



ISSN 2255-5609

Revista de Casos Clínicos en Salud Mental

A PROPÓSITO DE UN CASO: MINDFULNESS Y TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL APLICADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA AMAXOFOBIA.

Alba Hernández Gómez

A CASE REPORT: MINDFULNESS AND COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY APPLIED FOR THE TREATMENT OF AMAXOPHOBIA.

Alba Hernández Gómez

Universidad Autónoma de Madrid
albahergomez@gmail.com

A propósito de un caso: mindfulness y terapia cognitivo conductual aplicados para el tratamiento de la amaxofobia.

En el presente trabajo se presenta el caso de una mujer de 45 años con un diagnóstico de amaxofobia y síntomas depresivos. El tratamiento consistió en 18 sesiones de una hora de duración con una periodicidad semanal. Se aplicaron técnicas provenientes de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC) junto con un componente de Mindfulness. En los resultados se apreció una reducción de la sintomatología ansiosa y depresiva. Más aún, se observó una mejora de su atención plena y de su sentimiento de competencia personal. Finalmente, se discuten los resultados obtenidos y se reflexiona sobre el programa multicomponente.

Palabras clave: amaxofobia, depresión, terapia cognitivo-conductual, mindfulness, conducción.

A case report: mindfulness and cognitive behavioral therapy applied for the treatment of amaxophobia.

In the present article we present a the case of a 45 year old woman with a diagnosis of amaxophobia and depressive symptoms. The treatment consisted of 18 sessions of an hour of duration with a weekly periodicity. Techniques from Cognitive Behavioral Therapy (CBT) along with a Mindfulness component were applied. The results showed a reduction of anxiety and depressive symptoms. In addition, there was an improvement in their mindfulness and their sense of personal competence. Finally, we discuss the results obtained and reflect on the multi-component program.

Keywords: amaxophobia, depression, cognitive-behavioral therapy, mindfulness, driving.

A propósito de un caso: mindfulness y terapia cognitivo conductual aplicados para el tratamiento de la amaxofobia.

INTRODUCCIÓN

El miedo es una emoción común entre los seres humanos. Esta emoción tiene un importante componente adaptativo para nuestra supervivencia (Sosa y Capafóns, 2014). De esta forma, el miedo adaptativo se convierte en una emoción fundamental en nuestro día a día.

El miedo adaptativo se desencadena cuando existen peligros reales. No obstante, cuando el miedo surge ante situaciones que objetivamente no suponen una amenaza, nos encontramos con un miedo desadaptativo. Para referirnos a esas reacciones de miedo empleamos el término fobia (Badós, 2015; Capafóns, 2001).

En la actualidad, las fobias se encuentran ubicadas en la quinta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5, dentro de la categoría de “trastornos de ansiedad” (Sosa y Capafóns, 2014).

Según el DSM-5, para el diagnóstico de una fobia se requieren una serie de criterios. Entre ellos se encuentran el miedo o la ansiedad intensa por un objeto o situación específica, el objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata, la persona evita el objeto o situación fóbica o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa (American Psychiatric Association, 2013).

Entre los distintos tipos de fobia destaca la amaxofobia, caracterizada por una inquietud permanente y descontrolada a situaciones de tráfico, experimentada antes y durante la conducción, con la consiguiente evitación de la acción de conducir. La amaxofobia se considera una fobia situacional, pues está inducida por una situación específica como puede ser montar en coche o conducir (Badós, 2015).

Dentro de la amaxofobia, podemos distinguir diferentes niveles de afectación y sintomatología. En este sentido, hay personas que únicamente sienten miedo cuando conducen por la noche. Mientras que, otras solo experimentan temor cuando conducen por autopistas, puentes y túneles (Dorrio, 2010). Otras variables que afectan al miedo pueden ser las condiciones atmosféricas, la densidad de tráfico, ir o no acompañado, aparcar o desapparcar (Bádos, 2015).

La amaxofobia puede aparecer en cualquier etapa vital de la persona. Con respecto a los desencadenantes más comunes de esta fobia se encuentran la aparición de ataques de pánico, los accidentes de tráfico y la deficiente preparación de los conductores. Otros factores susceptibles de originar esta problemática son las condiciones climatológicas adversas, el tráfico denso, la circulación nocturna, la responsabilidad de llevar en coche a los niños o la conducción de un vehículo con poca potencia o de otra persona (Bádos, 2015).

Por otro lado, cabe distinguir entre la amaxofobia primaria y la amaxofobia secundaria. La primera ocurre en el momento de aprender a conducir. En este caso, no se identifica ningún suceso traumático. Sin embargo, la persona comienza a tener miedo a

montarse en el vehículo. Por su parte, la amaxofobia secundaria tiende a aparecer en personas que han experimentado accidentes de tráfico. Aunque, también puede ocurrir en quienes han presenciado un choque o, personas sensibles a las campañas de la Dirección General de Tráfico donde, de alguna forma, son espectadores de estos hechos (Dorrio, 2010).

Hasta el momento, la investigación en el tema es escasa, aun así, se estima que en España un 30% de los conductores experimenta algún tipo de miedo a conducir, de los cuales en torno a un 12% restringen totalmente o parcialmente la utilización del automóvil en su vida diaria. Con respecto al género, un 64% de quienes padecen miedo a la conducción son mujeres. Mientras que, un 36% está formado por hombres (Instituto Mapfre, 2005).

Con respecto a los tratamientos eficaces para el tratamiento de este trastorno, se suelen recomendar técnicas clásicas pertenecientes a la corriente cognitivo-conductual (Bádos, 2015).

Recientemente, el interés en este trastorno y la evolución de las nuevas tecnologías, ha llevado a aplicar el teléfono móvil y el acompañamiento del terapeuta en vivo para tratar la amaxofobia (Wiederhold, Wiederhold, Jang y Kim, 2000). También se ha prestado atención a los diferentes niveles de ansiedad entre los conductores noveles y profesionales (Antoñanzas y Salavera, 2015). No obstante, en base a la revisión de la literatura, no se cuenta con protocolos unificados de tratamiento para esta patología.

Finalmente, en los últimos años, se han desarrollado las Terapias de Tercera Generación (Pérez, 2006), como la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes, Stroschal y Wilson, 2015), la Terapia de Conducta Dialéctica (Aramburú, 1996) y la Psicoterapia Analítica Funcional (Valero y Ferro, 2015).

El mindfulness o conciencia plena se considera un componente de estas terapias de tercera generación (Pérez, 2006). El mindfulness consiste en que el sujeto se concentre en la tarea que está realizando en el momento, sin que la mente divague sobre el pasado o el futuro (Moreno, 2012). Esta habilidad cuenta con dos componentes como la regulación de la atención para mantenerla centrada en la experiencia inmediata y la actitud de curiosidad, apertura y aceptación de la experiencia (Miró y Simón, 2012).

En el presente trabajo se expone el caso de una paciente diagnosticada de amaxofobia con un diagnóstico secundario de depresión. El objetivo es mostrar la eficacia de un tratamiento cognitivo conductual (TCC) junto con técnicas de mindfulness para tratar esta patología.

PRESENTACIÓN DEL CASO

La paciente L tiene 45 años, está casada y tiene un hijo de 21 años. Acude a consulta debido a que, desde que aprobó el carnet de conducir hace diez años, se siente incapaz de coger el coche.

L decidió aprender a conducir debido a que le podría facilitar el transporte diario. Con este fin, se apuntó a la autoescuela. No obstante, confiesa que la llevó tiempo tomar la decisión.

Respecto al examen teórico, L relata cómo fue capaz de aprobarlo a la primera. Acto seguido, ella comenzó a recibir las clases prácticas de conducción. Recuerda que, durante las clases prácticas, ella estaba muy tranquila. Además, declara no tener ningún tipo de pensamiento mientras conducía.

L confiesa que el examen práctico de conducir le resultó muy difícil. Cuenta que suspendió el examen en 6 ocasiones. De esta forma, relata que las experiencias del examen práctico fueron muy angustiosas. Más aún, ella confiesa que el mero hecho de ser evaluada le ponía de los nervios.

Una vez obtenido el permiso de conducción, L experimentó un alto nivel de ansiedad al coger el coche. En particular, el inicio de la conducta problema se sitúa cuando ella comenzó a conducir y su marido le acompañaba.

Por lo que se refiere a su marido, después de bajarse del coche, él se enfadaba. Es más, la paciente cuenta que el continuaba enfadado durante algún tiempo. En esta línea, L relata un episodio en el que el coche se quedó parado. Entonces, su marido se enfadó mucho. Ella recuerda *“Me tuve que bajar del coche y cogerlo él porque mira, yo no era capaz de sacarlo de la cuesta donde se me había quedado calado”*. Además, dice que su marido se enfadaba más porque el coche era nuevo y tenía mucho miedo de que se llegase a rozar.

L declara que ya era sólo subirse al coche y empezaba a ponerse nerviosa. En el momento de iniciar la conducción, ella pensaba *“No voy a ser capaz de conducir el coche, le voy a dar un golpe, voy a rozarle”*. Entonces, su marido se comportaba chillándola y regañándola. M confiesa como cada vez se ponía más nerviosa y, por consiguiente, acababa conduciendo peor.

Debido a las reacciones de su marido, después de sacarse el carnet, L tan sólo cogió el coche en cuatro ocasiones. En esos momentos, el montarse en el automóvil le generaba ansiedad y pensamientos disfuncionales. Además, como se mencionó anteriormente, progresivamente su ansiedad iba en aumento, motivo por el cual desistió en los futuros intentos de retomar la conducción.

Por otro lado, ella cuenta que nunca ha cogido el coche con un acompañante distinto de su marido. Es más, ella piensa que si, en lugar de su marido, hubiera conducido con una persona más tranquila, habría sido capaz de seguir conduciendo. Por demás, estos sentimientos nunca le han sucedido con ningún otro medio de transporte. Tampoco le suceden cuando otra persona conduce el vehículo.

Cuando se pregunta a la paciente por la sintomatología experimentada, ella declara sentir nerviosismo cuando se plantea o piensa en conducir el coche. Este nerviosismo se manifiesta como temblor de piernas y brazos, mareo y sensación de ahogo. Entre los pensamientos que aparecen destacan *“Voy a tener un golpe, se me va a calar el coche”*. Estas cogniciones aumentan su nivel de ansiedad y deterioran su actuación. También menciona sentir tristeza y disgusto.

Por añadidura, L expone recurrir a la evaluación y a la comparación social con otras personas de su alrededor. Particularmente, ella confiesa que después de conducir, ya fuese en las clases prácticas o con su marido, tendía a evaluar su actuación. Así, L solía comparar su conducción con la de otras personas. En este sentido, dice que, a veces, se

comparaba con su prima, quien intentó sacarse el carnet de conducir. Pero, suspendió tres veces el examen teórico. Luego, su prima fue incapaz de aprobar el examen práctico, llegando a desistir de sus esfuerzos por aprobar. Sin embargo, en otros momentos, L se compara con sus amigas, quienes conducen desde hace años. En este caso, confiesa “*Cuando pienso que ellas llevan muchos años conduciendo, que no necesitan a nadie que las lleve a ningún lado, me siento una fracasada*”.

En la exploración sobre las experiencias de L con la conducción, se descubre que hace 30 años sufrió un accidente. Ella cuenta que se iba de viaje, con su hermano, quien conducía. La paciente se encontraba adormilada. Entonces, su hermano frenó y se golpearon. Acto seguido, el coche quedó siniestro. Afortunadamente, no les ocurrió nada grave. No obstante, la paciente confiesa que jamás lo olvidará. A raíz del incidente, no desarrolló temor al hecho de subirse a algún automóvil. Es más, en el presente, ella no cree que tenga relación con su temor actual.

En cuanto a la interferencia del problema en su vida diaria, relata que “*No ha sido mucha*”. La razón reside en que, en general, las distancias desde donde vive hasta donde debe acudir no son muy largas. A pesar de ello, L recuerda con impotencia momentos en los que le surgió alguna urgencia y, al sentirse incapaz de conducir, tuvo que llamar a un taxi. Actualmente, quiere retomar la conducción porque está acudiendo a un curso lejos de su hogar y tiene dificultades para desplazarse. Por otra parte, la paciente considera que disponer del carnet de conducir permite tener más independencia. En el presente, desde hace 10 años, L tiene el carnet caducado. Ella siempre se propone renovarlo. No obstante, tiende a postergar la ocasión.

Pese a que L desearía ser capaz de retomar la conducción, el hecho de mantener esta problemática le está otorgando beneficios secundarios. En este sentido, L comenta que su marido está pendiente de llevarla en coche a los lugares. Así, cuenta que suele realizar la compra una vez a la semana. Después de realizar la compra, su marido suele invitarla a comer en un restaurante cercano. Por su parte, su hija se muestra insistente con que L retome la conducción y le apoya incondicionalmente.

Con respecto a características de personalidad, la paciente se describe como una persona miedosa y preocupada. Ella relata que cuando tiene que enfrentarse con algún problema se angustia con facilidad. En esos momentos, confiesa que tiene dificultades para decidir, no sabe qué hacer y tiende a preguntar a personas de su entorno a fin de encontrar la mejor solución.

Con respecto a las expectativas que L sostiene sobre su proceso terapéutico, ella cree que la terapia podría ayudarle a gestionar su temor a la conducción. Asimismo, espera aprender a controlar su ansiedad.

En relación a los recursos de afrontamiento, L acudió al psicólogo en el pasado para aprender a controlar su ansiedad. Ella refiere conocer estrategias como el pensamiento positivo, la respiración y la relajación. No obstante, confiesa que encuentra dificultades para poner en marcha estas herramientas. Es más, cuando las utiliza dice que no le dan resultados, llegando incluso a aumentar su angustia.

Estrategias de evaluación

La evaluación inicial del problema se llevó a cabo mediante una entrevista clínica abierta y la aplicación de una serie de auto-informes.

La entrevista clínica se realizó a lo largo de las sesiones con vistas a reunir información sobre el problema y los niveles de respuesta implicados (cognitivo, emocional-fisiológico y conductual). Asimismo, se recogió información para la elaboración del análisis funcional.

Con vistas a evaluar el nivel de mindfulness de L se usó el Test de Mindfulness o Atención Plena (MAAS) (Brown y Ryan, 2003; Joaquim et al., 2012). La puntuación de la paciente fue de 2, indicativo de baja atención plena en las actividades diarias.

En segundo lugar, la paciente cumplimentó el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 2011). La paciente obtuvo una puntuación de 27 en la escala de ansiedad estado, situándose en el percentil 80 en la población normal. En cuanto a la escala de ansiedad rasgo, la puntuación de L fue de 32, lo que la sitúa en el percentil 80 en la población normal.

Con el propósito de evaluar la sintomatología depresiva de L se recurrió al Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 2011). L obtuvo una puntuación de 25 entre 0 y 63, lo que apunta a una depresión moderada.

Para evaluar la autoeficacia se pidió a la paciente rellenar la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer (1996). La paciente obtuvo un puntaje de 10 en una escala de 0 a 40, lo cual señala un sentimiento de baja competencia personal.

Por otra parte, durante el proceso terapéutico se pidió a la paciente cumplimentar una serie de auto-registros.

Por último, estas medidas se tomaron antes y después de aplicar la intervención terapéutica. Del mismo modo, la paciente volvió a rellenar los cuestionarios a los seis de la intervención como medida de seguimiento.

Diagnóstico clínico

El diagnóstico clínico se estableció en función de la información recogida por medio de la entrevista clínica, en base a los criterios del DSM-5. Teniendo en cuenta estos criterios, se estimó que L cumplía los criterios para el diagnóstico de una fobia específica. En particular, se consideró el diagnóstico de una fobia específica situacional, denominada amaxofobia. De forma secundaria, se estableció un diagnóstico de depresión.

Formulación clínica del caso

Hipótesis de origen

La aparición de la conducta problemática puede explicarse mediante un proceso de condicionamiento clásico (Mowrer, 1960). Además, en la génesis del problema influyeron ciertas variables disposicionales de la paciente.

Entre las variables disposicionales cabe destacar que L es una persona con un nivel de ansiedad rasgo elevado, lo cual pudo influir en su mayor facilidad para condicionar. Igualmente, como consecuencia de su historia de aprendizaje, presenta un déficit en habilidades de afrontamiento y de solución de problemas, unido a una baja autoeficacia.

Por otra parte, L experimentó un accidente de tráfico, considerada como una variable histórica del problema. La razón reside en que, a día de hoy, el incidente no ejerce una influencia en la conducta problema.

El inicio de la problemática se sitúa cuando L comienza a presentarse a los exámenes prácticos a fin de obtener el permiso de conducción. En el primer examen de conducción, la paciente manifestó un estado elevado de activación fisiológica. La razón reside en que las situaciones de evaluación representaban estímulos condicionados aversivos (ECa), debido a su historia de aprendizaje. De este modo, el estímulo o situación neutra (EN), montarse en el coche, tras emparejarse con la situación aversiva condicionada (situaciones de evaluación en los exámenes) acaba adquiriendo la funcionalidad de ECa.

L confiesa sentirse nerviosa ante el primer examen de conducir. En este caso, se considera que puede producirse condicionamiento en un solo ensayo cuando la intensidad del EC (situaciones de evaluación) es elevada. Asimismo, cuando L aprueba el carnet y se expone con su marido a la conducción, se producen nuevos ensayos de condicionamiento. En esta línea, el ECa (montarse en el coche para conducir) se empareja con un ECa (gritos y enfado de su marido), aumentando más su valencia aversiva. En este punto, se considera que se produjo una sensibilización. Así, ante un estímulo de intensidad similar (situación de exposición a la conducción), la intensidad de la respuesta condicionada (ansiedad), cada vez era más intensa.

Hipótesis de mantenimiento

El mantenimiento de la problemática de L, se puede explicar por medio de los principios de condicionamiento clásico y operante (Mowrer, 1960).

Ante la configuración estimular, montarse en un coche, se desencadena una activación fisiológica (e.g., ansiedad y temblores), funcionando como un Estímulo Discriminativo (ED) para la conducta operante de evitación. Así, L evita las situaciones de conducción (e.g., no renueva el carné o evita ser ella quien coja el coche). Estas operantes de evitación tienen la funcionalidad de refuerzo negativo. El motivo estriba en que reducen la estimulación antecedente, es decir, disminuyen la ansiedad. Por consiguiente, se refuerza la conducta problema.

Pese a que L conoce y emplea terapias técnicas de respiración y relajación, paradójicamente, no logra calmar su ansiedad. Por el contrario, cuando aplica estas técnicas experimenta un incremento de su sintomatología. Parece que los esfuerzos de

control de la ansiedad de L se revierten. De esta forma, cuanto más lucha L por liberarse de la ansiedad, la frecuencia e intensidad de sus sentimientos de ansiedad aumentan. Por tanto, se genera un círculo vicioso en el que se incrementa la ansiedad y los esfuerzos de control de L.

Otro consecuente susceptible de explicar el mantenimiento de la conducta problema es la tasa de refuerzo social. L es transportada en coche por otras personas de su entorno, recibiendo una atención constante, la cual podría contribuir al mantenimiento del problema mediante un reforzamiento positivo.

Por otro lado, a largo plazo, el mantenimiento de la conducta problemática puede conducir a la paciente a experimentar consecuencias negativas. De este modo, el hecho de no ser capaz de conducir produce en L sentimientos de impotencia, dependencia e incapacidad. Esto podría explicar el mantenimiento de su bajo sentido de autoeficacia. Igualmente, el bajo auto-refuerzo propicia el bajo estado de ánimo, gestándose la depresión.

El problema reside en que, tras conducir y bajarse del coche, L recurre a la comparación social. De este modo, L compara su actuación con un estándar de referencia (e.g., amigos y conocidos). Así, cuando el resultado de su actuación es inferior al estándar establecido, la paciente genera pensamientos automáticos negativos (e.g., *“Hasta el más tonto es capaz de conducir”*, *“Nunca seré capaz de conducir”*). Estas cogniciones desencadenan emociones negativas hacia sí misma, infravalorándose y no reforzando sus pequeños progresos. Esta comparación social se mantiene por un refuerzo intermitente. De esta manera, por un lado, L se castiga al experimentar emociones negativas e impide el refuerzo de sus avances. Por otro lado, en ocasiones, L recurre a su prima como estándar de comparación. El hecho de recordar que su prima no llegó a aprobar el carnet de conducir, facilita que L se sienta mejor, eliminando la estimulación aversiva antecedente y reforzando el mantenimiento del mecanismo de comparación social.

Por tanto, la operante de comparación social se mantiene debido a un reforzamiento intermitente, lo cual conlleva una mayor resistencia a la extinción. Por demás, en esta cadena conductual se hipotetiza que la funcionalidad del refuerzo negativo es mayor que la del castigo positivo, reforzándose la probabilidad futura de esta operante.

TRATAMIENTO

En base a la formulación clínica del caso, los objetivos que guiaron la intervención fueron la extinción de del patrón de conductas de evitación relacionadas con la conducción y la aplicación de habilidades de atención plena. De forma secundaria, se pretendió lograr el manejo de la sintomatología ansiosa.

Para lograr los objetivos se utilizaron técnicas de intervención demostradas eficaces.

En la Tabla 1 se presentan los objetivos cognitivos y las técnicas de intervención asociadas.

Tabla 1. *Objetivos cognitivos y Técnicas de Intervención correspondientes*

Objetivos cognitivos	Técnicas de intervención
Recoger información para la evaluación del caso.	Entrevista clínica, cuestionario STAI (Spielberger et al., 2011), BDI-II (Beck et al., 2011), Escala de Autoeficacia (Baessler y Schwarzer, 1996), MAAS (Brown y Ryan, 2003) y auto-registros.
Comprender cómo los niveles de ansiedad influyen en nuestro rendimiento.	Psicoeducación: explicación del funcionamiento de la ansiedad (Fleming, Kocovski y Segal, 2013).
Comprender el modelo de origen y mantenimiento de su problemática. Ajuste de expectativas respecto al proceso terapéutico.	Devolución de hipótesis y Análisis Funcional.
Enseñar estrategias de afrontamiento adaptativas.	Reestructuración cognitiva y entrenamiento en auto-instrucciones (Méndez, Olivares y Moreno, 1998).
Extinguir pensamientos automáticos negativos y comparación social. Identificar y modificar pensamientos automáticos y creencias disfuncionales.	Reestructuración cognitiva (Méndez et al., 1998).
Cambiar el patrón atribucional con respecto a su rendimiento en la conducción.	Entrenamiento en autorrefuerzo y modificación del patrón atribucional (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2012).

En la Tabla 2 se presentan los objetivos emocionales y las técnicas de intervención correspondientes.

Tabla 2. *Objetivos emocionales y Técnicas de Intervención asociadas*

Objetivos emocionales	Técnicas de intervención
Crear una sólida alianza terapéutica.	Empatía, escucha activa, autenticidad, aceptación incondicional y resúmenes intercalados (Beck et al., 2012). Reforzar la decisión de acudir a terapia. Empleo de la validación (Barraca y Pérez, 2015).
Enseñar estrategias de atención plena.	Entrenamiento en mindfulness (Miró y Simón, 2012).
Reducir el temor a las sensaciones de ansiedad.	Exposición interoceptiva.
Crear un sentimiento de compasión hacia sí misma.	Entrenamiento en mindfulness centrado en la compasión (Miró y Simón, 2012).

En la Tabla 3 se recogen los objetivos conductuales y las técnicas de intervención empleadas.

Tabla 3. *Objetivos conductuales y Técnicas de Intervención asociadas*

Objetivos conductuales	Técnicas de intervención
Extinción de conductas de evitación (evitar situaciones de conducción).	Exposición y prevención de respuesta (Badós y García, 2011).
Implantación de operantes de solución de problemas.	Entrenamiento en resolución de problemas (D’Zurilla y Nezu, 1999).
Enseñar estrategias de afrontamiento adaptativas.	Reestructuración cognitiva, y auto-instrucciones (Méndez et al., 1998).
Extinguir pensamientos automáticos negativos y comparación social. Identificar y modificar pensamientos automáticos y creencias disfuncionales.	Reestructuración cognitiva (Méndez et al., 1998).
Aumentar la tasa de refuerzo positivo.	Entrenamiento en auto-refuerzo (Labrador, 2008).
Con su entorno, marido: Aprender a dispensar contingencias adaptativas.	Entrenamiento en manejo de contingencias (Badós y García, 2011).
Prevención de recaídas.	Registro de situaciones de riesgo y estrategias para afrontarlas.

Procedimiento

La intervención se llevó a cabo en un centro de Psicología Clínica de una localidad de Madrid por una Psicóloga General Sanitaria con la supervisión de un grupo de Psicólogos Clínicos. El tratamiento consistió en 18 sesiones con una periodicidad semanal de una hora de duración. Se aplicaron técnicas de la TCC y herramientas de mindfulness. A continuación, se exponen cronológicamente las sesiones del plan de tratamiento:

Sesión 1-2. Las primeras sesiones se dirigieron a recoger información sobre la problemática, a crear una sólida alianza terapéutica y a la psicoeducación sobre cómo la ansiedad afecta al desempeño (Fleming et al., 2013). Con vistas a construir la alianza terapéutica se pusieron en marcha habilidades tales como la empatía, escucha activa, autenticidad, aceptación incondicional y resúmenes intercalados (Beck et al., 2012), junto con la validación (Barraca y Pérez, 2015) y el refuerzo de la decisión de acudir a terapia. También se aplicaron los cuestionarios de evaluación para obtener una medida pre-tratamiento. Por otro lado, se solicitó a la paciente cumplimentar un auto-registro sobre sus reacciones ante el hecho de conducir. Para ello, se le solicitó la exposición en imaginación a conducir en la sesión.

Sesión 3, 4 y 5. Al comienzo de la tercera sesión, se explicó a L el concepto de mindfulness (Fabrizio, 2011). Después, se realizó en sesión un ejercicio conocido como Estar donde estás (Hayes y Smith, 2005), dirigido a fomentar la práctica de la atención plena con las distintas partes del cuerpo y con el entorno. Previamente a la realización del ejercicio, se solicitó a L cerrar los ojos y realizar una respiración profunda. Se le advirtió que, si en algún momento se distraía, volviera al presente y retomase las instrucciones. Comenzamos solicitándole que centrara la atención en los dedos de su pie y frotase las puntas. Acto seguido, le preguntamos “¿Cómo sientes tus dedos?”, “¿Tus dedos están

ásperos de trabajar, tensos dando muestras de ansiedad o, suaves y tranquilos?”. De vez en cuando, hacíamos aclaraciones del tipo “No importa como estén, están bien. No juzgues, tan solo trata de ser una observadora externa, una científica que explora sus sensaciones”. Después, le pedíamos que volviese a colocar sus dedos en la posición inicial. Luego, le cuestionábamos “¿Cómo descansan ahora tus dedos?, “¿Las puntas de tus dedos miran hacia arriba o hacia abajo?”, “¿Cuáles son las sensaciones que notas en tus dedos?”. Este modo de proceder se repitió con sus pies, manos, brazos, cabeza, cara, ojos, boca, pecho y abdomen. Por último, pedimos a L pensar en su cuerpo globalmente (e.g., “¿Cómo estás apoyada?”, “¿Puedes sentir cómo se apoya tu espalda?”). El ejercicio finalizó animando a la paciente a considerar la habitación donde se encontraba (e.g., “¿Sabes en qué punto de la habitación estás ubicada?”, “¿Tienes conciencia de a qué distancia queda de ti mi cuerpo o mi escritorio?”). En el último momento, la paciente abrió los ojos y dedicó unos minutos a percibir el espacio y su cuerpo, sin juzgar. Como tareas para casa se dio a la paciente un audio con este ejercicio y se propuso poner en marcha las estrategias de atención plena mientras realizaba sus tareas diarias (e.g., ir a caminar, ir en el autobús, cocinar, etc.).

En la cuarta sesión, se enseñó a L la herramienta de reestructuración cognitiva (Méndez et al., 1998). Para explicar el modelo cognitivo, se utilizó con la paciente el ejemplo de una persona que había perdido trabajo. A través de esta ejemplificación, se expuso a L la influencia de las cogniciones en nuestros sentimientos y comportamientos. Igualmente, se identificaron sus principales creencias irracionales. También se trabajaron las diferentes distorsiones cognitivas. Para la próxima semana, se pidió a L un registro de sus pensamientos automáticos para su posterior análisis.

Por último, en la quinta sesión, se retomaron ejercicios de mindfulness. De igual manera, por medio del debate socrático, se enseñó a L a modificar sus pensamientos disfuncionales con respecto a sí misma y a la conducción. Como tareas entre sesiones se sugirió la práctica del mindfulness y la aplicación de la reestructuración cognitiva en su vida cotidiana.

Sesión 6, 7 y 8. En un primer momento, en la sexta sesión, se realizó con L un ejercicio conocido como Práctica de compasión para sentirse a salvo (Miró y Simón, 2012, pp. 127-128). Al comienzo, se expuso a L el concepto de auto-compasión. Luego, durante tres minutos, se realizó la respiración profunda, haciendo énfasis en la alargar la espiración. A continuación, pedimos a la paciente centrar la atención en su corazón, permitiéndose experimentar el sufrimiento del momento. Se indicó que cuando inspirase se permitiese sentir su dolor. Nos informó de sentimientos de ansiedad, de inseguridad y de fracaso con respecto a la conducción. Progresivamente, nos fuimos centrando en los distintos sentimientos. Para ayudar a L a diferenciar los sentimientos y practicar la atención plena, le sugerimos imaginar su corazón como una caja grande, donde almacenaba todas sus emociones, dando forma y color a cada una de ellas. Cada vez que L espiraba, le pedíamos que se abriese a la emoción de ese momento desde la auto-compasión. En ese instante, la paciente reportó dificultades para mostrarse compasiva consigo misma. Ella refería no saber cuál era ese sentimiento. Para ayudarle, le indicamos que imaginase un momento en el que se hubiera sentido profundamente amada, cuidada y apoyada. Utilizamos la metáfora de que tenía que ser como una madre que acunaba a su bebé, la emoción, hasta que se calmaba (Miró y Simón, 2012, p. 129). Luego, le pedimos que tratase de proyectar ese sentimiento al evocar la emoción correspondiente. Repetimos este proceso con todas las emociones y finalizamos con la aplicación de la respiración, centrándonos en la espiración. Acto seguido, comenzó el entrenamiento en

estrategias para resolver problemas (D’Zurilla y Nezu, 1999). Primero, se pidió a la paciente que expusiera los problemas que le preocupaban. Después, se trabajó para enseñar a L a elegir una solución a cada problemática. Finalmente, L decidió que emprendería los pasos necesarios para volver a conducir. De esta forma, se definieron metas progresivas (e.g., renovarse el carnet de conducir). Estas metas generales se desglosaron en metas específicas (e.g., montarse en el coche en el asiento del conductor sin el motor encendido o con el motor encendido, etc.). En último lugar, se revisó con L el registro de los pensamientos disfuncionales que había tenido la semana anterior.

En la séptima sesión, se examinó con la paciente la evolución de su práctica de mindfulness. Luego, se realizó con ella otro ejercicio conocido como Acoger y acunar las emociones, dirigido a trabajar las emociones asociadas a la conducción (Miró y Simón, 2012, pp. 129-130). Se empezó realizando un ejercicio de respiración focalizada en la espiración. Después, pedimos a la paciente que recordase un suceso problemático con moderada carga emocional. Ella nos describió un suceso en el que había tenido que conducir, se había puesto nerviosa y había tenido que bajarse del coche. La emoción a trabajar era el fracaso. Una vez evocada la emoción por medio del recuerdo, solicitamos a L que tratase de vivirla como una curiosa científica, desde la perspectiva del mindfulness. En esta línea, trabajamos para aceptar el suceso y la emoción consecuente. Posteriormente, animamos a L a aplicar la auto-compasión consigo misma. Le sugerimos que podía abrazarse y acariciarse durante la práctica compasiva. Para acabar, realizamos la respiración centrada en la espiración con vistas a volver al momento presente. Más adelante, se explicaron a L los fundamentos de la exposición con prevención de respuesta (Bados y García, 2011). Junto con la paciente se elaboró una jerarquía de situaciones relacionadas con la conducción, graduando los niveles de ansiedad. En esta sesión, también se enseñó a L la importancia del auto-refuerzo después de las tareas terapéuticas (Labrador, 2008). Se analizaron con ella las ventajas de esta técnica frente a la comparación social. Además, con miras a cambiar su patrón atribucional se emplearon técnicas de re-atribución (Beck et al., 2012).

Por último, en la octava sesión se revisaron los ejercicios de mindfulness. Posteriormente, se procedió a la planificación de las exposiciones. Es más, para facilitar las tareas de exposición se desarrolló un entrenamiento en auto-instrucciones. Una vez que L pareció haber interiorizado las verbalizaciones, le propusimos aplicar esta estrategia simulando que tenía que conducir. Finalmente, como tarea para casa, se acordó con la paciente que se iría exponiendo a distintas situaciones en imaginación (e.g., montarse en coche sola e imaginarse que va por la ciudad, etc.).

Sesión 9-10. La novena sesión se llevó a cabo en la calle en el coche de L. Primero, se revisaron las tareas para casa. Después, se realizaron tareas de exposición teniendo el coche aparcado y con el motor apagado o encendido. Durante la exposición, cuando surgían elevados niveles de ansiedad o pensamientos disfuncionales se instruyó a L para que aplicase las estrategias de mindfulness. En esta línea, se animó a la paciente a prestar atención a las sensaciones experimentadas (e.g., temblor, respiración entrecortada) y a sus pensamientos (e.g., “No valgo para conducir, lo mejor sería abandonar”). Tenía que visualizarlos como una científica. De esta forma, le sugerimos otorgar a sus sensaciones una forma y un color, e imaginar sus pensamientos en una nube movediza. Después, se pidió a la paciente focalizar la atención en la tarea de conducir, dejando hueco a las sensaciones o pensamientos que pudiera tener en ese momento. Igualmente, se ayudó a la paciente a poner en marcha las auto-instrucciones (e.g., pasos para arrancar el coche).

Para la próxima semana, se solicitó a L continuar con la realización de tareas de exposición. Se le pidió rellenar un auto-registro sobre las sensaciones experimentadas.

En la décima sesión, L confesó que se había expuesto a la tarea de conducir y se había sentido tan cómoda que decidió arrancar el automóvil. En ese momento, el coche se le caló. La paciente se mostraba angustiada por ese suceso refiriendo pensamientos desadaptativos. En este caso, se trató de mostrar a la paciente la racionalidad y funcionalidad de esos pensamientos por medio del contraste adaptativo (Bas y Andrés, 1994). Por último, se animó a la paciente a continuar con el registro de sus pensamientos y las técnicas de reestructuración. De igual modo, se planificó con L las tareas de exposición para realizar durante la semana. Se acordó que su hija le ayudaría en la realización de alguna de las tareas de exposición. Luego, otras exposiciones debería desarrollarlas sola. Entre algunos de los ítems de la jerarquía de exposición destaca que le pedimos que calase el coche adrede.

Sesión 11-12. En un primer momento, en la undécima sesión, se revisaron las tareas de exposición y se comentaron las dificultades encontradas. Después, L comentó que quería empezar las clases de conducción en la autoescuela. En este momento, se trabajaron las creencias subyacentes a su temor a fallar en el desempeño de su conducción. Igualmente, se revisaron, idearon y modelaron nuevas auto-instrucciones. Como tareas para casa, se establecieron sesiones de exposición en imaginación a conducir con el coche y el profesor de la autoescuela.

En la duodécima sesión, como era habitual, se comenzó revisando las tareas para casa. L comentó que esa semana tenía prevista la clase de conducir con su profesor. En la sesión, se realizaron sesiones de exposición en imaginación a ese momento. Además, se imaginaron las distintas posibilidades de actuación ante el error (e.g., cómo reaccionar si no entra una marcha, etc.). Igualmente, se volvió a explicar el Análisis Funcional con el fin de recordar como determinadas conductas desadaptativas contribuían al mantenimiento de la problemática. En último término, para la próxima semana, se hizo énfasis en la aplicación de técnicas de mindfulness durante el día a día.

Sesión 13-14. En la trigésima sesión, L comentó su experiencia en las clases prácticas de conducción. La paciente comentó que sintió ganas de huir de aquella situación ante la intensidad de la sintomatología ansiosa. No obstante, recordó como las respuestas evitativas eran clave como mantenedoras de su problema y aplicó la conciencia plena. No obstante, L confesó que el coche se la caló en varias veces y pensaba que su conducción había resultado poco exitosa. En este momento, se reestructuraron los pensamientos irracionales y se procedió a aplicar técnicas de auto-refuerzo y de re-tribución. Para la próxima semana, se pidió a la paciente realizar una lista de tareas o actividades que realizaba diariamente, el resultado de actuación y el auto-refuerzo.

Por último, en la catorceava sesión, se empezó revisando las tareas entre sesiones. L continuaba exponiéndose a la conducción a pesar de sus elevados niveles de ansiedad. En este momento del tratamiento, L comentó que su marido le había ofrecido acompañarla en las tareas de conducción, lo cual le generaba bastante angustia. Junto con la terapeuta, se acordó que sería mejor que L fuese con su hijo. Es más, se estableció que en la próxima sesión acudiría su marido para explicarle su papel en la génesis de la problemática y darle pautas de actuación. Como tareas entre sesiones, se solicitó la práctica del mindfulness, la realización de las tareas de exposición y el auto-refuerzo.

Sesión 15-16. En la quinceava sesión, el marido de L acudió a la sesión. Se le expuso el Análisis Funcional del caso de su mujer y se remarcó la importancia del refuerzo ante pequeños progresos. En esta línea, se realizó un entrenamiento en manejo de contingencias. Con ese fin, se realizaron ensayos conductuales y un role-playing. Igualmente, se dieron estrategias para el control de impulsos (e.g., respiración antes de chillar). Después, se comentaron con L las dificultades encontradas en las tareas semanales.

En la dieciseisava sesión, L continuaba acudiendo a las clases prácticas de conducir. Además, había llegado a coger el coche con su hija. Cuenta que, en una de las exposiciones, tuvo que frenar bruscamente y experimentó una fuerte ansiedad. En ese momento, se asustó porque sentía un ahogo muy brusco que jamás había experimentado. En la sesión, se realizaron ejercicios de exposición interoceptiva a esa sensación de ahogo y asfixia. Para evocar la sensación en sesión, se pidió a la paciente que se levantase, se tapase la nariz y respirase profundamente por la boca durante un minuto (Fleming et al., 2013). La exposición se combinó con estrategias de mindfulness para que L prestase atención plena a la sensación (Miró y Simón, 2012, pp. 130-132). En este sentido, durante la exposición, se alentó a la paciente a ser consciente del momento presente y participar en él, fomentando la exploración y descripción de la sensación. Del mismo modo, resultó útil evocar la auto-compasión recordando a la paciente la metáfora de ser una madre que acuna a su bebe, pese a que su llanto pueda resultar molesto. También se utilizaron verbalizaciones del tipo “Abre tu corazón a esta sensación, abrázala y déjala estar, permítela estar dentro de ti”, “No luches, abrázate a ti misma con esa sensación que te acompaña. Déjala estar mientras te abrazas a ti misma”. El ejercicio se mantuvo hasta que la sensación correspondiente mermaba o cesaba. Finalmente, se realizó la respiración centrándonos en alargar la espiración. Como tareas para casa, se sugirió la realización de la exposición interoceptiva a estas sensaciones ansiógenas.

Sesión 17-18. En la decimoséptima sesión, L comentó que había realizado las exposiciones sin obstáculos e, incluso, había llegado a conducir con su marido. En este momento, se reforzó a la paciente y se volvió a retomar la importancia del auto-refuerzo. Al final, se comenzó el trabajo en prevención de recaídas. Para ello, de cara a la próxima semana, se pidió a la paciente anotar una lista de potenciales situaciones problemáticas, no necesariamente relacionadas con la conducción.

La decimoctava sesión se centró en el trabajo de prevención de recaídas. Con este propósito se empleó la lista realizada por L durante la semana. De esta forma, se seleccionaron posibles situaciones futuras problemáticas y se ensayaron alternativas de respuestas. Asimismo, se recordaron las herramientas terapéuticas aprendidas durante el proceso de tratamiento. Para acabar, se decidió con L que empezaría a acudir a sesiones cada quince días en lugar de semanalmente. De este modo, se iniciaba el periodo de seguimiento. En esta sesión, también se emprendió la evaluación post-tratamiento. Además, se otorgó a la paciente una hoja informativa del estudio y se le pidió el consentimiento informado.

En la Tabla 4 se presenta el cronograma de las sesiones de tratamiento.

Tabla 4. Cronograma de las sesiones de tratamiento

Sesiones	Técnicas de intervención
Sesión 1 y 2	Entrevista clínica y cuestionarios de evaluación. Psicoeducación. Empatía y validación. Devolución del Análisis Funcional.
Sesiones 3, 4 y 5	Psicoeducación. Mindfulness. Reestructuración cognitiva.
Sesiones 6, 7 y 8	Exposición en imaginación. Mindfulness y compasión. Estrategias de solución de problemas. Planificación de las exposiciones y entrenamiento en auto-instrucciones.
Sesiones 9 y 10	Exposición en vivo. Mindfulness. Reestructuración cognitiva.
Sesiones 11 y 12	Exposición en imaginación. Reestructuración cognitiva. Autoinstrucciones.
Sesiones 13 y 14	Recuerdo del Análisis Funcional. Reestructuración cognitiva. Técnicas de auto-refuerzo y re-atribución.
Sesiones 15 y 16	Marido de M: Entrenamiento. Role-playing. Exposición interoceptiva y mindfulness.
Sesiones 17 y 18	Prevención de recaídas y auto-refuerzo.

RESULTADOS

Los resultados se analizaron considerando los objetivos planteados en el programa de intervención.

Con respecto a la escala MAAS, L mostró una baja atención plena con un puntaje de 2 en la evaluación pre-tratamiento. Tras realizar la intervención, la paciente dio indicios de un mayor uso del mindfulness, obteniendo una puntuación de 4 en la evaluación post-tratamiento y de 5 en el seguimiento.

Por lo que se refiere a las puntuaciones en el STAI (Spielberger et al., 2011), la paciente pasó de una puntuación de 29 en ansiedad estado a 17, lo que supone el paso del percentil 80 al 55 en la población normal. Por su parte, en la escala de ansiedad rasgo, el puntaje de L disminuyó de 32 a 25, lo cual supone el cambio desde el percentil 80 al 60 en la población normal. A los seis meses de seguimiento, la puntuación de la paciente en ansiedad estado fue de 15, situándose en el percentil 50 de la población normal. Mientras que, en el seguimiento, el puntaje de L en ansiedad rasgo fue de 26, lo que se correspondía con el percentil 60.

En cuanto a la sintomatología depresiva, la puntuación pre-tratamiento de la paciente en el BDI-II (Beck et al., 2011) fue de 25. Esta puntuación se redujo a 10 en la evaluación post-tratamiento y a 7 en el seguimiento, indicativo de una depresión ausente o mínima.

Cuando se trata de la Escala de Autoeficacia General (Baessler y Schwarzer, 1996), la paciente obtuvo al inicio del tratamiento un puntaje de 10, aumentando a 30 en la evaluación post-tratamiento y a 35 a los seis meses de la intervención. Este incremento apunta a un incremento del sentimiento de competencia personal.

En la Figura 1 se recoge un resumen de las puntuaciones obtenidas por L en los diferentes instrumentos de evaluación.

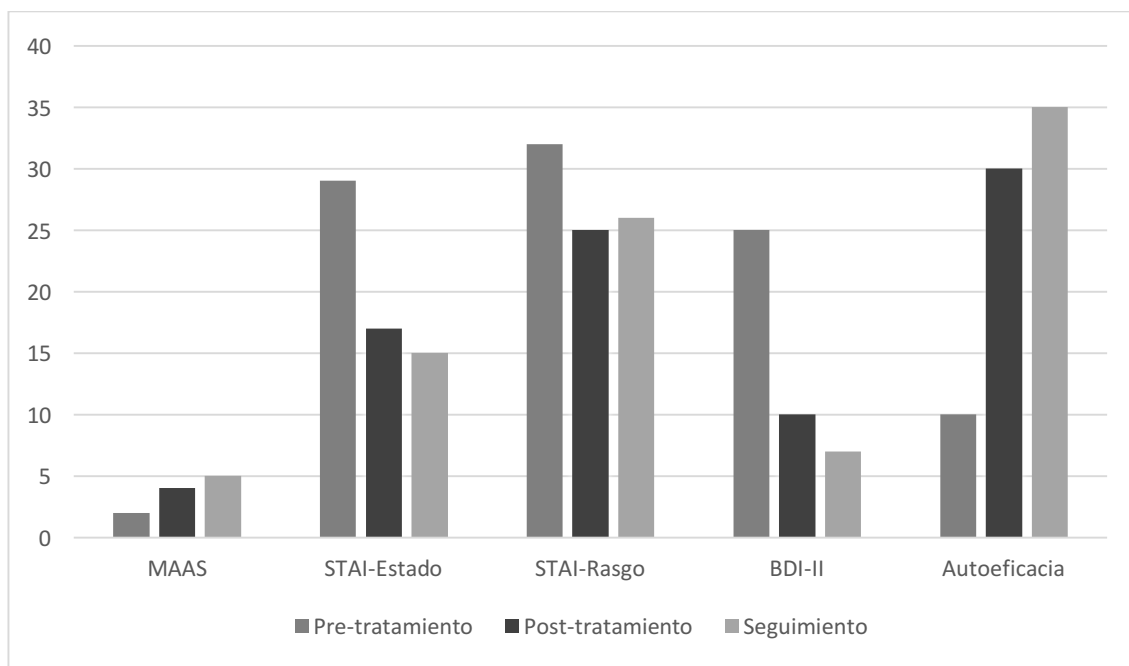


Figura 1. Resumen de las puntuaciones obtenidas por L en la evaluación pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento.

DISCUSIÓN

El propósito de este trabajo era exponer el caso de una paciente diagnosticada de amaxofobia con síntomas de depresión para evaluar la eficacia de la TCC junto con un componente de mindfulness. Los resultados de la evaluación revelan que esta combinación de procedimientos puede considerarse eficaz para conseguir los objetivos planteados. Así, se logró la reducción de las conductas de evitación de situaciones relacionadas con la conducción, los niveles de ansiedad y los pensamientos disfuncionales. Más aún, también se aumentó el nivel de mindfulness y el sentido de autoeficacia de la paciente.

Para empezar, considerando que se ha aplicado un programa multicomponente es conveniente reflexionar sobre las distintas técnicas empleadas.

En primer lugar, la paciente había aprendido en otros procesos terapéuticos técnicas de relajación. Sin embargo, refería no ser capaz de utilizarlas para controlar su ansiedad, inclusive, declaraba experimentar más sentimientos angustiosos. Desde la filosofía de las terapias de tercera generación, este hecho nos llevó a recurrir a las técnicas de mindfulness. La idea subyacente era que probablemente los esfuerzos de L por liberarse de la ansiedad eran más bien el problema que la solución. Así, la aplicación de técnicas de mindfulness tuvo el objetivo de que L viviese más conscientemente y prestase

atención plena a las actividades y sensaciones experimentadas diariamente. De este modo, aunque el mindfulness no se presentó a la paciente como una herramienta para reducir la ansiedad sino más bien para ser más consciente del momento presente, al abandonar la meta de evitar la ansiedad, se produjo una reducción de los síntomas ansiosos. Lo más interesante es que la reducción de la sintomatología y el aumento de los niveles de mindfulness de L se mantuvieron en el seguimiento. Más aún, en el contexto de atención plena, L pudo tomar conciencia y trabajar las emociones despertadas por la acción de conducir. De este modo, el empleo del mindfulness permitiría trabajar experiencialmente las emociones, frecuentemente reducidas al ámbito cognitivo. A partir de estos resultados, consideramos que la aplicación de técnicas de mindfulness en la tarea de conducción podría resultar exitosa. El motivo es que centra a los pacientes en la tarea, cambiando la relación con los síntomas que obstaculizan el desempeño de la conducción. Incluso, estas habilidades podrían generalizarse a actividades de la vida diaria, aportando un enorme beneficio a la salud mental del paciente (Warren y Ryan, 2003).

Ahora bien, pese a que la aplicación del mindfulness en casos de amaxofobia podría resultar exitosa, no deberían pasar desapercibidas las barreras que los pacientes e, incluso los propios terapeutas pueden encontrar a la hora de entrenar esta habilidad. En esta línea, cuando propusimos emplear técnicas de mindfulness, L nos comentó haber leído que esta práctica era equiparable a la relajación. Este suceso ejemplifica la importancia de contextualizar las habilidades de atención plena y de realizar una psicoeducación adecuada. Más allá de las barreras del paciente, durante la aplicación de esta técnica, el terapeuta puede descubrir obstáculos personales que le dificultan llevar a cabo estos ejercicios en sesión. De esta forma, alentar al paciente a entrar en contacto con sus propios sentimientos experimentados como desagradables supone estar dispuesto a observar, a tolerar y a mostrar una actitud compasiva hacia el sufrimiento del paciente in vivo. De lo contrario, sin darse cuenta, el terapeuta puede boicotear el proceso de atención plena. El desarrollo de estas habilidades como terapeutas pasa por un proceso personal de aprendizaje de la atención plena, completamente experiencial (Miró y Simón, 2012).

Teniendo en cuenta que L llevaba años sin conducir, el entrenamiento en habilidades de conducción era primordial. Sin embargo, la tarea no solo recaía en la paciente y el profesor de autoescuela, sino que tanto los ensayos conductuales como el entrenamiento en auto-instrucciones resultaron ser fundamentales. Por medio de estos procedimientos, L adquirió recursos adaptativos sustituyentes de sus pensamientos disfuncionales. Igualmente, sirvió a la paciente para fomentar su tolerancia al error.

Relacionado con el párrafo anterior, se apreció una reducción de los síntomas depresivos y un aumento del sentido de autoeficacia tanto en la evaluación post-tratamiento como en el seguimiento. Consideramos que la mejora del estado de ánimo y la autoeficacia no habría sido posible sin el procedimiento de exposición y el aprendizaje del auto-refuerzo. Esto muestra el importante papel de la exposición y de un manejo de contingencias adaptativo para superar esta patología.

Por último, otro objetivo primordial de la terapia fue lograr que L retomase la conducción. Dado que la conducta de conducir era inexistente en el inicio, no fue posible establecer una línea base. De este modo, se trató de implantar un comportamiento. En base a la evaluación cualitativa, se logró este objetivo puesto que, al final del tratamiento, L montaba en coche con regularidad.

Por añadidura, este caso ejemplifica la necesidad de considerar el triple sistema de respuesta del paciente, así como el entorno en el que se desenvuelve. De esta forma, una mirada solipsista, centrada únicamente en el sujeto del tratamiento y su sintomatología está condenada al fracaso. Así, pese a que L era quien realizaba la demanda de tratamiento fue necesario intervenir en su entorno cercano. La razón reside en que el ambiente circundante juega un importante papel como dispensador de consecuencias y, por tanto, como mantenedor de conductas. Por tanto, siempre y cuando haya posibilidades de intervención, el ambiente se convierte en un recurso terapéutico que podemos manipular para poner a nuestro favor.

A raíz de este caso, también se señala que la ruptura de los límites de los espacios terapéuticos es crucial. De esta manera, en determinadas patologías, la consulta no siempre representa el espacio ideal para realizar la intervención. En este sentido, a veces, considerando los recursos temporales y logísticos, es conveniente llevar la sesión al entorno real. Así, en el caso de L, el hecho de acompañarla y guiar la exposición la primera vez que se montaba en el coche desde hacía años fue nuclear. Igualmente, es posible que estos comportamientos emprendidos por el terapeuta fomenten la confianza del paciente y reflejen la aceptación incondicional a este. En esta línea, mostraría la disponibilidad de una figura vincular, lo cual es por sí mismo terapéutico.

Por otra parte, también deberíamos considerar que este trabajo presenta claras limitaciones. Para empezar, se trata de un estudio de caso único AB, con limitaciones de validez interna y externa. De este modo, podrían existir variables enmascaradas susceptibles de explicar los resultados del tratamiento (e.g., M comenzó a realizar más actividades de ocio). Asimismo, tampoco es posible la generalización de los resultados.

Por último, cabe destacar la importancia de desarrollar programas de prevención y de tratamiento del miedo a conducir. El reto es conseguir intervenciones integrales y eficaces para esta patología. El coche es el medio de transporte más habitual en la sociedad actual. En este sentido, el miedo al vehículo representa un obstáculo para el desplazamiento y la movilidad diaria. Más aún, en algunos casos, puede suponer un obstáculo para desarrollar un sentimiento de competencia personal. Especialmente, cuando la persona tiene la necesidad de integrar el vehículo en su rutina diaria y se siente incapaz.

En definitiva, la psicología clínica no debería pasar desapercibido el estudio de la amaxofobia. El motivo estriba en que un tratamiento eficaz podría tener un impacto no solo en la movilidad sino también en el sentimiento de competencia personal de los pacientes.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Antoñanzas, J. L., y Salavera, C. (2015). Ansiedad y habilidades metacognitivas en conductores expertos y noveles. *Revista Psicología Y Salud*, 25(1), 133-141.
- Aramburú, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de personalidad. *Psicología Conductual*, 4(1), 123-140.
- Badós, A. (2015) Fobias Específicas: naturaleza, evaluación y tratamiento. Descargado el 5 de Enero de 2017 <http://hdl.handle.net/2445/65619>

- Badós, A., y García, E. (2011). Técnicas de exposición. Descargado el 10 de Enero de 2017 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18403/1/T%C3%A9cnicas%20de%20Exposici%C3%B3n%202011.pdf>
- Badós, A., y García, E. (2011). Técnicas operantes. Descargado el 9 de Enero de 2017 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18402/1/T%C3%A9cnicas%20operantes%202011.pdf>
- Baessler, J., y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la Escala de Autoeficacia general. *Ansiedad Y Estrés*, 2(1), 1-8.
- Barraca, J., y Pérez, M. (2015). *Activación conductual para el tratamiento de la depresión*. Madrid: Síntesis.
- Bas, F., y Andrés, V. (1994). *Terapia cognitivo-conductual de la depresión: Un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (2012). *Terapia cognitiva de la depresión* (20.a ed.) (Trad. S. Pabón). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., y Brown, G. K. (2011). *Inventario de Depresión de Beck-II* (ed. rev. J. Sanz y C. Vázquez). Madrid: Pearson.
- Brown, K. W., y Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Capafons, J. I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13(3), 447-452.
- D'Zurilla, T. J., y Nezu, A.M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2ª. ed.). Nueva York: Springer.
- Dorrio, B. (2010). *SOS... Me da miedo conducir*. Madrid: Pirámide.
- Fabrizio, D. (Ed.) (2011). *Manual clínico de mindfulness*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fleming, J. E., Kocovski, N. L., y Segal, Z. V. (2013). *The mindfulness & acceptance workbook for social anxiety & shyness*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., y Wilson, K. G. (2015). *Terapia de aceptación y compromiso. Proceso y práctica del cambio consciente*. (Mindfulness). Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Hayes, S. C., y Smith, S. (2005). *Get out of your mind and into your life*. Oakland, USA: New Harbinger Publications.
- Instituto Mapfre. (2005). Amaxofobia. Miedo a conducir. Descargado el 10 de Enero de 2017 de https://www.fundacionmapfre.org/documentacion/publico/es/catalogo_imagenes/grupo.cmd?path=1082242
- Joaquim, S. R., Tejedor, R., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Cebolla, A. J., Soriano, J ... Pérez, V. (2012). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala Mindful Attention Awareness Scale (MAAS). *Actas Esp Psiquiatr*, 40(1), 18-25.
- Labrador, F. J. (Coord.) (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Pirámide.
- Méndez, F. X., Olivares, J., y Moreno, P. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva. En J. Olivares y F. X. Méndez, F.X. (Dir.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 409-483). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Miró, M. T., y Simón, V. (2012). *Mindfulness en la práctica clínica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Moreno, A. (2012). Terapias cognitivo-conductuales de tercera generación (TTG): La atención plena/mindfulness. *Revista Internacional de Psicología*, 12(1), 1-17.
- Mowrer, O. H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.

- Pérez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé. Revista de Psicología Y Pedagogía*, 5(2), 159-172.
- Sosa, D. C., y Capafóns, I. J. (2014). Fobia específica. En V.E. Caballero, I. C. Salazar y J. A. Carrobles, *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (pp. 162-182). Madrid: Pirámide.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (2011). *STAI cuestionario de ansiedad estado-rasgo* (8.^a rev y ampl ed. G. Buela, A. Guillén y N. Seisdedos). Madrid: Tea.
- Valero, L., y Ferro, R. (2015). *Psicoterapia analítica funcional. El análisis funcional en la sesión clínica*. Madrid: Síntesis.
- Warren, K., y Ryan, R. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84(4), 822-848.
- Wiederhold, B. K., Wiederhold, M. D., Jang, D. P., y Kim, S. I. (2000). Use of Cellular Telephone Therapy for Fear of Driving. *Cyberpsychology & Behavior*, 3(6), 1031-1039.