

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL EN UN CASO ÚNICO DE FOBIA A LA CONDUCCIÓN

Verónica Cabañas Rojas*

Irene Casanova-Menal*

Isabel Fernández-Montes Rodríguez*

*Psicóloga Clínica Residente

U.G.S Salud Mental Campo de Gibraltar

COGNITIVE BEHAVIOURAL THERAPY APPLIED TO A SINGLE CASE OF DRIVING PHOBIA

Verónica Cabañas Rojas*

Irene Casanova-Menal*

Isabel Fernández-Montes Rodríguez *

*Psicóloga clínica residente

U.G.S Salud Mental Campo de Gibraltar

Dirección Postal:

Verónica Cabañas Rojas

Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) de Algeciras.

Pso. de la Conferencia s/n 11207 Algeciras (Cádiz)

E-mail: veronica1985@gmail.com

Terapia Cognitivo-Conductual en un caso único de fobia a la conducción

Resumen

Antecedentes: se presenta el caso de una mujer de 30 años de edad atendida en consulta de psicología, por presentar miedo intenso a conducir, con claros síntomas de ansiedad. Fue diagnosticada de Fobia Específica. Se realiza una revisión bibliográfica sobre las fobias: concepto, prevalencia y tratamiento. La **valoración** se realizó mediante una entrevista semi-estructurada, donde además de explorar la anamnesis de la paciente, y el origen del problema, elaboramos una lista con todas las situaciones potencialmente ansiógenas, así como los síntomas cognitivos, emocionales y conductuales asociados. Los **objetivos** propuestos fueron: modificar ideas y pensamientos erróneos sobre el tráfico y la autopercepción de competencia; descondicionar la respuesta de ansiedad ante la conducción y eliminar las respuestas de escape o evitación ante las situaciones temidas. **Método:** Se aplicó un programa multicomponente que combinaba técnicas de relajación y estrategias cognitivo-conductuales para el control de la activación anticipatoria y el afrontamiento de la situación fóbica. Las técnicas empleadas fueron la exposición en vivo y las auto-instrucciones para evitarla anticipación de los pensamientos negativos. El **resultado** del tratamiento ha sido positivo, consiguiéndose la desaparición del problema en tan sólo 5 sesiones espaciadas a lo largo de dos meses.

Palabras clave: fobia específica, caso único, cognitivo conductual, exposición.

Cognitive behavioural therapy applied to a single case of driving phobia

Abstract

Antecedents: we present the case of a 30 year old woman, who was treated in psychology consultation, because of intense fear of driving, with clear anxiety symptoms. The patient was diagnosed of Specific Phobia. A bibliographic review on phobias is also carried out: concept, prevalence and treatment. The **evaluation** of the patient was made through a semi-structured interview, in addition to elaborating the patient's anamnesis, and exploring the origin of the problem, we elaborated a list with all the situations that generated anxiety, as well as the cognitive, emotional symptoms and behavioral problems that she presented. The **objectives** were: to modify ideas and faulty thinking about the traffic and self-perception of competence on the part of the person; Deconditioning the anxiety response to driving and eliminating escape or avoidance responses to feared situations. **Method:** A multi-component program was applied combining relaxation techniques and cognitive-behavioral strategies to control anticipatory activation and coping with the phobic situation. The techniques used were live exposure and self-instruction to avoid anticipation of negative thoughts. **The result** of the treatment has been positive, obtaining the disappearance of the problem in only 5 sessions spaced within two months.

Keywords: specific phobia, single case, cognitive behavior, coping, live exposure.

Terapia Cognitivo-Conductual en un caso único de fobia a la conducción

INTRODUCCIÓN

El miedo es una emoción de carácter primitivo. El miedo aparece porque estamos preparados para la supervivencia, y por tanto tiene un importante valor adaptativo (Marks, 1987). Todos los seres humanos experimentamos miedo. Está en nuestra naturaleza.

La fobia es una forma especial de miedo exagerado e irracional que surge ante situaciones que no determinan una amenaza real (Capafons, 2001). Las fobias surgen ante un objeto o situación concreta, provocando sentimientos extremos de terror e implican respuestas de huida o evitación por parte de la persona que lo experimenta.

El DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) define la fobia específica (en adelante FE) como una ansiedad intensa ante un objeto o situación específica (p. ej., volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre), esta situación provoca un miedo inmediato, se evita activamente, la ansiedad que se manifiesta es desproporcionado a la situación, persiste más de 6 meses y ocasiona malestar en las diferentes áreas del paciente. La amenaza debe ser desproporcionada a la amenaza real y al contexto sociocultural. Por su parte, la CIE-10 especifica que los síntomas de ansiedad deben limitarse a la situación temida o a la contemplación de la misma.

La FE es el trastorno más frecuente de los trastornos por ansiedad y se encuentra de entre los de mayor prevalencia de entre todos los trastornos psicológicos. En un estudio ESEMeD/MHEDEA, realizado en seis países europeos (entre ellos España) con 21.425 adultos, mediante entrevista y con criterios del DSM-IV-TR (Haro et al., 2006), la prevalencia anual de las FE fue del 3,5% y la prevalencia-vida, 7,7% (3,6% y 4,5% en España); la razón entre mujeres/hombres afectados fue 2,5 (2,8 a 3,5 en España). Sin embargo, por cuestiones metodológicas, los datos del ESEMeD representan probablemente el límite inferior de la verdadera prevalencia (Kessler, 2007; Wardenaar, 2017). Además, la FE está asociada en un porcentaje considerable a deterioro y es un factor de riesgo importante para el desarrollo de otros trastornos mentales (Wardenaar et al., 2017).

La amaxofobia o fobia a conducir, al estar inducida por una situación específica, se considera una fobia situacional (Badós, 2015), está incluida dentro de las fobias específicas. Las personas con fobia a conducir suelen informar de miedo a tener un accidente, quedar heridos, quedar atrapados en un atasco, atropellar a alguien, ser objeto del enfado o crítica de otros conductores, tener un ataque de pánico o un infarto o desmayarse (Antony, Clarke y Barlow, 2006). La amaxofobia se está volviendo una de las FE más frecuentes. En un estudio del Instituto MAPFRE de Seguridad Vial de marzo de 2005, el miedo a conducir afecta a un porcentaje de un 33,3% de la población española, siendo la proporción de mujeres un 64% del total.

Conducir es una habilidad esencial para el ser humano contemporáneo. Esta habilidad contribuye a la independencia y movilidad necesarias para diversas actividades de la vida diaria y puede suponer una disminución en la calidad de vida (Barp y Mahl, 2013), de ahí la importancia de combatir esta fobia. Por otra parte, conducir con ansiedad y sin herramientas que nos ayuden a controlarla, puede suponer un peligro real que afecte no solo a la persona que padece la fobia, sino a la sociedad en general que también puede sufrir las consecuencias (Montané y Arnau 2011), pues es un hecho que los niveles de ansiedad asociados a esta fobia pueden ir desde una intranquilidad ligera hasta el terror o pánico (Craske et al, 2016).

A principios del siglo XX las alternativas terapéuticas para las fobias se reducían básicamente al psicoanálisis. A partir de la obra de Wolpe (1958), la terapia de conducta cobró especial relevancia, y desde entonces la mayor parte de los tratamientos implican algún tipo de exposición a los estímulos temidos. Los tratamientos más investigados y eficaces para las FE son la exposición en vivo (EV) a las situaciones temidas, el modelado participante y el tratamiento en una sola sesión de Öst (Bados, 2015), y todas aparece como componente principal la exposición. Ésta funciona porque permite al paciente experimentar completamente la activación y posterior reducción natural del miedo en presencia del estímulo que induce la fobia (Abramowitz, 2013).

Para el caso que nos ocupa, la fobia a conducir, la exposición graduada en vivo es un tratamiento considerado probadamente eficaz (Badós, 2015). Otros tratamientos que pueden ser útiles para la fobia/miedo a viajar son la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma y la DRMO, ambas combinadas con actividades de autoexposición en vivo (de Jongh et al., 2011).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Descripción del caso

Alicia es una mujer de 30 años de edad, soltera, sin hijos y con estudios superiores. Vive con sus padres, aunque está planteándose independizarse. Alicia tiene carnet de conducir y vehículo propio desde los 18 años.

Cuando preguntamos por sus antecedentes personales, Alicia comenta que su madre siempre ha sido una persona muy ansiosa, acude a la USMC de la Línea de la Concepción, y está diagnosticada de TAG. La paciente niega antecedentes personales relacionados con la salud mental.

Motivo de consulta

Alicia solicitó cita y fue atendida en consulta de psicología por presentar miedo intenso a conducir, con claros síntomas de ansiedad.

En la primera entrevista, Alicia manifestó experimentar los siguientes síntomas ante la idea de conducir:

- Síntomas físicos: opresión torácica, hiperventilación, tensión muscular, taquicardia, temblores y sensación de hormigueo.

- Síntomas cognitivos: miedo a perder el control del coche, miedo a tener un accidente y miedo a no ser capaz de reaccionar.

- Síntomas conductuales: evitaba coger el coche en la medida de lo posible y procuraba ir acompañada.

Historia del problema

La paciente refería que hacía dos meses perdió por un momento el control del coche en una curva, aunque pudo enderezarlo y evitar el accidente. Recuerda haber sufrido un ataque de pánico en aquel episodio. Durante el mes siguiente a este incidente, había experimentado miedo intenso a viajar en coche tanto como conductora como de pasajera. No obstante, como debía acudir a clases de idioma en otro pueblo, cuando acudió a consulta ya había comenzado a coger el coche estando acompañada y siempre por la misma ruta.

Alicia reconoce que su miedo es desproporcionado y se siente frustrada e impotente por ello. Refiere sentirse más insegura que antes y teme que esto acabe minando su autoestima.

Estrategias de evaluación

Se exploró la sintomatología de la paciente usando las siguientes técnicas:

- **Entrevista clínica semiestructurada:** se exploró la anamnesis de la paciente, la historia del problema, las estrategias de afrontamiento utilizadas por ella hasta el momento, la sintomatología experimentada, los pensamientos asociados de Alicia, las consecuencias que ella preveía que podían suceder, sus mayores temores, etc.

- **Jerarquía individualizada de situaciones temidas:** Se indagó sobre la ansiedad que generaban diversas situaciones, utilizando como medida la “**Unidad Subjetiva de Ansiedad**” (USAs, Wolpe, 1969), en un rango de 0 a 10 (desde 1: nada de ansiedad, a 10: ansiedad muy elevada). Elaboramos una lista con todas las posibles situaciones que una persona puede encontrarse en la carretera. Todas los posibles tipos de vías posibles, combinadas con diferentes condiciones meteorológicas, con diferentes tipos de vehículos, con o sin compañía, como conductora principal o como copiloto, así como las distancias en km y la conducción por rutas conocidas/desconocidas. A cada una de estas situaciones, la paciente le asignó un número de USA, y las ordenamos de manera ascendente. De entre todos los ítems, elegimos 12. Los criterios fueron lograr una jerarquía bien graduada, contemplando el mayor número posible de escenarios.

Resultados de la evaluación

Los ítems elegidos fueron los siguientes. Conducir:

1. Por las calles de su pueblo: 3 USA.
2. En carreteras nacionales, acompañada: 4 USA
3. En carreteras nacionales, sola: 5 USA
4. En autovías/autopistas, acompañada: 6 USA
5. En autovías/autopistas, sola: 7 USA
6. Carreteras comarcales, acompañada: 7 USA
7. Carreteras comarcales, sola: 8 USA
8. En vías desconocidas, acompañada: 9 USA
9. En vías desconocidas, sola: 10 USA
10. En vías con curvas, acompañada: 10 USA
11. En vías con curvas, sola: 10 USA
12. Condiciones climatológicas adversas: 10 USA

• **Autorregistros:** En papel, la paciente registraba la situación en la que se encontraba y los distintos niveles de respuesta (cognitivo, emocional y conductual).

Diagnóstico

El diagnóstico de fobia a conducir, se incluye dentro de la CIE-10 (manual que utilizamos en el Servicio Andaluz de Salud para diagnosticar) dentro de: **F40.2 Fobias específicas.**

ANÁLISIS FUNCIONAL

A (ANTECEDENTES)	B (CONDUCTAS)	C (CONSECUENTES)
<p><u>Predisposicionales:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Antecedentes familiares. - Rasgos autoexigencia. <p><u>Desencadenante:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Experiencia de pérdida de control del coche. - Ataque de pánico. 	<p><u>Síntomas físicos:</u> opresión torácica, hiperventilación, tensión muscular, taquicardia, temblores y sensación de hormigueo.</p> <p><u>Síntomas cognitivos:</u> pensamientos automáticos negativos, miedo a perder el control del coche, miedo a tener un accidente y miedo a no ser capaz de reaccionar.</p> <p><u>Síntomas conductuales:</u> evitaba coger el coche en la medida de lo posible y procuraba ir acompañada.</p> <p><u>Síntomas emocionales:</u> malestar subjetivo, ansiedad, sensación de inseguridad.</p>	<p><u>A corto plazo:</u></p> <p>Las conductas de escape y evitación y el consecuente alivio que siente la paciente, refuerza la situación una y otra vez perpetuándose la trampa de la ansiedad mediante el proceso de condicionamiento operante (refuerzo negativo), que es lo que mantiene la conducta-problema.</p> <p><u>A largo plazo:</u></p> <p>Escasa autoconfianza y baja autoestima, decaimiento, vida más limitada, impotencia, malestar general, pérdida de viajes importantes.</p>

Tabla 1. Esquema del Análisis Funcional de la Conducta

Tras el análisis funcional de las conductas problema procedimos a integrar toda la información, la descriptiva, obtenida anteriormente, y la funcional, pudiendo así diseñar la intervención terapéutica más adecuada.

HIPÓTESIS CLÍNICAS

Hipótesis de inicio: Episodio de pérdida de control del coche.

Hipótesis de mantenimiento: La resistencia a volver a conducir o montarse en coche estaría mantenida por medio de los principios del condicionamiento clásico y operante, así como por estrategias de afrontamiento disfuncionales por parte de la paciente.

TRATAMIENTO

Objetivos terapéuticos

1. Modificar ideas y pensamientos erróneos sobre el tráfico.
2. Modificar la autopercepción de competencia por parte de Alicia.
3. Descondicionar la respuesta de ansiedad ante la conducción.
4. Eliminar las respuestas de escape-avoidancia de las situaciones temidas. .

Tratamiento

En base a la literatura científica que postula como tratamientos eficaces para tratar la fobia a conducir la exposición graduada y otras técnicas de la terapia cognitivo-conductual (Badós, 2015), se aplicó un programa multicomponente que combinaba técnicas de relajación y estrategias cognitivo-conductuales para el control de la activación anticipatoria y el afrontamiento de la situación fóbica.

Las sesiones tenían una duración de 60 minutos y una frecuencia semanal-quincenal.

Primera sesión:

Entrevista clínica: elaboración de la anamnesis e historia del problema. Establecimiento conjunto de los objetivos terapéuticos. Se inicia la psicoeducación. Se le explica a la paciente brevemente la naturaleza de las fobias y la necesidad de establecer una jerarquía de estímulos para valorar las situaciones que le causan más temor y poder iniciar la exposición graduada, tratamiento demostrado eficaz en las fobias situacionales. Acordamos que volveremos a abordar el tema con mayor profundidad en la próxima sesión.

Elaboramos jerarquía de estímulos. La exposición la realizará la paciente sin terapeuta, en ocasiones acompañada por algún familiar, en función del ítem seleccionado. El criterio para pasar de un ítem al siguiente fue lograr realizar con éxito el ítem, experimentando en dos ocasiones seguidas con 0 nivel de USA. Al día siguiente, se empezaba por el ítem superado con éxito en la sesión anterior.

Segunda sesión:

La paciente comenta que se ha atrevido por su cuenta a realizar los dos primeros ítems de la jerarquía.

Psicoeducación sobre la naturaleza de la ansiedad en general y la fobia a conducir, desde el modelo cognitivo-conductual.

- Se le explica a la paciente que el miedo es una respuesta emocional común para los seres humanos y que tiene un importante valor adaptativo para la supervivencia de la especie, ya que prepara al organismo para responder ante un peligro real.

- Se explica la fobia como un miedo desproporcionado, cuya reacción no se corresponde con la existencia de una situación particularmente peligrosa o amenazante para el individuo. Esta reacción exagerada activa, como en el caso de un peligro real, la respuesta del sistema nervioso autónomo provocando taquicardia, palpitaciones, elevación de la presión sanguínea, hiperventilación, sudoración, sonrojamiento, etc. Estas sensaciones displacenteras fomentan el deseo de huir de la situación.

- Se le explica que aunque la huida o el escape de la situación temida, que es en este caso el montarse en un coche, disminuye este malestar, produciendo alivio, contribuye a mantener las conductas de evitación a lo largo del tiempo y no presenta ninguna solución definitiva al problema; sólo lo mantiene. De ahí la importancia de exponerse y afrontarlo.

- Se le expone a Alicia, que en su caso, el origen del problema probablemente estuviera en el peligro real que aquél día supuso la pérdida de control del coche, y que el miedo se vería incrementado por pensamientos automáticos relacionados con la peligrosidad del tráfico y la conducción, así como por el hecho de haber reducido drásticamente el número de veces que conducía y haber limitado la conducción al mismo recorrido cada día desde el accidente.

- Se proporciona hoja informativa con un esquema sobre la trampa de la ansiedad, y cómo ésta se ve incrementada por las conductas de escape/evitación, para que tome conciencia de la necesidad de exponerse (Díaz-Sibaja, Comeche-Moreno, 2011).

- Se vuelve a incidir en que el tratamiento indicado en el caso de la fobia a conducir es la exposición graduada a las diferentes situaciones.

La paciente comenta al final de la sesión, que aunque ha realizado con éxito los primeros ítems de la jerarquía, por las noches tiene problemas para dormir, debido a pensamientos rumiativos relacionados con la siguiente exposición. Acordamos que traerá un registro de dichos pensamientos.

Se acuerda continuar con la exposición.

Tercera sesión:

Trabajamos técnicas de desactivación fisiológica: relajación muscular progresiva (Díaz-Sibaja, Comeche y Moreno, 2009). Acordamos que la paciente realizará diariamente en casa la técnica de relajación trabajada en consulta y durante la conducción, la relajación diferencial de los músculos que no necesitaba para conducir.

Analizamos los pensamientos anticipatorios que siguen apareciendo.

Cuarta sesión:

La paciente continúa avanzando en la jerarquía de estímulos.

Trabajamos entrenamiento en autoinstrucciones para la regulación de pensamientos anticipatorios utilizando el autorregistro realizado la semana anterior. Ejemplo de algunos de los pensamientos con los que trabajamos:

SITUACIÓN	PENSAMIENTO Y EMOCIÓN	PENSAMIENTO ALTERNATIVO
Voy a coger el coche con mi hermano de acompañante.	P: Hace mucho tiempo que no conduzco por autovía, no sé si voy a ser capaz de aguantar todo el trayecto. E: Ansiedad, miedo...	He conducido muchas veces por autovía y nunca he tenido problemas. Voy a ser capaz de lograrlo. Ya he avanzado mucho.
Por la tarde preparando las clases de inglés del próximo día.	P: No sé si podré volver a conducir con la misma seguridad de antes. E: Un poco de tristeza, inseguridad...	He conseguido todas las cosas que me he propuesto. Si antes lo hacía por qué no voy a poder hacerlo otra vez
Por la noche, en la cama.	P: ¿Y si vuelvo a perder el control? ¿Y si es otro conductor el que provoca un accidente? Todos los días no hay accidentes de tráfico. E: Ansiedad, miedo...	No tiene por qué volver a pasarme. He demostrado con años de carnet que soy una buena conductora. Incluso en aquella ocasión logré evitar el accidente. Lo normal es que no ocurran accidentes de tráfico.

Quinta sesión:

La paciente refiere haber realizado con éxito todos los ítems de la jerarquía. Refiere la desaparición de los pensamientos anticipatorios y el aumento de sus expectativas de autoeficacia. Realizamos de nuevo la valoración de las situaciones temidas.

Sexta sesión:

Revisión. Continúan conduciendo sin problemas. Se da alta terapéutica.

RESULTADOS

El resultado del tratamiento ha sido positivo, consiguiéndose la desaparición del problema en tan sólo 5 sesiones espaciadas a lo largo de dos meses. En 9 de las 12

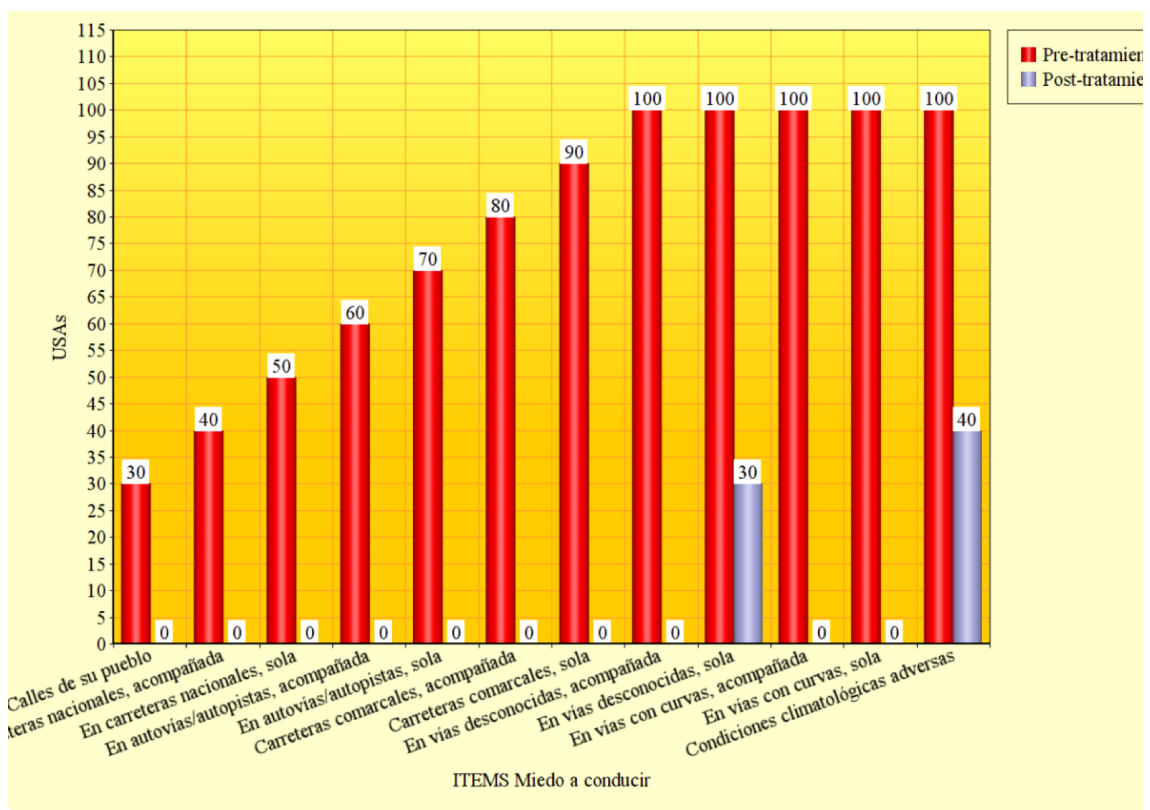
situaciones temidas, la ansiedad que experimentaba la paciente se redujo por completo. En las otras tres situaciones, ha habido una reducción considerable,.

Alicia refirió durante la tercera sesión de tratamiento, que tras haberse enfrentado con éxito a las 5 primeras situaciones de la jerarquía de estímulos, la ansiedad anticipatoria ante los estímulos restantes parecía haberse reducido. La paciente comentó que esa semana había aprovechado los días que había llovido para exponerse a esta situación temida, saltándose el resto de la jerarquía de estímulos. Alicia indicó que al haber aumentado su percepción de autoeficacia se vio capaz de enfrentarse al mayor de sus miedos, con éxito.

En la última sesión, volvimos a valorar el nivel de USA experimentado por la paciente ante cada situación. Los resultados fueron los siguientes:

- a. Por las calles de su pueblo: 0 USA.
- b. En carreteras nacionales, acompañada: 0 USA
- c. En carreteras nacionales, sola: 0 USA
- d. En autovías/autopistas, acompañada: 0 USA
- e. En autovías/autopistas, sola: 0 USA
- f. Carreteras comarcales, acompañada: 0 USA
- g. Carreteras comarcales, sola: 0 USA
- h. En vías desconocidas, acompañada: 0 USA
- i. En vías desconocidas, sola: 30 USA
- j. En vías con curvas, acompañada: 0 USA
- k. En vías con curvas, sola: 10 USA
- l. Condiciones climatológicas adversas: 40 USA

Comparación pre/post



DISCUSIÓN

De las revisiones realizadas por Antony y Barlow (1997, 2002), Emmelkamp, Bouman y Scholing (1992), Marks (1987/1991), Rachman (1990) y Sosa y Capafons (2003) pueden extraerse las siguientes conclusiones: los tratamientos más investigados y eficaces para las fobias específicas son la exposición en vivo (EV) a las situaciones temidas y el modelado participante (una combinación de modelado y EV). La EV es más eficaz que el no tratamiento y el placebo y que otras intervenciones como la relajación, la reestructuración cognitiva, la exposición interoceptiva y el modelado en vivo (Antony y Barlow, 2002; Menzies y Clarke, 1995b) o diversas técnicas de exposición en la imaginación.

Por otro lado un problema que presenta la EV es que las tormentas son infrecuentes, por lo que es difícil practicar. En este caso, se dieron las condiciones atmosféricas necesarias para poder exponerse, pero debido a la imprevisibilidad del tiempo, por noma general esto reduce la eficacia del procedimiento y facilita el retorno del miedo. Por ello, convendría complementar la EV con otros medios tales como la exposición en imaginación, la exposición mediante realidad virtual o la exposición mediante audio, vídeo y flashes, siempre que el paciente responda a estos modos de presentación del estímulo temido (Badós, 2015).

En esta intervención, el abordaje multicomponente ha resultado eficaz. Sería interesante comprobar el peso y la influencia que tiene cada técnica por separado.

La fobia a conducir es un problema que afecta a un número importante de personas en España, sobre todo a mujeres. Sería interesante establecer líneas de trabajo con las autoescuelas, donde pudieran usarse vehículos preparados con doble mando para casos específicos en los que la persona pueda bloquearse ante la exposición, pues aunque en la mayoría de los casos son solo miedos que no llegan a volverse realidad, sería interesante dar la oportunidad de crear jerarquías de exposición a estímulos más graduadas, si fuera necesario.

REFERENCIAS

- Abramowitz, J. S. (2013). The practice of exposure therapy: relevance of cognitive-behavioral theory and extinction theory. *Behavior Therapy*, 44, 548–558.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Antony, M.A. y Barlow, D.H. (1997). Fobia específica. En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos, 1* (pp. 3-24). Madrid: Siglo XXI.
- Antony, M.M., Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2006). *Mastering your fears and phobias: Client workbook (2ª ed.)*. Londres: Oxford University Press.
- Antony, M.A. y Barlow, D.H. (2002). Specific phobias. En D.H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders (2ª ed., pp. 380-417)*. Nueva York: Guilford.

- Badós, A. (2015). Fobias Específicas: naturaleza, evaluación y tratamiento. Descargado de: <http://hdl.handle.net/2445/65619>
- Barp, M. y Mahl, AC (2013). Amaxofobia: un estudio sobre las causas del miedo a conducir. *UNOESC y Ciencia - ACBS*, 4, 39-48. Recuperado de <http://editora.unoesc.edu.br/index.php/ACBS/article/>
- Capafons, J. I. (2001). Tratamientos Psicológicos Eficaces para las Fobias Específicas. *Psicothema*. Vol. 13, nº 3, pp. 447-452
- De Jongh, A., Holmshaw, M., Carswell, W. y Wijk, A. (2011). Usefulness of a trauma-focused treatment approach for travel phobia. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 18, 124-137.
- Díaz Sibaja M.A, Comeche I.M y Moreno I (2011). *Tratamiento psicológico en grupo de la ansiedad. "El ansia de... no estar ansioso". Cuaderno de Trabajo*. Ed.www.psicologíadelasalud.es.
- Díaz Sibaja M.A, Comeche I.M y Moreno I (2009). *Entrenamiento en Relajación Muscular Progresiva*. Ed.www.psicologíadelasalud.es.
- Emmelkamp. P.M.G., Bouman, T.K. y Scholing, A. (1992). *Anxiety disorders: A practitioner's guide*. Chichester: Wiley.
- Eaton, W. W., Dryman, A. y Weissman, M. M. (1991). Panic and phobia. En L. N. Robins y D. A. Regier (dirs.). *Psychiatric disorders in America: The Epidemiological Catchment Area Study*. Nueva York: The Free Press.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., et al. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España [Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study]. *Med Clin (Barc)*, 126, 445-51.
- Kessler, R.C. (2007). The global burden of anxiety and mood disorders: Putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (Suppl 2), 10-19.
- Lipsitz, J.D., Barlow, D.H., Mannuzza, S., Hofmann, S.G. y Fyer, A.J. (2002). Clinical features of four DSM-IV specific subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 471-478.
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. New York: Oxford University Press.
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, fobias y rituales 1: Los mecanismos de la ansiedad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, fobias y rituales 2: Clínica y tratamientos*. Barcelona: Martínez Roca. (Original de 1987.)
- Menzies, R.G. y Clarke, J.C. (1995b). Individual response patterns, treatment matching, and the effects of behavioral and cognitive interventions for acrophobia. *Anxiety, Stress and Coping*, 8, 141-160.
- Merckelbach, H., de Jong, P.J., Muris, P. y van den Hout, M.A. (1996). The etiology of specific phobias: A review. *Clinical Psychology Review*, 16, 337-361.
- Rachman, S. (1990). The determinants and treatment of simple phobias. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 12, 1-30.
- Sosa, C.D. y Capafóns, J.I. (1995). Fobia específica. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carroble (Dirs.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos: Vol. 1* (pp. 257-284). Madrid: Siglo XXI.
- Sosa, C. y Capafóns, J.I. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas*. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo

(Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp. 235-245). Madrid: Pirámide.

Wardenaar KJ, Lim CCW, Al-Hamzawi AO y Alonso J (2017). The cross-national epidemiology of specific phobia in the World Mental Health Surveys. *Psychol Med*, 47, 1744-1760

Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*. Stanford. Stanford University Press