



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2022/2023
Convocatoria Junio



Modalidad: Estudio de caso único

Título: Intervención cognitivo-conductual en un caso de ansiedad generalizada y fobia específica a conducir

Autora: Vanesa García Bertomeu

Tutor: Javier Manchón López

Elche a 2 de junio de 2023

Código de Investigación Responsable: TFG.GPS.JML.VGB.230402

Índice

1. Resumen	3
2. Introducción	4
3. Método	8
3.1. Identificación del paciente y motivo de consulta	8
3.2. Historia del problema	9
3.3. Estrategias de evaluación	10
3.4. Formulación clínica del caso	12
3.5. Tratamiento. Objetivos, técnicas y aplicación	15
4. Resultados esperados y discusión	20
Referencias bibliográficas	22
Anexo 1	28
Anexo 2	29
Anexo 3	30



1. Resumen

Se presenta un estudio de caso único cuyo objetivo es exponer el tratamiento que se llevaría a cabo en un supuesto de fobia específica a conducir y trastorno de ansiedad generalizada. La paciente es una mujer de 47 años que experimenta sintomatología ansiosa cada vez que tiene que circular con su vehículo por determinadas vías. Además, presenta preocupación constante y pensamientos catastrofistas en aspectos relacionados con sus hijos, lo que le provoca un gran malestar. La evaluación se realiza mediante una entrevista clínica semiestructurada, la escala subjetiva de ansiedad, los instrumentos *WAQ*, *BAI*, y *PSWQ*, y un autorregistro para evaluar las conductas problema que presenta la paciente. La propuesta terapéutica se basa en la Terapia Cognitivo-Conductual en la que se llevan a cabo técnicas como la exposición con prevención de respuesta, reestructuración cognitiva, mindfulness y entrenamiento en autoinstrucciones, entre otras. El tratamiento cuenta con 18 sesiones que se realizan semanalmente y tres sesiones de seguimiento tras el alta. Con relación a los resultados, se espera una alta probabilidad de mejoría debido al apoyo empírico que tiene el tratamiento escogido, así como las variables disposicionales con las que cuenta la paciente.

Palabras clave: estudio de caso único, fobia específica, trastorno de ansiedad generalizada, terapia cognitivo-conductual, exposición.

2. Introducción

El trastorno de ansiedad generalizada (TAG), encuadrado en los trastornos de ansiedad, es uno de los trastornos más frecuentes en nuestra sociedad y por el cual muchos pacientes acuden a las consultas de atención primaria (Dugas y Ladouceur, 1997). Es sabido que la ansiedad cumple una función adaptativa, ya que se trata de una respuesta anticipatoria ante una posible amenaza para el individuo, pero en el caso del TAG, la ansiedad se caracteriza por ser excesiva, persistente y desproporcionada con relación al peligro real (DSM-V, 2014).

Uno de los componentes clave del TAG sería la preocupación (Montorio et al., 2014). Según el DSM-V (2014), la preocupación en el TAG se caracteriza por ser excesiva, difícil de controlar, y suele estar acompañada de más síntomas como inquietud, fatiga, dificultad de concentración, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño. La preocupación se calificaría como una anticipación aprensiva ante diversos acontecimientos o actividades, siendo desproporcionada a la probabilidad de que ocurra el suceso temido o al impacto real del mismo. Los investigadores Borkovec et al. (1983) fueron pioneros en la definición de la preocupación. Según ellos, la preocupación se define como una sucesión de pensamientos negativos e incontrolables que representan un intento de resolver un problema con resultados que se desconocen pero que podrían ser negativos. Evolutivamente, al igual que la ansiedad, la preocupación se relaciona con una función adaptativa, ya que permite anticipar amenazas futuras para poder afrontarlas (Davey et al., 1992). En el caso del TAG, esta función adaptativa se perdería.

Los adultos que presentan TAG mostrarían preocupación de forma constante respecto a circunstancias de la vida cotidiana, como pueden ser la salud, la familia, el trabajo, la economía, el futuro u otros aspectos menores (Dugas y Ladouceur, 1997). Esta preocupación excesiva puede acarrear serias consecuencias en la vida de los pacientes, siendo común que experimenten síntomas somáticos como sudoración, náuseas, problemas intestinales, o dolores de cabeza, así como un deterioro funcional al verse afectados el sueño y la concentración (Montorio et al., 2014).

Con relación a la edad de inicio del TAG, es uno de los trastornos que más tarde se desarrolla, siendo de 20 a 25 años la edad media en la que suele aparecer, aunque puede presentarse en cualquier momento (Brown et al., 2001). Su curso tiende a ser crónico y va fluctuando a lo

largo de la vida en relación con periodos de estrés (Rapee, 1995). Según diversas investigaciones (Dugas y Ladouceur, 1997; Kessler et al., 1994; Wittchen et al., 1994) la mayoría de las personas que padecen TAG son mujeres.

Otro de los trastornos psicológicos más frecuentes incluido en los trastornos de ansiedad es la fobia específica. La emoción predominante en este trastorno es el miedo. A nivel evolutivo, se sabe que el miedo posee un importante valor adaptativo para la supervivencia, ya que es una emoción que se activa ante la sospecha de cualquier peligro, y prevalece ante otras funciones psicobiológicas, previniendo al individuo del daño al que pudiera ser expuesto (Sosa y Capafóns, 2014). El miedo adaptativo es la respuesta del organismo frente a una amenaza real, ante la cual se activan diversos mecanismos a nivel fisiológico, cognitivo y conductual (Marks, 1987). Sin embargo, experimentar estas sensaciones en circunstancias que no implican un peligro real se traduce en un miedo desadaptativo.

Atendiendo a los criterios del DSM-V (2014), lo que caracteriza a la fobia específica es el miedo o ansiedad intensos que suceden de forma inmediata ante un objeto o una situación específica que el sujeto trata de evitar activamente o soporta con altos niveles de ansiedad. Además, el miedo y la ansiedad son desproporcionados al peligro real. Este miedo es persistente en el tiempo, durando más de seis meses, y acarrea un malestar clínicamente significativo en la vida del paciente, además de un claro deterioro en su calidad de vida. Además de estas características, el miedo fóbico se diferencia de otros trastornos de ansiedad en el hecho de que aparece ante la presencia del objeto o suceso temido, o ante la anticipación de este (Lang, 1968). La fobia específica es uno de los trastornos de ansiedad más frecuentes y con mayor prevalencia en la población. Es un trastorno más habitual en mujeres que en hombres, aunque esto varía dependiendo del estímulo fóbico (Arenas y Puigcerver, 2009; Bourdon et al., 1988; Stinson et al., 2007).

Las reacciones ante la fobia específica se dividen en tres niveles: fisiológico, cognitivo y motor (Sosa y Capafóns, 2014). A nivel fisiológico, se sufre un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, lo que puede desencadenar varios síntomas: aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, aumento de la tensión arterial, sudoración, disminución de la salivación, náuseas, diarrea, contracciones estomacales, entre otros. A nivel cognitivo, puede ocurrir que la persona despliegue un conjunto de creencias e interpretaciones subjetivas sobre el estímulo temido, de su capacidad para afrontarlo, sus reacciones a nivel fisiológico y las consecuencias

negativas ante ello. Por último, a nivel motor, se destacan las conductas de escape y evitación. Así, dependiendo de la persona, se pondrán en marcha unos tipos de respuesta u otros.

Dentro de las fobias específicas, concretamente en la categoría de fobias situacionales, se encuentra la fobia a conducir o amaxofobia. Esta fobia se caracteriza por la presencia de miedo intenso y desproporcionado en la persona ante la idea de conducir, debido a las consecuencias que podrían derivarse de ello como: sufrir un accidente, acabar herido, quedar atrapado en un atasco, atropellar a alguien, provocar enfado en otros conductores, o sufrir un ataque de pánico o un infarto y desmayarse al volante (Bados, 2015). Algunas de las variables que pueden influir en este miedo pueden ser: conducir por autopistas, por carreteras convencionales o por ciudad, características de la carretera, condiciones atmosféricas, densidad de tráfico, iluminación, distancia a recorrer, ir acompañado o en solitario, velocidad, adelantamientos, cambios de carril, incorporaciones, familiaridad con el trayecto, niveles de estrés, aparcamientos, entre otras.

Por otra parte, cabe destacar la diferencia entre amaxofobia primaria y amaxofobia secundaria. Mientras que la primera ocurre cuando la persona aprende a conducir sin sucesos traumáticos de por medio, la amaxofobia secundaria suele aparecer en víctimas de accidentes de tráfico. También se puede dar en quienes han presenciado una colisión, o personas que se ven afectadas debido a su sensibilidad por las campañas de seguridad vial (Dorrio, 2010).

La fobia a conducir puede aparecer en cualquier momento, y aunque las investigaciones actuales son escasas, se calcula que en España al menos un 30% de los conductores experimentan miedo a conducir (Hernández-Gómez, 2017). Este trastorno, además, posee más prevalencia en mujeres (Instituto Mapfre, 2005).

La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es uno de los enfoques que presenta más datos a favor de su eficacia en el tratamiento tanto de las fobias específicas como del TAG (Capafóns, 2001; Capafóns-Bonet, 2001). Algunas de las características que definen la TCC son las siguientes (Olivares-Rodríguez et al., 2013; Ruiz-Fernández et al., 2012):

- El objeto de intervención de la TCC es la conducta y los procesos que la subyacen, considerándose mensurable y evaluable.

- La TCC tiene sus orígenes en la psicología del aprendizaje, fundamentándose en la psicología científica como punto de referencia.
- Se otorga gran importancia al método científico, especialmente a su componente experimental.
- Las técnicas y tratamientos que ofrece poseen un valor empírico, con una eficacia demostrada experimentalmente.
- La TCC considera que la conducta es adquirida, mantenida y modificada por los mismos principios de aprendizaje.
- Se otorga gran importancia al proceso de evaluación durante todo el proceso terapéutico, relacionándolo con el diseño del tratamiento. Se destaca el análisis de la conducta (topográfico y funcional) como herramienta para la descripción objetiva y precisa de las conductas problema.
- Se centra en las conductas problema y en sus determinantes actuales, y no tanto en las causas subyacentes, aunque tiene en cuenta los factores históricos explicativos.
- Requiere la evaluación de la eficacia de las intervenciones, valorando los cambios en las conductas, su mantenimiento en el tiempo y su generalización en la vida real de la persona.

Puesto que el TAG y las fobias específicas comparten elementos comunes, se puede utilizar la terapia cognitivo-conductual para su tratamiento conjunto. A este respecto, se destaca el modelo transdiagnóstico, que postula que es posible tratar diferentes trastornos con las mismas técnicas (Bados, 2015). En relación con la comorbilidad existente entre los trastornos de ansiedad, la evidencia muestra que el tratamiento indicado para un trastorno específico acaba reduciendo la sintomatología de los trastornos comórbidos a pesar de no ser tratados directamente (García-Escalera et al., 2016; Sandín et al., 2012). De esta forma, se ayudaría a los pacientes a superar no solo su problemática principal, sino también los trastornos comórbidos, previniendo además las recaídas. En el caso que se ocupa, algunas de las técnicas comunes para tratar la fobia específica y el TAG pueden ser: psicoeducación, exposición, reestructuración cognitiva, relajación, resolución de problemas y prevención de recaídas, entre otras (Nezu et al., 2006).

En primer lugar, las técnicas de exposición son una de las intervenciones psicológicas que cuentan con más apoyo empírico (Barlow, 2002; Farmer y Chapman, 2008; Richard y Lauterbach, 2007). Según Moscovitch (2009) son elegidas como primera línea de intervención

para los trastornos de ansiedad. Además, Ruiz-Fernández et al. (2012) proponen que lo más eficaz es combinarlas con técnicas de reestructuración cognitiva.

Por otra parte, las técnicas de mindfulness favorecen la aceptación, así como la prevención y tratamiento del estrés (Olivares-Rodríguez et al., 2013). Estas técnicas tienen como objetivo ofrecer al paciente experiencias de concentración y atención plena. Kabat-Zinn (1990) desarrolló un programa psicoeducativo que ha demostrado su eficacia en el terreno de la psicología clínica y de la salud, destacando su uso junto a otras técnicas de TCC para el tratamiento de la sintomatología ansiosa (Delgado et al., 2012; Didonna, 2011; Quintana y Rincón, 2011; Yagüe et al., 2016).

Por lo que se refiere a las técnicas de afrontamiento y resolución de problemas, en la actualidad están consideradas uno de los tratamientos cognitivo-conductuales con más apoyo empírico y mayor campo de aplicación, debido a su estandarización y flexibilidad (Ruiz-Fernández et al., 2012).

Por todo ello, el objetivo de este trabajo es presentar una propuesta de intervención en un caso simulado de fobia específica a conducir y trastorno de ansiedad generalizada, a través de un enfoque cognitivo-conductual.

3. Método

3.1. Identificación del paciente y motivo de consulta

Patricia es una mujer de 46 años. Es la mayor de tres hermanos. Está casada y tiene una hija de 16 años y un hijo de 13, con los cuales convive junto con su marido. Posee un nivel socioeconómico medio. Respecto a su nivel educativo y su situación laboral, posee un ciclo formativo de grado medio de auxiliar de enfermería, y se dedica al cuidado de personas mayores.

Patricia acude a consulta a petición propia, debido al intenso miedo que presenta al conducir su coche por autovías y la elevada ansiedad que esto le genera. Manifiesta síntomas como visión borrosa, sudoración, taquicardia, sensación de falta de aire, mareos, además de pensamientos catastrofistas ya que, según comenta, cree que va a sufrir un desmayo mientras está al volante.

Además, refiere preocuparse por las cosas en exceso y de forma constante, sobre todo en cuestiones relacionadas con sus hijos, manifestando altos niveles de ansiedad en situaciones cotidianas, como que los menores estén en casa de algún amigo, que se desplacen con algún familiar a algún lugar, o que acudan solos al parque, situado a escasos metros de su domicilio. En estas situaciones tiene miedo a que tengan algún problema y ella no pueda estar ahí para ayudarles, y además sufre pensamientos catastrofistas de más gravedad, como que tengan algún accidente o que los secuestren. Esto provoca que llame por teléfono constantemente al familiar o persona que se encuentre con ellos en ese momento, para asegurarse de que están bien. La paciente está muy preocupada por las repercusiones que pueda tener su comportamiento en el futuro, como que acabe afectando a las relaciones sociales y autonomía de sus hijos.

3.2. Historia del problema

La paciente refiere que hace 16 años, durante el embarazo de su hija, mientras conducía sola hacia el hospital para hacerse una ecografía, comenzó a experimentar síntomas como taquicardia, sudoración, falta de aire y mareos, así como el pensamiento de que se iba a desmayar e iba a tener un accidente. Finalmente, tuvo que parar el vehículo en el arcén de la autovía, y tras esperar unos minutos para intentar calmarse, retomó la marcha, aunque a una velocidad muy reducida.

Desde entonces la situación ha empeorado, tanto en la intensidad de los síntomas como en el contexto en el que se encuentra, pues comenta que al principio solo le pasaba en autovías, pero en el momento en que acude a consulta le pasa incluso en carreteras comarcales. Sin embargo, no presenta miedo ni ansiedad al circular por el interior de pueblos o ciudades. Achaca su miedo a la ausencia de arcén en las autovías y otras vías, pues teme no poder parar el coche si lo necesita. Desde entonces, lleva aproximadamente 13 años sin circular por una autovía. Solo es capaz de conducir por carreteras comarcales si el trayecto es muy corto, sin embargo, en la mayoría de las ocasiones tiende a evitarlas.

Respecto a la preocupación excesiva, refiere que en el pasado le sucedió algo similar con su hermano y hermana menores, presentando la misma sintomatología que con sus hijos: miedo intenso a que les ocurriera algo cuando salían de fiesta o se desplazaban, y estado de alerta constante, llegando a pasar noches en vela hasta que regresaban a casa.

La paciente comenta que desde pequeña ha tenido que ocuparse de sus hermanos menores, proporcionándoles todo tipo de cuidados y atención cuando sus padres se marchaban a trabajar. Se le achacaron muchas responsabilidades en torno a sus cuidados, y cree que por ello tuvo que “madurar antes de tiempo”. Desde temprana edad se preocupaba en exceso por el bienestar de sus hermanos.

3.3. Estrategias de evaluación

La evaluación pre-tratamiento se lleva a cabo a lo largo de tres sesiones. En primer lugar, se realiza con la paciente una entrevista clínica semiestructurada y observación directa por parte de la terapeuta.

En la entrevista se aborda con más profundidad el estímulo ansiógeno para la paciente, las consecuencias temidas del mismo como desmayarse al volante y sufrir un accidente, así como las respuestas de escape y evitación emitidas y los desencadenantes de su ansiedad, como circular por una vía sin arcén.

A continuación, se elabora con la paciente un listado de situaciones temidas y/o evocadoras de ansiedad, recopilando diversas situaciones y contextos en los que podría encontrarse al conducir su vehículo, los cuales la paciente ordena jerárquicamente en función del grado de ansiedad generado, a través de la *Escala de unidades subjetivas de ansiedad* (SUDS; Wolpe, 1958), y puntuando las situaciones de 0 a 100, siendo 0 ausencia de ansiedad, y 100 ansiedad máxima (Anexo 1).

Con objeto de evaluar su ansiedad general, se administra a la paciente el *Cuestionario de preocupación y ansiedad* (*Worry and Anxiety Questionnaire*, WAQ; Dugas et al., 1995). Se utiliza la versión española, traducida y adaptada por Ibáñez et al. (2000). El cuestionario consta de 11 ítems agrupados en seis cuestiones que evalúan los dos criterios del TAG según el DSM-V: emocionalidad, referido a los síntomas somáticos, y preocupación, referido a los síntomas cognitivos (DSM-V, 2014). Cada ítem se valora en escalas entre 0 y 8 puntos, necesitando un 4 o más para satisfacer un criterio. Según González et al. (2018) cuenta con un índice de consistencia interna de $\alpha = ,90$. La paciente puntúa con 5 o más puntos en todas las escalas, lo que muestra un alto nivel de preocupación y ansiedad.

Con el fin de evaluar la gravedad de la sintomatología ansiosa, se aplica el *Inventario de Ansiedad de Beck* (*Beck Anxiety Inventory*, BAI; Beck et al., 1988) en su versión española, adaptada por Sanz y Navarro (2003). El cuestionario consta de 21 ítems que se responden con una escala tipo Likert de 4 puntos que va desde 0 hasta 3. Para realizar la corrección se han de sumar las respuestas de la paciente, pudiendo obtener una puntuación total de 0 a 63 puntos. Según Beck y Steer (1993) en el manual original del BAI, los rangos de puntuaciones para diferenciar la gravedad de sintomatología ansiosa son: 0-9: normal; 10-18: baja-moderada; 19-29: moderada-alta; y 30-63: alta. Las propiedades psicométricas de este instrumento son satisfactorias, ya que cuenta con una consistencia interna de $\alpha = ,88$. La paciente obtiene una puntuación de 21 puntos, lo que indica un nivel de ansiedad moderada-alta.

Con objeto de evaluar la intensidad de las preocupaciones, se administra el *Cuestionario de preocupación del estado de Pensilvania* (*Penn State Worry Questionnaire*, PSWQ; Meyer et al., 1990). Se utiliza una de las versiones españolas, adaptada por Sandín et al. (2009). Este cuestionario evalúa la tendencia general a experimentar preocupación a través de 16 ítems que se responden con una escala tipo Likert de 5 puntos, que oscila entre 1 y 5. La puntuación total se obtiene tras sumar las puntuaciones alcanzadas en cada uno de los ítems y oscila entre 16 y 80 puntos. Según González et al. (2007), el punto de corte para diagnosticar el TAG estaría en 60 puntos; de 40 a 60 puntos se suelen presentar otros trastornos de ansiedad; y menos de 40 puntos muestra ausencia de trastornos. Por otra parte, los autores afirman que cuenta con excelentes niveles de fiabilidad y validez, presentando una consistencia interna de $\alpha = ,95$. La paciente obtiene una puntuación total de 65 puntos. Estos resultados muestran una gran intensidad de las preocupaciones.

Estos cuestionarios se administran antes y después del tratamiento, a fin de evaluar el progreso de la paciente.

Se elabora un autorregistro para cumplimentar a lo largo del proceso terapéutico, en el que la paciente registra las situaciones en las que aparecen las conductas problema, sus respuestas a nivel motor, cognitivo y fisiológico, así como su nivel de ansiedad y los consecuentes de las conductas emitidas (Anexo 2).

El diagnóstico clínico informa de que la paciente presenta *trastorno de ansiedad generalizada* y *fobia específica a conducir*, recogidos ambos en el DSM-V.

3.4. Formulación clínica del caso

Variables disposicionales

Las variables disposicionales que presenta Patricia serían las siguientes:

- Variables del entorno
 - Contexto cercano
 - Vive en un pueblo pequeño (esto causa que tenga que conducir muy a menudo para desplazarse a otros pueblos o ciudades al llevar a sus hijos a entrenar o salir, ir a tiendas o supermercados, etc.)
 - Fuente de apoyo social
 - Valores sociales
 - Es la mayor de dos hermanos (rol de cuidadora desde que era pequeña)
 - Familia como prioridad y eje central de su vida
- Variables del individuo
 - Repertorio de habilidades básicas
 - Habilidades sociales
 - Auto exigencia
 - Tolerancia a la frustración
 - Baja tolerancia a la incertidumbre
 - Predisposición al cambio

Análisis funcional

Con los datos recogidos en la evaluación se pueden hipotetizar varias cuestiones en relación con las conductas problema que presenta Patricia. Hay dos escenarios donde sus problemas de ansiedad son más notorios que en el resto, que en este caso serían los momentos en los que tiene que conducir por vías sin arcén, y los momentos en los que sus hijos salen con sus amigos.

Respecto al primer escenario mencionado, la ansiedad que experimenta Patricia al circular por algunas carreteras se originó en un momento en el que la paciente se sentía más vulnerable, que fue durante el embarazo de su primera hija. La percepción de peligro y la posibilidad de que le

podiera ocurrir algo a su bebé provocaron los primeros episodios de ansiedad al volante en una autovía, y se fueron generalizando a otras vías a medida que avanzaba el tiempo. El mantenimiento de la conducta problema se puede explicar a través de un proceso de condicionamiento clásico y operante. Los antecedentes o estímulo discriminativo como circular por vías sin arcén han generado en Patricia respuestas de evitación como hacer que conduzca su marido en su lugar, o conducir atravesando pueblos y carreteras con arcén, evitando las vías rápidas y autovías, pero tardando más en llegar a su destino. Estas acciones le proporcionan un alivio del malestar a corto plazo, pero el mantenimiento de este a largo plazo (Rf-).

Las conductas problema se han manifestado en diferentes áreas:

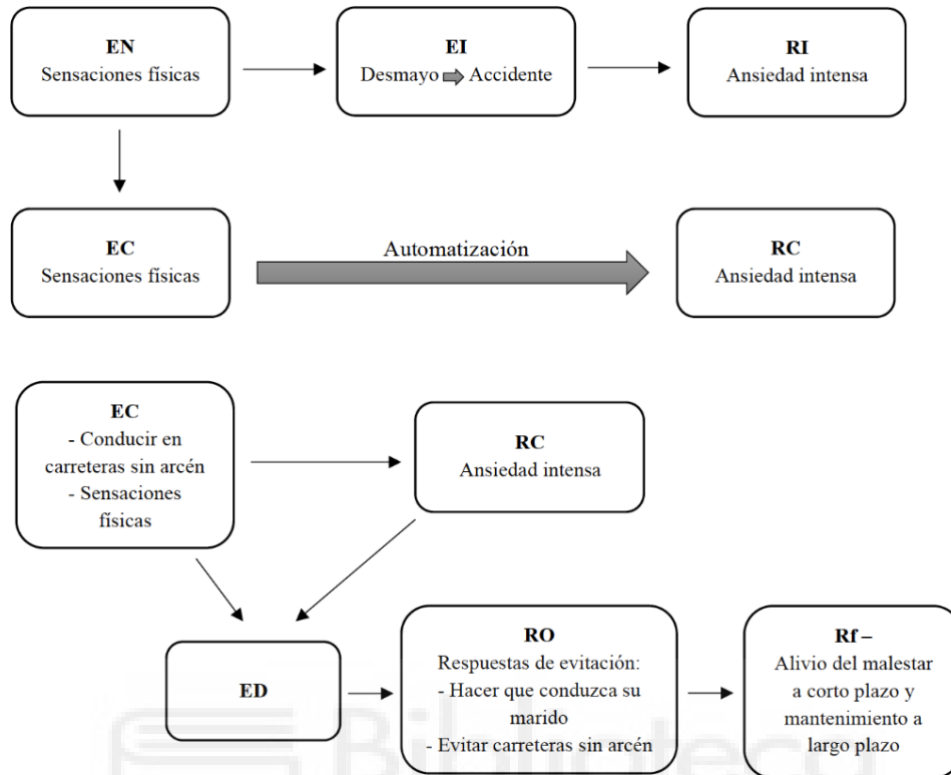
- Cognitiva
 - Pensamientos catastrofistas: pensar que va a perder el control, que se va a desmayar, que va a tener un accidente
 - Percepción de peligro
- Motora
 - Conductas de evitación: hacer que conduzca su marido, desplazarse por vías con arcén evitando tomar vías rápidas y autovías
- Fisiológica/emocional
 - Ansiedad: temblores, mareos, sensación de falta de aire, palpitaciones, visión borrosa
 - Miedo: miedo a desmayarse, a perder el control, a tener un accidente

En la paciente, además, se ha desarrollado un condicionamiento interoceptivo al asociar los síntomas físicos con un posible desmayo y accidente, convirtiéndose estos propios síntomas en algo ansiógeno.

En la Figura 1 quedaría ilustrado el análisis funcional donde se muestran las hipótesis de origen y de mantenimiento relacionadas con la fobia a conducir:

Figura 1

Análisis funcional de fobia a conducir



Nota. EN: estímulo neutro; EI: estímulo incondicionado; RI: respuesta incondicionada; EC: estímulo condicionado; RC: respuesta condicionada; ED: estímulo discriminativo; RO: respuesta operante; R-: refuerzo negativo.

En relación con la ansiedad experimentada en el contexto familiar, la hipótesis de origen parte de una variable disposicional que cobra gran relevancia en esta cadena funcional. Ser la hermana mayor ha motivado que desde pequeña, Patricia haya tenido que ejercer de cuidadora de sus dos hermanos menores, responsabilizándose de ellos a una edad muy temprana. En este sentido, sus padres le han transmitido un aprendizaje muy ligado a un rol de cuidadora, lo que ha implicado una preocupación excesiva en todo lo referente a sus hermanos. Cuando salían de casa, Patricia experimentaba un alto grado de activación seguido de una respuesta de ansiedad y malestar. Con el tiempo, las preocupaciones que experimentaba con sus hermanos se han generalizado a sus hijos. La salida de estos genera en Patricia respuestas de ansiedad y pensamientos catastrofistas que provocan a su vez, respuestas de malestar. Todo ello da lugar a conductas de control e hipervigilancia que realiza cada vez que sus hijos salen y experimenta pensamientos catastrofistas. Al realizar estas conductas que se manifiestan como llamadas y mensajes a sus hijos, estos tratan de contestarle rápidamente y hacerle saber que se encuentran

bien, lo que provoca un refuerzo negativo en Patricia, aliviando momentáneamente su malestar, pero haciendo que se vaya manteniendo en el tiempo (Rf -).

De esta forma, las conductas problema se manifiestan en diferentes áreas:

- Cognitiva
 - Pensamientos catastrofistas: pensar que van a secuestrar a sus hijos, que les va a ocurrir algo malo, que van a tener un accidente
 - Percepción de peligro

- Motora
 - Conductas de hipervigilancia y control hacia sus hijos: llamadas y mensajes constantes

- Fisiológica/emocional
 - Preocupación
 - Ansiedad: taquicardia, presión en el pecho
 - Miedo

En la Figura 2, se pueden apreciar las hipótesis de origen y de mantenimiento relacionadas con la ansiedad en el contexto familiar:

3.5. Tratamiento. Objetivos, técnicas y aplicación.

Tras la evaluación y formulación clínica del caso, se establecen los siguientes objetivos terapéuticos para la paciente:

1. Reducir el miedo a las sensaciones de ansiedad
2. Disminuir las conductas de evitación
3. Disminuir los pensamientos catastrofistas
4. Reducir las conductas de control e hipervigilancia

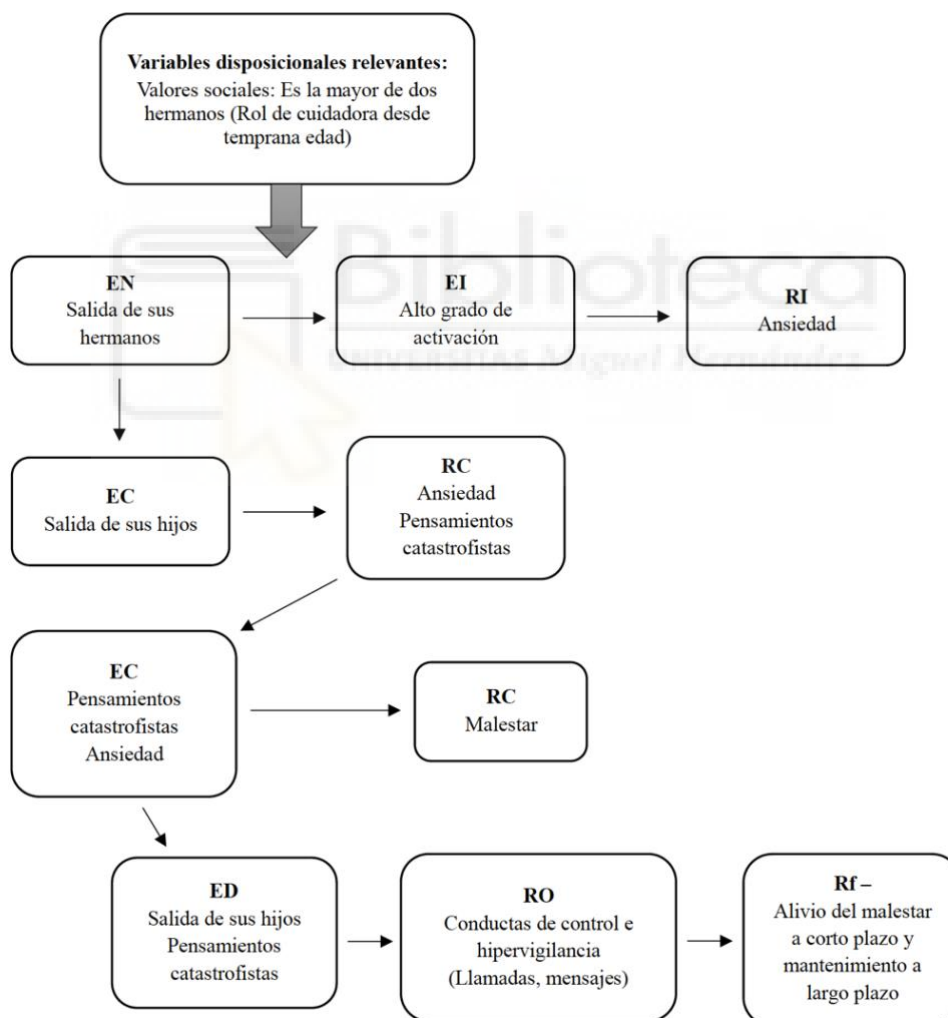
Se estima que la intervención psicológica esté conformada por 18 sesiones (Tabla 1), de una hora de duración cada una. Las sesiones tendrán una frecuencia semanal. Tras el alta se

realizarán tres sesiones de seguimiento de media hora cada una; a los tres meses, a los seis meses, y al año.

En relación con las técnicas utilizadas, la mayoría se basan en las propuestas cognitivo-conductuales de Olivares-Rodríguez et al. (2013) y Bados y García-Grau (2010). Entre estas técnicas destacan: la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en autoinstrucciones, y la exposición con prevención de respuesta. La técnica de mindfulness, por su parte, se llevará a cabo a través de la guía de Miró-Barrachina y Simón-Pérez (2012).

Figura 2

Análisis funcional en el contexto familiar



Nota. EN: estímulo neutro; EI: estímulo incondicionado; RI: respuesta incondicionada; EC: estímulo condicionado; RC: respuesta condicionada; ED: estímulo discriminativo; RO: respuesta operante; R-: refuerzo negativo

De manera resumida, se presentan los objetivos de cada sesión, las técnicas utilizadas, así como las tareas asignadas para la paciente.

Tabla 1

Planificación de sesiones

Sesiones	Objetivos	Técnicas	Tareas para casa
1-3	Evaluación	- Entrevista clínica - Escala subjetiva de ansiedad - Cuestionarios: <i>WAQ, BAI, PSWQ</i>	- Autorregistros
4	- Explicar las hipótesis de origen y mantenimiento de las conductas problema - Establecer los objetivos terapéuticos	- Análisis Funcional	- Autorregistros
5-6	Objetivos 1, 2, 3 y 4 - Informar sobre la naturaleza de la ansiedad y el miedo. - Entrenar en técnicas de relajación	- Psicoeducación - Mindfulness	- Autorregistros - Mindfulness
7-8	Objetivos 3 y 4 - Enseñar a identificar creencias irracionales y sustituirlas por racionales.	- RC	- Autorregistros - Mindfulness
9	Objetivos 1, 2, 3 y 4 - Entrenar en habilidades de afrontamiento	- EA	- Autorregistros - Mindfulness - EA
10	Objetivo 1 - Entrenar en exposición interoceptiva	- EI	- Autorregistros - EI
11-16	Objetivos 1, 2, 3 y 4 - Planificar las exposiciones con prevención de respuesta. - Repasar la jerarquía de situaciones evocadoras de ansiedad.	- EPR - Escala subjetiva de ansiedad - EI - RC - EA	- Autorregistros - EPR - EI - EA
17	Evaluación post-tratamiento	- Entrevista clínica - Cuestionarios: <i>WAQ, BAI, PSWQ</i>	
18	Devolución de resultados y prevención de recaídas		

Nota. RC: Reestructuración cognitiva; EA: Entrenamiento en Autoinstrucciones; EI: Exposición interoceptiva; EPR: Exposición con prevención de respuesta.

Sesiones 1-3: En las primeras sesiones se lleva a cabo la recogida de información y evaluación de la paciente, utilizando las técnicas e instrumentos detallados en el apartado anterior. Además, como tareas para casa se solicita a la paciente que complete un autorregistro para evaluar sus conductas problema. Esta tarea se mantendrá a lo largo de todo el proceso terapéutico. Posteriormente, al inicio de cada sesión se revisarán con la paciente las tareas para casa y los autorregistros.

Sesión 4: La cuarta sesión consiste en la devolución del Análisis funcional realizado tras la evaluación, explicándole a la paciente las hipótesis de origen y mantenimiento de sus conductas problema. Es importante explicarlo con un lenguaje sencillo para que la paciente pueda comprenderlo. Tras ello, se establecen, junto a Patricia, los objetivos terapéuticos que se desean conseguir y en los que se basará la intervención.

Sesiones 5-6: Se informará a la paciente sobre la naturaleza de la ansiedad y el miedo mediante psicoeducación. Se explicará que tanto la ansiedad como el miedo son emociones normales y adaptativas. Se hablará también sobre el condicionamiento clásico y operante relacionándolo con su problemática. A lo largo de estas sesiones se entrenará en mindfulness a la paciente para que posteriormente pueda practicar en casa.

Sesiones 7-8: En estas sesiones se aplicará la técnica de reestructuración cognitiva a través de la terapia racional emotiva conductual de Ellis (Ellis, 1979; Ruiz-Fernández et al., 2012). En primer lugar, se explicará a la paciente el modelo cognitivo (ABC), utilizando ejemplos y metáforas. Se hará hincapié en la influencia de los pensamientos en las emociones y comportamientos desadaptativos. En segundo lugar, se enseñará a la paciente a identificar sus principales creencias irracionales y distorsiones cognitivas. Tras ello, se debatirán las creencias irracionales que presenta a través del estilo socrático y el didáctico, y empleando también algunas metáforas. Por último, se pedirá a la paciente que complete un autorregistro con el objeto de practicar la identificación de sus pensamientos irracionales y cómo estos median en las consecuencias a nivel emocional y conductual. Al mismo tiempo, tendrá que sustituir estas creencias irracionales por pensamientos racionales (Anexo 3).

Sesión 9: Para reforzar lo aprendido en las sesiones anteriores y contar con más herramientas, en esta sesión se recalcará a la paciente la importancia del lenguaje interno y su papel ante las situaciones aversivas. Así, se comenzará con el entrenamiento en Autoinstrucciones, técnica

desarrollada por Meichenbaum (Meichenbaum, 1969; Meichenbaum y Goodman, 1971). Esta técnica consistirá en enseñar a Patricia a sustituir su diálogo interno desadaptativo y el resto de sus pensamientos distorsionados. Por medio de esta técnica se guiará a la paciente para que pueda autorregularse ante el afrontamiento de situaciones aversivas. Dependiendo de la fase del proceso de afrontamiento se utilizarán unas verbalizaciones u otras: “¿qué tengo que hacer?, ¿cómo puedo hacerlo?, sé que puedo hacerle frente, voy a calmarme y la ansiedad desaparecerá poco a poco, ¡Bien, lo he hecho!, no ha sido tan terrible como creía, lo he hecho muy bien, a la próxima lo haré mejor, aunque no haya salido bien he hecho pequeños progresos, etc.”. Las frases se adaptarán al vocabulario y expresiones comunes de la paciente y, además, se instará a practicarlas en imaginación y en consulta para, finalmente, utilizarlas en situaciones en la vida real.

Sesión 10: En esta sesión se explicará a la paciente el concepto de exposición interoceptiva y se realizarán varias prácticas con la paciente en consulta para que pueda añadir ejercicios de exposición interoceptiva a las prácticas de exposición. Se aplicarán las instrucciones aportadas por Ruiz-Fernández et al. (2012), y se pedirá a la paciente que las practique entre sesiones.

Sesiones 11-16: Se revisará con Patricia la jerarquía de situaciones evocadoras de ansiedad realizada en las primeras sesiones, en caso de que se deba añadir o modificar algún ítem. Tras ello, se planificarán con la paciente las exposiciones en vivo con prevención de respuesta, y Patricia las llevará a cabo de forma gradual, exponiéndose a cada situación de la jerarquía. Al mismo tiempo, Patricia irá realizando algunas prácticas de exposición interoceptiva. A lo largo de las sesiones se irán revisando las experiencias de la paciente tras las exposiciones. Es importante señalar que la paciente debe exponerse varias veces a cada ítem de la jerarquía hasta que comunique que la intensidad de sus respuestas de ansiedad ha disminuido o desaparecido. Entonces, avanzará en la jerarquía y se expondrá al siguiente ítem. La sesión de exposición acabará cuando la ansiedad de la paciente se haya reducido dos tercios del valor más alto, o cuando haya desaparecido completamente (Olivares-Rodríguez et al., 2013). Simultáneamente, se seguirán trabajando las técnicas de reestructuración cognitiva y el entrenamiento en Autoinstrucciones, así como el entrenamiento en mindfulness.

Sesión 17: Se realizará la evaluación post-tratamiento de la paciente a través de la entrevista clínica y la administración de los cuestionarios utilizados para la evaluación inicial (*WAQ*, *BAI*, y *PSWQ*).

Sesión 18: En esta sesión se realizará la devolución de resultados, haciendo un balance del tratamiento junto a Patricia. Tras ello, se prepara a la paciente para el afrontamiento de posibles recaídas, repasando de forma general los conceptos aprendidos y las técnicas de tratamiento aplicadas. También se advertirá sobre los factores que podrían afectar en una recaída, como el estrés o los largos periodos sin exponerse a la situación temida. Se animará a Patricia a que realice prácticas adicionales de exposición, y si vuelve a sentir miedo, que comience de nuevo con la exposición de forma gradual. Así, se tratarán de mantener los beneficios del tratamiento.

4. Resultados esperados y discusión

Para valorar los resultados de la intervención, se realizará una evaluación post-tratamiento a través de una entrevista clínica y los cuestionarios que se administraron en la fase de pre-tratamiento. Por otra parte, para realizar la comparativa de las conductas problema, se confeccionará una línea base durante la intervención, de forma que se aprecie la evolución de la paciente a lo largo del proceso terapéutico.

Se espera que el tratamiento funcione adecuadamente ya que la paciente cuenta con algunas variables que pueden facilitar la consecución de los objetivos. En el caso de la fobia específica, cabe destacar que la paciente no ha dejado de conducir. Una de las razones la constituye una variable del entorno referida a su contexto cercano. El hecho de residir en un municipio pequeño provoca que Patricia tenga que desplazarse repetidamente y circular con su vehículo a diario. Además, contar con una fuente de apoyo social como su familia y amistades, puede ser de gran ayuda a la hora de llevar a cabo las sesiones de exposición, ya que podrían actuar de coterapeutas acompañando a Patricia en situaciones complicadas o de bloqueo, lo cual ha demostrado ser de utilidad en el tratamiento de las fobias específicas (Bados, 2015). Otra variable a tener en cuenta es la disposición al cambio de la paciente, encuadrada en las variables del individuo. Según diversos estudios (Frances et al., 1985; Trull y Jerry, 2003) los pacientes que acuden a terapia por voluntad propia y cuentan con una disposición positiva al tratamiento suelen lograr mejores resultados. Además, Patricia es una persona que posee una buena tolerancia a la frustración, por lo que se estima que no se dará por vencida si erra en los primeros intentos de superar su fobia o su ansiedad.

En relación con las técnicas utilizadas, la terapia de exposición es el tratamiento de elección para el trastorno de ansiedad generalizada y las fobias específicas (Moscovitch et al., 2009).

Además de ello, cuenta con gran apoyo empírico (Barlow, 2002; Farmer y Chapman, 2008; Richard y Lauterbach, 2007). Bados (2015), por su parte, indica que la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en estrategias de afrontamiento podrían aumentar la eficacia de la exposición en el tratamiento de las fobias. También se puntualiza que estas técnicas no solo facilitan la exposición, sino que disminuyen la probabilidad de rechazo o abandono del tratamiento por parte del paciente. Por todo ello, se entiende que es probable que la paciente pueda reducir o eliminar sus conductas problema con éxito.

En lo referido a las limitaciones de este estudio, si bien en la TCC las tareas para casa son un elemento fundamental (Luterek et al., 2003), puede resultar laborioso para la paciente llevarlas todas a cabo, ya que las sesiones son semanales y cada vez se van introduciendo más elementos a trabajar. En estos casos hay que tener en cuenta el contexto de la paciente, ya que además de tener que acudir a trabajar, es la principal encargada del cuidado de sus hijos. A este respecto, se propone simplificar las tareas todo lo posible, de forma que no supongan un sobreesfuerzo.

Respecto a la evaluación pre-tratamiento, podría ser considerada demasiado extensa para la paciente, ya que abarca tres sesiones. Muchos autores consideran la evaluación la base en la que se fundamenta el tratamiento (Caballo, 2005; Olivares-Rodríguez, 2013; Ruiz et al, 2012), pero también hay que considerar que la paciente puede impacientarse a la hora de ver los resultados, sobre todo si cuenta con altos niveles de malestar. Las sesiones de exposición no comienzan hasta la undécima sesión, lo que podría desmotivar a la paciente al no percibir cambios a corto plazo en algunas de sus conductas problema. El uso de un modelo como la terapia breve sistémica, la cual interviene con el paciente desde el primer momento, puede suponer una solución ante esta problemática (García-Martínez, 2013).

Considerando de forma general la propuesta del presente trabajo, se resalta la necesidad de utilizar una metodología y unas técnicas que sean avaladas por la evidencia empírica en cualquier propuesta de intervención que se lleve a cabo. Además, hay que prestar especial atención a la idiosincrasia de los seres humanos, y adaptar las intervenciones al paciente, teniendo en cuenta su contexto y su historia de aprendizaje. Se resalta, por tanto, el papel del análisis funcional en el proceso de evaluación, ya que es una herramienta que permite explicar el mantenimiento de las conductas problema para poder intervenir ante ellas de la forma más efectiva y adecuada a cada sujeto (Zanón-Orgaz et al., 2016).

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association [APA]. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM 5). Editorial Médica Panamericana.
- Antony, M. M. y Barlow, D. H. (1997). Fobia específica. En V. E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 3-24). Siglo XXI.
- Arenas, M. C. y Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología - Psychological Writings*, 3(1), 20-29.
<https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v3i1.13331>
- Bados, A. (2015). *Fobias específicas: naturaleza, evaluación y tratamiento*. Universitat de Barcelona.
<http://hdl.handle.net/2445/65619>
- Bados, A. y García-Grau, E. (2010). *La técnica de la reestructuración cognitiva*. Universitat de Barcelona.
<http://hdl.handle.net/2445/12302>
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic* (2nd ed.). The Guilford Press.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A. T. y Steer, R. (1993). *Beck Anxiety Inventory manual*. TX: Psychological Corporation.
- Borkovec, T. D., Robinson, E., Pruzinsky, T. y DePree, J. A. (1983). Preliminary exploration of worry: Some characteristics and processes. *Behaviour Research and Therapy*, 21(1), 9-16.
[https://doi.org/10.1016/0005-7967\(83\)90121-3](https://doi.org/10.1016/0005-7967(83)90121-3)
- Bourdon, K. H., Boyd, J. H., Rae, D. S., Burns, B. J., Thompson, J. W. y Locke, B. Z. (1988). Gender differences in phobias: Results of the ECA community survey. *Journal of Anxiety Disorders*, 2(3), 227-241.
[https://doi.org/10.1016/0887-6185\(88\)90004-7](https://doi.org/10.1016/0887-6185(88)90004-7)
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. y Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585-599.

<https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585>

- Caballo, V. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Estrategias de evaluación, problemas infantiles y trastornos de ansiedad*. Ediciones Pirámide.
- Capafóns, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446.
- Capafóns-Bonet, J. I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13(3), 447-452.
- Davey, G. C., Hampton, J., Farrell, J. y Davidson, S. (1992). Some characteristics of worrying: Evidence for worrying and anxiety as separate constructs. *Personality and Individual Differences*, 13(2), 133-147.
- [https://doi.org/10.1016/0191-8869\(92\)90036-O](https://doi.org/10.1016/0191-8869(92)90036-O)
- Delgado, L. C., Bravo, I., Hidalgo, A., Vila, J. y Reyes del Paso, G. (2012). Efecto diferencial de una intervención breve basada en la conciencia plena (mindfulness) y valores en las dimensiones del dolor crónico en espondilitis y artritis. *Behavioral Psychology, Psicología Conductual*, 20(3), 681-697.
- Didonna, F. (2011). *Manual clínico de Mindfulness*. Desclée de Brouwer.
- Dorrio, B. (2010). *SOS... Me da miedo conducir*. Ediciones Pirámide.
- Douglas, M. J. y Ladouceur, R. (1997). Análisis y tratamiento del trastorno por ansiedad generalizada. En V. E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* (pp. 211-240). Siglo XXI.
- Dugas, M. J., Freeston, M. H., Lachance, S., Provencher, M. y Landouceur, R. (1995). *The "Worry and anxiety questionnaire": Initial validation in non-clinical and clinical samples* [Comunicación] Reunion Anual de la Association for the Advancement of Behavior Therapy, Washington, D.C.
- Ellis, A. (1979). Psicoterapia racional. En H. J. Eysenck (Ed.), *Experimentos en terapia de la conducta: lecturas sobre los métodos modernos de tratamiento de los trastornos mentales según la teoría del aprendizaje, vol. 2: Métodos de condicionamiento* (pp. 153-173). Fundamentos.
- Farmer, R. F. y Chapman, A. L. (2008). *Behavioral interventions in cognitive behavior therapy: Practical guidance for putting theory into action*. American Psychological Association.
- <https://doi.org/10.1037/11664-000>
- Frances, A., Sweeney J. y Clarkin, J. (1985). Do Psychotherapies have Specific Effects?. *American Journal of Psychotherapy*, 39(2).

- Freeston, M. H., Rhéaume, J., Letarte, H., Dugas, M. J. y Ladouceur, R. (1994). Why do people worry? *Personality and Individual Differences*, 17, 791-802.
- García-Escalera, J., Chorot, P., Valiente, R. M., Reales, J. M. y Sandín, B. (2016). Efficacy of transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression in adults, children and adolescents: A meta-analysis. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21(3), 147-175.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.21.num.3.2016.17811>
- García-Martínez, F. (2013). *Terapia sistémica breve. Fundamentos y aplicaciones*. RIL editores.
- González, A., Mata, S., Lavie, R. y Resler, G. (2007). Validación del cuestionario de preocupaciones de la Universidad estatal de Pensilvania (PSWQ). *Revista de la Facultad de Medicina*, 30(1), 38-42.
- González, M., Ibáñez, I., García, L. y Quintero, V. (2018). El “cuestionario de preocupación y ansiedad” como instrumento de cribado para el trastorno de ansiedad generalizada: Propiedades diagnósticas. *Psicología Conductual*, 26, 5-22.
- Hernández-Gómez, A. (2017). A propósito de un caso: mindfulness y terapia cognitivo conductual aplicados para el tratamiento de la amaxofobia. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 5(1), 77-97.
- Ibáñez, I., González, M., Fernández-Valdés, A., López-Curbelo, M., Rodríguez, M. y García, C. D. (2000). El Cuestionario de Preocupación y Ansiedad: un instrumento para la evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada. *Ansiedad y Estrés*, 6,(2-3), 203-221.
- Instituto Mapfre. (2005). *Amaxofobia. Miedo a conducir*. Recuperado el 16 de abril de 2023, de
<https://documentacion.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/es/bib/29579.do>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full Catastrophe Living*. Delta.
- Kabat-Zinn, J. (1994). *Wherever you go there are: Mindfulness meditation in every life*. Hyperion.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.-U. y Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Study. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950010008002>

- Lang, P. J. (1968). Fear reduction and fear behavior: problems in treating a construct. En J. M. Shlien (Ed.), *Research in psychotherapy* (pp. 90-102). American Psychological Association.
- <https://doi.org/10.1037/10546-004>
- Luterek, J., Eng, W. y Heimberg, R. G. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de ansiedad social: teoría y práctica. *Psicología Conductual*, 11(3), 563-581.
- Marks, I. M. (1987). *Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety, and their disorders*. Oxford University Press.
- Meichenbaum, D. H. (1969). The effects of instructions and reinforcement on thinking and language behavior of schizophrenics. *Behaviour Research and Therapy*, 7(1), 101-114.
- [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(69\)90054-0](https://doi.org/10.1016/0005-7967(69)90054-0)
- Meichenbaum, D. H. y Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77(2), 115-126.
- <https://doi.org/10.1037/h0030773>
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Miró-Barrachina, M. T. y Simón-Pérez, V. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Desclée de Brouwer.
- Montorio, I., Izal, M. y Cabrera, I. (2014). Trastorno de ansiedad generalizada. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobbles (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 314-332). Ediciones Pirámide.
- Moscovitch, D. (2009). What is the core fear in social phobia? A new model to facilitate individualized case. Conceptualization and treatment. *Cognitive and behavioral practice*, 16(2), 123-134.
- <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.04.002>
- Nezu, A. M., Maguth-Nezu, C. y Lombardo, I. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno.
- Olivares-Rodríguez, J., Macià-Antón, D., Rosa-Alcázar, A. I. y Olivares-Olivares, P. J. (2013). *Intervención psicológica. Estrategias, técnicas y tratamientos*. Ediciones Pirámide.
- Quintana, M. y Rincón, M. E. (2011). Eficacia del entrenamiento en mindfulness para pacientes con fibromialgia. *Clínica y salud*, 22(1), 51-67.

- Rapee, R. M. (1995). Trastorno por ansiedad generalizada. En V. E. Caballo, G. Buena-Casal y J. A. Carrobes (Dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, vol. 1: Fundamentos conceptuales, trastornos por ansiedad, afectivos y psicóticos* (pp. 471-491). Siglo XXI.
- Richard, D. C. S. y Lauterbach, D. (2007). *Handbook of Exposure Therapies*. Academic Press.
<https://doi.org/10.1016/B978-0-12-587421-2.X5000-5>
- Ruiz-Fernández, M. A., Díaz-García, M. I. y Villalobos-Crespo, A. (2012). Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC). En M. A. Ruiz, M. I. Díaz y A. Villalobos (Eds.), *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductual* (pp. 316-361). Descleé de Brouwer.
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R. M. y Lostao, L. (2009). Validación española del cuestionario de preocupación PSWQ: estructura factorial y propiedades psicométricas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 14(2), 107-122.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.14.num.2.2009.4070>
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203.
<https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.
- Sosa, C. D. y Capafóns, J. I. (2014). Fobia específica. En V. E. Caballo, I. C. Salazar y J. A. Carrobes (Dir.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 161-182). Ediciones Pirámide.
- Stinson, F. S., Dawson, D. A., Chou, P. S., Smith, S., Goldstein, R. B., Ruan, J. W. y Grant, B. F. (2007). The epidemiology of DSM-IV specific phobia in the USA: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 37(7), 1047-1059.
<https://doi.org/10.1017/S0033291707000086>
- Trull, T. y Jerry, P. (2003). *Psicología clínica: Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. International Thomson Editores, S.A.
- Wittchen, H.-U., Zhao, S., Kessler, R. C. y Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R generalized anxiety disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(5), 355-364.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950050015002>
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press.

- Yagüe, L., Sánchez-Rodríguez, A. I., Mañas, I., Gómez-Becerra, I. y Franco, C. (2016). Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness. *Psychology, Society, & Education*, 8(1), 23-37.
- Zanón-Orgaz, I., Matías-Lago, T., Luque-González, A., Moreno-Agostino, D., Aranda-Rubio, E., Morales-Pillado, C., García-Tabuyo, M. y Márquez-González, M. (2016). *Guía para la Elaboración de un Análisis Funcional del Comportamiento Humano: Facultad de Psicología*. Universidad Autónoma de Madrid.



Anexo 1. Jerarquía de situaciones evocadoras de ansiedad

Ítem	Situación	USA
1	Conducir por el interior de un pueblo.	1
2	Conducir por el interior de una ciudad.	5
3	Realizar un trayecto de 5km, en vías con arcén, acompañada.	10
4	Realizar un trayecto de 5km, en vías con arcén, sola.	12
5	Realizar un trayecto de 10km, en vías con arcén, acompañada.	15
6	Realizar un trayecto de 10km, en vías con arcén, sola.	17
7	Conducir por una carretera sin arcén, durante 10 minutos, acompañada.	60
8	Conducir por una carretera sin arcén, durante 10 minutos, sola.	70
9	Conducir por una carretera nacional, durante 20 minutos, acompañada.	80
10	Conducir por una carretera nacional, durante 20 minutos, sola.	90
11	Conducir por una autovía/autopista durante 5 minutos, acompañada.	100
12	Conducir por una autovía/autopista durante 5 minutos, sola.	100



