por tanto, se asume que cuanto más dure el *feedback*, mayor será el efecto de la respuesta de evitación.

En definitiva, el uso de estos afrontamientos parciales puede parecer eficaz a corto plazo, lo que proporciona una validez aparente: la persona es capaz de resistir el estímulo fóbico (frente a las estrategias evitativas o de escape). Sin embargo, la información proporcionada por estas conductas actúa como un mecanismo reforzante de las mismas, con lo que adquiere un valor de estímulo discriminativo de cuándo, cuánto y en qué circunstancias se puede abordar el estímulo fóbico. Estos mecanismos añaden entonces un elemento al abordaje terapéutico: se trataría ahora de considerar que, si los PA han consolidado un modo de afrontar el estímulo fóbico por medio de conductas inadecuadas (necesidad de que ocurran determinadas circunstancias, que se dé un contexto establecido, que unos pensamientos muy precisos sean los mentalmente dominantes...), y cuando no están presentes debe ser evitado (o escapar del mismo), convirtiéndose estas conductas en uno de los objetivos terapéuticos. La función reguladora y moduladora de estas conductas en la cronificación del trastorno también parece evidente.

## A MODO DE DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Al considerar las conductas de afrontamiento que realizan los PA, la bibliografía al respecto parece concordar en dos de estas conductas que tienen como finalidad hacer que desaparezca el malestar psicológico, a saber, las conductas evitativas de los estímulos fóbicos y las conductas de escape. Sin embargo, cuando se aborda otro tipo de conductas de afrontamiento, los

resultados son más complejos y de mayor ambigüedad. Algunos autores aluden a conductas como “estrategias tranquilizadoras”, “estrategias o mecanismos defensivos” o sencillamente “inútiles”. Esta confusión nominativa se observa también al clasificar las “conductas de afrontamiento”, dado que las subcategorías establecidas resultan poco coincidentes. Por otro lado, las subcategorizaciones utilizadas parecen tener más que ver con la similitud de sus componentes que con la función que desempeñan. Pese a todo, estas clasificaciones parecen convenir en algo, pues todas van más allá del mero hecho de considerar “las conductas de evitación y escape” y parecen aludir a un concepto de “conducta” más amplio.

También resulta destacable que los diversos autores que aluden a las conductas de afrontamiento en los PA —que si bien han conjugado conductas manifiestas (motoras) y encubiertas (cognitivas)— no las abordan de forma diferenciada y han dado mayor atención a las conductas manifiestas. Por lo anterior es posible que la clasificación de tales conductas adquiera más consistencia, solidez y claridad si se realiza atendiendo en mayor medida a su naturaleza.

Ante este panorama, entendemos que procedería una nueva clasificación que conjugue una serie de elementos para que sea más precisa, parsimónica, aplicable y heurística. Los parámetros que se debería tener en cuenta serían los siguientes:

En primer lugar, la clasificación debería atender a la función que regulan las conductas de afrontamiento. En este sentido, nos apoyamos en las propuestas de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (36, 38) sobre la necesidad de identificar las reglas por las que se regulan nuestros comportamientos y la función que desempeñan. Conocer la función común a un grupo de comportamientos parece ser clínicamente más valioso que detectar una mera similitud entre ellos. En ese sentido hablaremos más de patrones conductuales que regulan una misma función.

Un segundo parámetro es que esa clasificación deberá atender además a la naturaleza de las conductas en cuestión, diferenciando los comportamientos o las estrategias manifiestas de los comportamientos encubiertos (cognitivos), elementos que desde el campo clínico tienen un carácter diferenciado y un abordaje también distinto.

El tercer elemento consiste en reconocer el carácter desadaptativo de las conductas de afrontamiento.

Por último, y como una cuestión nominativa, existe una serie de conceptos que se utilizan de manera indistinta (como hemos hecho nosotros mismos en este artículo): conductas, estrategias o, incluso, estilos. Apoyándonos en la propuesta de la ACT, entendemos que lo más importante y valioso es lo que hacen los PA



estas *conductas de afrontamiento parcial*. Como se ha visto, estos comportamientos pueden tomarse erróneamente como señales de mejora o de recuperación en la medida en que la persona enfrenta efectivamente el estímulo fóbico. Sin embargo, el conjunto de conductas y rituales que llevan a cabo los pacientes para reducir el malestar y lograr enfrentar un estímulo fóbico, termina por convertirse en un “recurso” desadaptativo que, por un lado, hace que sea necesario usarlo todas y cada una de las veces que se enfrenta el estímulo fóbico y, por otro, termina por condicionar su capacidad de afrontamiento a aquellos estímulos que los PA han comprobado que son “efectivos”.

En la actualidad, y frente a estos comportamientos de afrontamiento, se carece de un instrumento clínico de medida que permita evaluarlos en todas sus dimensiones. Esta carencia diagnóstica obliga a los clínicos a iniciar psicoterapias sin poseer el diagnóstico previo de estas conductas problema, lo que dificulta la planificación del tratamiento y la aplicación del mismo. La evaluación de estos rituales tranquilizadores ha merecido nuestra especial consideración por el interés *diagnóstico y contraterapéutico* que parecen poseer, así como por la posible función que desempeñan en la cronificación del PA.

#### Agradecimientos

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

#### REFERENCIAS

1. ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV*. Masson, Barcelona, 1995.
2. ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA: *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM IV-TR*. Masson, Barcelona, 2002.
3. ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA: *Trastornos de Ansiedad. Psychiatric Self-Assessment Review*. Medical Trends, 50:79-99, 2000.
4. AYUSO JL: Pronóstico y evolución del trastorno de pánico. *Monografías de Psiquiatría* (Numero extra):15-22, 1996.
5. BADOS A: Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema*, 13:453-464, 2001.
6. BADOS A: Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. En: Pérez M, Fernández JR, Fernández C, Amigo I (eds.). *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces I. Adultos*. Pirámide, 247-270, Madrid, 2003.
7. BADOS A: *Agorafobia, II. Tratamientos Psicológicos y Farmacológicos*. Piados, Barcelona, 1995.
8. BADOS A: Técnicas de intervención en agorafobia. *Ansiedad Estrés*, 3:339-358, 1997.
9. BAKER R: *Panic Disorder: Theory Research and Therapy*. Wiley Press, Londres, 1989.
10. 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.

11. BARLOW DH: *Anxiety and its Disorders: The Nature and Treatment of Anxiety and Panic*. Guilford, Nueva York, 2002.
12. BARLOW DH, CRASKE MG: *Mastery of your Anxiety and Panic*. Graywind, Colorado, 1989.
13. BARLOW DH, CRASKE MG: *Mastery of your Anxiety and Panic II. Therapy Works*. Graywind, Colorado, 1994.
14. BARLOW DH, DURAND VM: *Psicopatología*. Paraninfo, Madrid, 2000.
15. BOTELLA C: Guía de tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. En: Pérez M, Fernández JR, Fernández C, Amigo I (eds.). *Guía de Tratamientos Psicológicos Eficaces I. Adultos*. Pirámide, 287-310, Madrid, 2003.
16. BRUCE TJ, SPIEGEL DA, HEGEL MT: Cognitive-behavioral therapy helps prevent relapse and recurrence of panic disorder following alprazolam discontinuation: a long-term follow-up of the Peoria and Dartmouth studies. *J Consult Clin Psychol*, 67:151-156, 1999.
17. BUELA-CASAL G, SIERRA JC, MARTINEZ, MP, MIRO E: Evaluación y tratamiento del pánico y la agorafobia. En: Buena-Casal G, Sierra JC (eds.) *Manual de Evaluación y Tratamientos Psicológicos*. Biblioteca Nueva, 73-131, Madrid, 2001.
18. CANDIDO A, MALDONADO A, VILA J: Effects of duration of feedback on signalled avoidance. *Anim Learn Behav*, 19:81-87, 1991.
19. CARAVEO-ANDUAGA JJ, COLMENARES E: Prevalencia de los trastornos de ansiedad fóbica en la población adulta de la ciudad de México. *Salud Mental*, 23:10-19, 2000.
20. 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.
21. CHAMBLESS DL, FAUERBACH JA, FLOYD FJ, WILSON KA y cols.: Marital interaction of agoraphobic woman: A controlled, behavioral observation study. *J Abnorm Psychol*, 111:502-512, 2002.
22. CLARK DM, SALKOVSKIS PM: *Cognitive Treatment of Panic: Therapist's Manual*. Pergamon, Oxford, 1987.
23. CRASKE MG: *Anxiety Disorders*. Basic Books, Nueva York, 1999.
24. CRASKE MG, BARLOW DH: *Mastery of Your Anxiety and Panic III. MAP 3. Client Workbook for Agoraphobia*. Graywind, Colorado, 2000.
25. CRASKE MG, BARLOW DH: Panic disorder and agoraphobia. En: Barlow DH (ed.). *Clinical Handbook of Psychological Disorders: A Step-by-step Treatment Manual*. Guilford, Nueva York, 2001.
26. 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.
27. 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.
28. DE BEURS E, VAN BALKOM A, LANGE A, KOELE P, VAN DICK R: Treatment of panic disorder with agoraphobia: Comparison of fluvoxamine, placebo and psychological panic management combined with exposure and of exposure in vivo alone. *Am J Psychiatry*, 152:683-691, 1995.
29. DIEZ C: Clínica. En: Vallejo J, Gastó C. (eds.). *Trastornos Afectivos: Ansiedad y Depresión*. Masson, Barcelona, 2000.
30. DURAN L, JIMENEZ D, LLINARES C, MARTIN MJ, PADIN JJ: Clínica y diagnóstico de la ansiedad y sus cuadros. Relación con otras patologías. En: Chinchilla A (es.). *Trastornos por Ansiedad*. Sanofi Winthrop, 156-158, Barcelona, 1993.
31. ECHEBURUA E, CORRAL P: Agorafobia. En: Caballo B, Buena-Casal G, Carboles JA (eds.). *Manual de Psicopatología y*

- Trastornos Psiquiátricos. Vol. 1. Siglo XXI, 344-345, Madrid, 1995.*
32. ELLISON JM, McCARTER R: Tratamiento combinado de los trastornos de ansiedad. En: Stein DJ, Hollander E (eds.). *Tratado de los Trastornos de Ansiedad*. Psiquiatría Ed., 113-129, Barcelona, 2004.
  33. EMERY JL: *Cómo Dominar sus Miedos. Vencer el Pánico y la Agorafobia*. Síntesis, Madrid, 2000.
  34. GASTO C, VALLEJO J: *Trastornos de Angustia y Fobias. Manual de Diagnóstico Diferencial y Tratamiento en Psiquiatría*. Masson, Barcelona, 1992.
  35. GRANADOS JA, ORTIZ L: Patrones de daños a la salud mental: psicopatología y diferencias de género. *Salud Mental*, 26:42-50, 2003.
  36. HAYES S, STROSAHL K, WILSON, K: *Acceptance and Commitment Therapy*. Guilford, Nueva York, 1999.
  37. KAPLAN HI, SADOCK BJ: *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias de la Conducta. Psiquiatría Clínica*. Médica Panamericana, Madrid, 1998.
  38. LUCIANO C, WILSON K: *Terapia de Aceptación y Compromiso*. Pirámide, Madrid, 2002.
  39. MARKS I: *Miedos, Fobias y Rituales. 2. Clínica y Tratamientos*. Martínez Roca, Barcelona, 1991.
  40. MATHEWS AM, GELDER MG, JONHSON DW: *Agorafobia, Naturaleza y Tratamiento*. Fontanella, Barcelona, 1985.
  41. MCNALLY RJ: *Panic Disorder: A Critical Analysis*. Guilford, Nueva York, 1994.
  42. MYERS JK, WEISSMAN MM, TISCHLER CE, HOLZER C y cols.: Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Arch Gen Psychiatry*, 41:959-967, 1984.
  43. NORTON GR, DORWARD J, COX BJ. Factors associated with panics attacks in non clinical subjects. *Behav Res Ther*, 17:239-252, 1986.
  44. ORGANIZACIÓN 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.
  45. 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.
  46. PASTOR C, SEVILLA J: *Tratamiento Psicológico del Pánico-agorafobia*. Publicaciones del Centro de Terapia de Conducta, Valencia, 1995.
  47. PITTI C T, PEÑATE W: Trastorno agorafóbico crónico de quince años de evolución: influencia contraterapéutica de las estrategias tranquilizadoras inadaptativas. *Análisis Modificación Conducta*, 29:101-152, 2003.
  48. QUERO S, BAÑOS R, BOTELLA C: Sesgos cognitivos en el trastorno de pánico: comparación entre el strop computerizado y con tarjetas. *Psicothema*, 12:165-170, 2000.
  49. SAIZ J, PRIETO R: Tratamiento farmacológico del trastorno de pánico. *Monografías Psiquiatría*, (Numero extra):23-28, 1996.
  50. SAIZ PA, DURAN A, PAREDES B, BOUSOÑO M: Manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad. En: Bobes J, Bousoño M, González MP, Sáiz P. (eds.). *Trastornos de Ansiedad y Trastornos Depresivos en Atención Primaria*. Masson, 61-91, Barcelona, 2001.
  51. SHARP DM, POWER KG, SIMPSON RJ, SWANSON Vy cols.: Fluvoxamine, placebo, and cognitive behaviour therapy used alone and in combination in the treatment of panic disorder and agoraphobia. *J Anxiety Disord*, 10:219-242, 1996.
  52. SILVERMAN WK, GOEDHART AW, BARRET P, TURNER C: The facets of anxiety sensitivity represented in the childhood anxiety sensitivity index: Confirmatory analyses of factor models from past studies. *J Abnorm Psychol*, 112:364-374, 2003.
  53. THORPE GL, BURNS LE: *The Agoraphobic Syndrome*. Wiley, Nueva York, 1983.
  54. VERDUGO MA, MARTIN M: Autodeterminación y calidad de vida en salud mental: dos conceptos emergentes. *Salud Mental*, 25:68-77, 2002.
  55. WEISSMAN MM, BLAND RC, CANINO GC, FARAVELLI Cy cols.: The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 54:305-309, 1997.
  56. WILSON RR: *No al pánico. Cómo Controlar los Ataques de Angustia*. Cuatro Vientos, Santiago de Chile, 1996.