

TRATAMIENTO DE UNA FOBIA A CONDUCIR

Santos Orejudo Hernández
María Xesús Froján Parga

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

RESUMEN

Presentamos en este trabajo el tratamiento de un caso de fobia a conducir. Partimos del análisis funcional del caso, para a continuación usar una combinación de técnicas cognitivas y conductuales que incluye la desensibilización sistemática, la auto-exposición en vivo, las autoinstrucciones y la parada de pensamiento. Los resultados muestran la utilidad de esta combinación de técnicas para reducir la ansiedad provocada por las diferentes situaciones incluidas en la jerarquía de miedos y la posibilidad de superar la importante limitación que una fobia de este tipo conlleva en una sociedad como la actual. Junto a unos breves comentarios sobre las teorías más relevantes en la adquisición de las fobias, se señalan también algunas ventajas prácticas del uso de este tipo de tratamientos.

Palabras clave: FOBIA A CONDUCIR, ANÁLISIS FUNCIONAL, DESENSIBILIZACIÓN SISTEMÁTICA, AUTOEXPOSICIÓN "IN VIVO", AUTOINSTRUCCIONES, PARADA DE PENSAMIENTO.

SUMMARY

A phobia of driving is treated with a combination of behavioural and cognitive techniques after a functional analysis. The techniques applied include systematic desensitization, "in vivo" self-exposure, self-instructions and stop thinking. The pack of these techniques successfully reduced anxiety throughout hierarchy. Discussion is centered on the relevant theories about phobia acquisition and the practical advantages to be found in the proposed treatment.

Key words: DRIVING PHOBIA, FUNCTIONAL ANALYSIS, SYSTEMATIC DESENSITIZATION, "IN VIVO" SELF-EXPOSURE, SELF-INSTRUCTIONS, STOP THINKING.

1. INTRODUCCIÓN

La fobia a conducir es considerada como un caso de fobia simple, que según los criterios diagnósticos del DSM-III-R, consta de a) miedo persistente a un estímulo circunscrito, b) la aparición de una respuesta de ansiedad inmediata durante alguna fase de la exposición al estímulo fóbico, c) evitación de la situación o bien resistencia a costa de una ansiedad intensa, d) interferencia en la actividad rutinaria del individuo, e) reconocimiento por parte del individuo como un miedo intenso o excesivo (APA, 1987; Echeburúa, 1992).

Desde una perspectiva conductual, los componentes de una respuesta fóbica son un incremento de la activación vegetativa (sistema fisiológico), conducta de escape/evitación (sistema motor) y pensamientos negativos sobre la propia situación y sus consecuencias (sistema cognitivo) (Carrobles y Díez-Chamizo, 1981; Carrobles, 1985; Maciá y Méndez, 1991; Méndez y Maciá, 1994).

Las situaciones que pueden provocar estas respuestas con frecuencia derivan de tres miedos básicos anclados en la evolución filogenética de la especie humana: a) miedo a los animales, b) miedo a los daños físicos y c) miedo a la separación (Marks, 1991; Echeburúa, 1993). Concretamente, algunas de estas situaciones se relacionan con ciertos tipos de animales o insectos, sangre o lesiones, procedimientos médicos o dentales, defecación o micción en

lavabos públicos, alturas, ruidos, relámpagos, tormentas o viento, oscuridad, volar, conducir, lugares cerrados, comer alimentos concretos o la actividad sexual (Öst, 1989; Davey, 1989; Marks, 1991)

El miedo, que inicialmente tiene un papel adaptativo en la supervivencia de la especie, puede resultar problemático y convertirse en una fobia cuando implica la evitación de la situación temida y queda perturbada la vida del individuo. Las personas tienden a buscar ayuda cuando el contacto con el estímulo fóbico es frecuente y esto perturba gravemente su vida (Marks, 1991; Echeburúa 1993).

Los modelos explicativos de los trastornos de ansiedad en general, y de las fobias en particular, parten inicialmente del paradigma del condicionamiento clásico, representado fundamentalmente por Wolpe (Wolpe, 1958). A pesar del gran desarrollo de este paradigma, presenta importantes insuficiencias teóricas a la hora de explicar el mantenimiento de los trastornos fóbicos. Tales insuficiencias han tratado de ser superadas con el desarrollo de otras teorías: la teoría bifactorial (Mowrer, 1939; 1960), que incorpora un segundo componente basado en el condicionamiento operante, para tratar de explicar la resistencia a la extinción en situaciones reales de respuestas de ansiedad mediante el refuerzo negativo de la misma, de tal modo, según Mowrer (Mowrer, 1960), las fobias se adquieren por condicionamiento clásico y se mantienen por condicionamiento operante; la hipótesis de la preparatoriedad (Seligman, 1971), que trata de explicar la alta frecuencia con la que se desarrollan respuestas fóbicas ante estímulos determinados filogenéticamente; la teoría de la incubación (Eysenck, 1976), que aborda el problema de la no extinción de las respuestas de ansiedad cuando el estímulo condicionado no va seguido del estímulo incondicionado; o la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969; 1977) y la perspectiva cognitiva (Ellis, 1962; Mahoney, 1974; Beck, 1976 y Meichenbaum, 1977), que incluyen nuevas variables cognitivas y de modelado para explicar la adquisición, mantenimiento y extinción de las respuestas de ansiedad.

Si bien es cierto que el grupo de teorías antes expuestas han clarificado la explicación de algunos aspectos concretos que no aborda el paradigma del condicionamiento clásico, y que, por otra parte, éste resulta útil en la explicación de la eficacia del tratamiento de las fobias y otros trastornos de ansiedad, no es menos cierto

que aún hay aspectos que no están resueltos del todo, como la adquisición de fobias en ausencia de un episodio inicial de condicionamiento (Echeburúa y Corral, 1990; Echeburúa y Corral, 1993; Sandín y Chorot, 1989). Este punto, añadido a la dificultad de adaptar la terminología del laboratorio al cuadro clínico (estímulo incondicionado, condicionado, respuesta condicionada e incondicionada), hacen que actualmente sea más apropiado hablar en términos de *fobias adquiridas* y de *estímulos evocadores-respuestas evocadas* (Echeburúa y Corral, 1993). Una descripción más completa de este modelo se puede encontrar en Marks (1991) y en Echeburúa y Corral (1993).

Junto a este nuevo modelo, también se replantea la consideración de las fobias como un aumento en la adquisición o una fallo en la extinción, dado que muchas personas padecen miedos y rituales en algún momento de su vida y son capaces de superarlos (Echeburúa y Corral, 1993). El avance teórico en este campo nos puede permitir la mejora de la eficacia de los procedimientos de intervención de las fobias en particular y de los trastornos de ansiedad en general.

El tratamiento conductual de las fobias se centra fundamentalmente en la exposición al estímulo fóbico hasta que la respuesta provocada por éste remite (Marks, 1991). La exposición puede tener diferentes modalidades y se puede acompañar de otras técnicas cognitivas que faciliten el afrontamiento del estímulo temido (Carrobbles, 1985; Öst, 1989; Echeburúa, 1993). En el caso concreto de la fobia a conducir, se ha usado la desensibilización en vivo con participación del terapeuta en la situación (Wolpe, 1977), mientras que en otros casos se ha recurrido a la ayuda de equipos de radio y teléfono instalados en el coche (Roveto, 1983; Flynn, Taylor y Pollard, 1992).

2. MÉTODO

2.1. Sujeto

Francisco, viene a nuestra consulta por las dificultades que tiene para hacer desplazamientos en coche, principalmente al conducir por puertos de montaña y por carreteras desconocidas. Su puesto

de trabajo, Jefe del Departamento de Ventas de Madrid de una conocida multinacional de coches, le obliga a hacer frecuentes desplazamientos.

Ha decidido buscar ayuda tras haber consultado con el médico, que tras descartar cualquier patología orgánica, le ha dicho que lo que tiene es "algo psicológico". Tiene también la experiencia positiva de un vecino que con la ayuda del psicólogo había superado un problema de agorafobia (no podía salir de casa). Acude a nuestro centro (Servicio de Psicología Aplicada, de la Universidad Autónoma de Madrid) a través de un sobrino, antiguo usuario de nuestro servicio.

2.2. Procedimiento

2.2.1. Evaluación

La evaluación se ha realizado a lo largo de cinco sesiones de 1 hora. Las técnicas utilizadas han sido:

- Entrevista conductual: 4 con Francisco y 1 con su mujer.
- Autoinformes: Historia clínica general (Servicio de Psicología Aplicada), inventario de indicadores de tensión (Cautela y Upper, 1976) y el cuestionario de temores de Wolpe y Lang (Wolpe y Lang, 1964, en Carrobes, Costa, Del Ser y Bartolomé, 1986).
- Autorregistro de situaciones problemáticas, siguiendo el esquema: día/hora/situación/pensamiento/respuesta motora/consecuencias/grado de malestar subjetivo (0-10, donde 0 es ausencia de malestar y 10 es el malestar máximo).

Historia del Problema: Según Francisco, empezó hace aproximadamente 7-8 años cuando en un viaje desde Madrid a Segovia al bajar un puerto de montaña con el precipicio en la posición más cercana al coche, sintió una opresión desde el estómago a la garganta. En ese momento, paró el coche, se bajó y dejó conducir a su mujer. Desde entonces, al llegar al inicio del puerto y en un lugar característico con una casita en la parte baja de la montaña, repetía la escena. La evitación se fue generalizando, primero al mismo puerto en sentido contrario, luego al resto de puertos de montaña y las alturas, hasta llegar a la situación actual en la que

su mujer hace todo el trayecto en el que está el Puerto de Navacerrada, tanto a la ida como a la vuelta. Evita también cualquier carretera desconocida en la que prevé que puede haber precipicios, vaguadas o valles, mientras que conduce con problemas cuando encuentra curvas cerradas en las autovías y carreteras con señalización de prohibido circular a más de 80 Km/h, en el paso por encima de puentes, al conducir de noche o por conducir por autovías cuando hay mucho tráfico y le adelantan coches a gran velocidad. También anticipa malestar desde dos días antes cuando piensa que tiene que hacer un viaje de trabajo por un lugar desconocido.

Entre los miedos a las alturas actuales se incluyen los precipicios, las zonas de alta montaña, los miradores y sobre todo, los teleféricos. Como ejemplo de estas situaciones nos describe una visita que hizo a Sevilla durante la EXPO'92 cuando subió en un teleférico con su familia y tuvo que terminar sentándose en el suelo de la cabina hasta que acabó el viaje por el miedo que le producía mirar hacia abajo. Este miedo a las alturas también le hacía evitar las zonas de alta montaña en períodos de vacaciones, que eran las preferidas de su mujer, yendo en su lugar toda la familia a la playa, más grata para Francisco. Esta situación había llegado a tal punto que desde hacía tres años, marido y mujer hacían las vacaciones por separado, uno a la playa y otro a la montaña.

Su problema es conocido por toda su familia, pero dentro del trabajo sólo se lo ha contado a un amigo, que siempre ha mostrado su apoyo para hacer cualquier viaje o para ayudarle en el tratamiento.

ANÁLISIS FUNCIONAL DEL CASO

Antecedentes

Estímulos externos: Situaciones de conducción: Conducir cualquier vehículo (propio o de la empresa) por puertos de montaña, especialmente el puerto de Navacerrada; acercarse conduciendo al puerto de Navacerrada; conducir por autovías cuando le adelantan vehículos a gran velocidad; conducir por vaguadas; entrar en curvas cerradas (velocidad máxima 80 km/h); adelantar camiones de gran tonelaje, especialmente encima de un puente;

paso por un puente; cambios de rasante; conducir junto a vallas protectoras; conducir de noche o con condiciones atmosféricas adversas; conducir por carreteras desconocidas.

Otras situaciones: Subir a teleféricos, mirar por precipicios, asomarse a una terraza de un edificio de más de 9 pisos, asomarse a un mirador, con o sin protección.

Estímulos internos: Anticipación de la llegada de un viaje durante los dos o tres días previos al mismo.

Respuesta

Respuesta fisiológica: Tensión desde el estómago a la garganta ("es como un nudo que me sube"), sensación de presión por algo que le oprime, sudor, piel fría, temblor de manos y piernas, picores en la cara.

Respuesta cognitiva: Anticipación de la respuesta fisiológica ("ya me viene", "ya me va dar"), secuencias de imágenes de accidentes pasando a gran velocidad por su mente.

Respuesta motora: (1) Respuestas de evitación: cuando viaja con su mujer, Francisco le deja conducir el coche cuando van por carreteras desconocidas en las que puede predecir la existencia de puertos y precipicios, mientras que cuando van a La Granja, siempre conduce ella. En el trabajo, siempre que tiene que hacer viajes fuera de Madrid, busca a algún compañero que le acompañe, dejando siempre que sea éste quien conduzca. (2) Al afrontar la situación problema, por lo general en trayectos cortos dentro de Madrid en los que encuentra estímulos fóbicos, levanta el pie del acelerador, agarra fuerte el volante, se va hacia atrás estirando los brazos, se rasca la cara y respira profundamente.

Consecuencias

Problemas en el trabajo por tener que buscar siempre a alguien que le acompañe en sus viajes, siempre con excusas. No sabe si va a poder mantener oculto esto durante mucho más tiempo.

Molestias por no poder hacer recorridos cortos como ir a buscar a su hijo al colegio o ir a visitar a su madre, o hacerlo siempre con

problemas. Tampoco puede hacer otras cosas agradables para él como el conducir vehículos todoterreno y hacer rutas con ellos.

Por lo general, Francisco logra la no aparición de la respuesta de ansiedad evitando las situaciones que le causan problemas, mientras que cuando afronta alguna de estas situaciones, la consecuencia que aparece es el refuerzo de la respuesta de ansiedad al confirmar sus expectativas del malestar que le producen estas situaciones.

Variables del organismo

Francisco tiene 51 años, casado desde hace 17 años y con un hijo de 13. Su relación matrimonial ha atravesado algunas crisis y en ellas el problema de Francisco ha podido ser relevante, por cuanto ha condicionado la vida de la pareja. Su nivel de estudios es el bachillerato. En el momento de venir al psicólogo toma medicación por un problema de hipotensión. Entre sus hábitos de salud, le gusta dedicar una hora diaria a pasear. A nivel laboral dice tener algún problema de relación con el superior y teme que le puedan despedir cuando cumpla los 55 años.

HIPÓTESIS: El origen del problema de Francisco, se produce en un primer episodio de condicionamiento clásico al conducir por el puerto de Navacerrada que se ve acompañada por una respuesta de activación fisiológica hasta que se produce el escape de la situación al dejar que sea su mujer quien continúe conduciendo. El mantenimiento del problema se produce por el refuerzo negativo del escape y la evitación de nuevas situaciones, junto con otros refuerzos positivos que acompaña la respuesta de evitación, atención por parte de la familia y amigos del trabajo y selección del lugar en el que pasa la familia las vacaciones.

Se plantea la necesidad de buscar ayuda cuando su problema empieza a imposibilitar su vida, tanto en el trabajo como en su vida cotidiana al tener que desplazarse en coche con frecuencia y las situaciones que le causan problema ir en aumento.

2.2.2. Tratamiento

Las técnicas de tratamiento utilizadas han sido la desensibilización sistemática con exposición gradual a los estímulos fóbicos, primero en imágenes y posteriormente en vivo, acompañada esta última con parada de pensamiento, autoinstrucciones al afrontar la situación y autorrefuerzo al acabar la exposición (Álvarez y Carroble, 1985; Izquierdo, 1988; Echeburúa, 1992). El procedimiento completo, incluyendo las sesiones de evaluación, se llevó a cabo durante 18 semanas, a razón de una sesión semanal de una hora de duración. Posteriormente se estableció un periodo de seguimiento de cuatro meses, al cabo de los cuales se concertó una nueva entrevista.

Para afrontar las situaciones problemáticas contamos con la motivación de Francisco para evitar sus problemas en el trabajo donde tiene que buscar a algún compañero que le acompañe en los viajes. Junto a estos reforzadores hemos trabajado sobre otras ventajas que obtendría una vez resuelto su problema. Algunas de ellas son el poder disfrutar vacaciones en la montaña, el poder conducir por cualquier lugar sin tener que dejar el coche a otra persona cuando anticipa situaciones problemáticas, el participar en cursos de conducción todoterreno, poder disfrutar de las vistas de Madrid o de Sevilla desde el teleférico.

Los módulos de los que constaba el tratamiento son los siguientes:

1. Relajación (sesiones 4ª y 6ª; la sesión 5ª se dedica a la entrevista con la mujer de Francisco): Se le entrenó en el aprendizaje de la relajación progresiva (Cautela y Groden, 1985), debido a que formaba parte de la desensibilización sistemática y que además le iba a permitir mejorar otros síntomas, como las dificultades para dormir. La primera práctica se hace en la consulta del psicólogo y quedando después como tarea para casa, con la ayuda de una cinta en la que aparecen las instrucciones y practicando dos veces por día siguiendo un esquema de sesiones, que finaliza con la relajación diferencial.
2. Creación de una jerarquía de situaciones problemáticas (sesiones 4ª y 6ª): En la tabla I se transcribe la jerarquía de situaciones creada al efecto y utilizada en el tratamiento, ofrece tanto situaciones de conducción como de alturas. Se incluyen

en una misma jerarquía por tener un elemento común, se inician con un miedo a las alturas, que se generaliza a diferentes situaciones de conducción.

TABLA I.- Jerarquía de miedos

- | | |
|-----|---|
| 10 | Subida y bajada en un puerto de montaña con precipicio a la derecha. Estoy en el puerto. Ordenados de mayor a menor ansiedad. |
| | - Bajar solo la cara norte (Madrid-La Granja). |
| | - Subir solo la cara norte. |
| | - Bajar solo la cara sur (La Granja-Madrid). |
| | - Subir solo la cara sur. |
| | - Bajar acompañado la cara norte (Madrid-La Granja). |
| | - Subir acompañado la cara norte. |
| | - Bajar acompañado la cara sur (La Granja-Madrid). |
| | - Subir acompañado la cara sur. |
| 10 | Circular de día con nieve o hielo. |
| 10 | Travesía aérea en funicular o en telesilla. |
| 8 | Carretera de Colmenar, curva cerrada en autopista. |
| 7 | Me acerco camino de Navacerrada, dentro de 2 kilómetros hay un puerto (subir puerto por la derecha, con el precipicio al lado). |
| 7 | Cambio de rasante. |
| 6-7 | Camino forestal conduciendo yo con vehículo todoterreno. |
| 6.5 | Me acabo de montar en el coche camino de Bilbao, veo coches en la carretera a toda velocidad. |
| 6 | Adelantar un camión de gran tonelaje a velocidad. |
| 6 | Caminar por zonas con gran "vaciado" o con un gran valle al fondo (puerto de la Morcuera). |
| 6 | Circular de día con lluvia torrencial. |
| 6 | Circular con coche de noche por carreteras según visibilidad. |
| 5 | Entrada por mi derecha de un camión de gran tonelaje a la pista principal por la que yo voy. |
| 4 | Circulando por autopista con mucho tráfico en momentos en los que me adelantan velozmente. |
| 4 | Pasar por encima de un puente adelantando a un camión. |
| 4 | Me tengo que ir mañana a Bilbao, veo coches en toda la carretera. |
| 3 | Asomarme a terraza a gran altura con barandilla de protección que me llega al pecho. |
| 3 | Bajada por rampa inclinada en garaje con furgoneta (máxima ansiedad 4, con velocidad y ángulo lateral de la rampa hasta 30°). |
| 1.5 | Bajada con vehículo todoterreno por un camino forestal conduciendo otro. (máxima ansiedad 3, con alto precipicio a la derecha del copiloto y sin ningún árbol hasta el final del precipicio). |
| 1.5 | Paso del túnel de la "Plaza Castilla", lloviendo y con varios coches adelantando. Adelantamiento de un camión de pequeño tonelaje. |

3. Desensibilización sistemática (sesiones 6ª a 15ª): Una vez aprendida la técnica de relajación progresiva, se pasó a afrontar en imágenes la jerarquía propuesta en el apartado anterior.
4. Parada de pensamiento, autoinstrucciones y autorrefuerzo: Dado que Francisco anticipaba consecuencias negativas de su actuación e imágenes de accidentes, se le instruyó en la técnica de parada de pensamiento y autoinstrucciones, que leía al inicio de cada viaje, para el afrontamiento de las situaciones problemáticas. También se incluía el autorrefuerzo una vez afrontadas. En la tabla II se ofrece un listado de algunas autoinstrucciones usadas por Francisco.

TABLA II.- Listado de autoinstrucciones

<p>Al afrontar el estímulo problema antes y durante.</p> <p>"Si yo conduzco bien y soy prudente, no tiene por qué pasar nada" "Estoy aprendiendo a controlarlo" "No pasa nada" "¡Qué paisaje tan bonito!" "El azul del cielo, ¡precioso!" "Ya lo estoy controlando" "Voy a atender las señales de tráfico y al resto de coches" "Me voy a relajar"</p> <p>Después de superar la situación.</p> <p>"No me ha pasado nada" "Las estrategias que aprendo me ayudan a controlar mi malestar" "Lo he hecho muy bien" "Pues no es para tanto" "Podría ir al cursillo todo-terreno" "Me gusta escuchar la radio"</p>

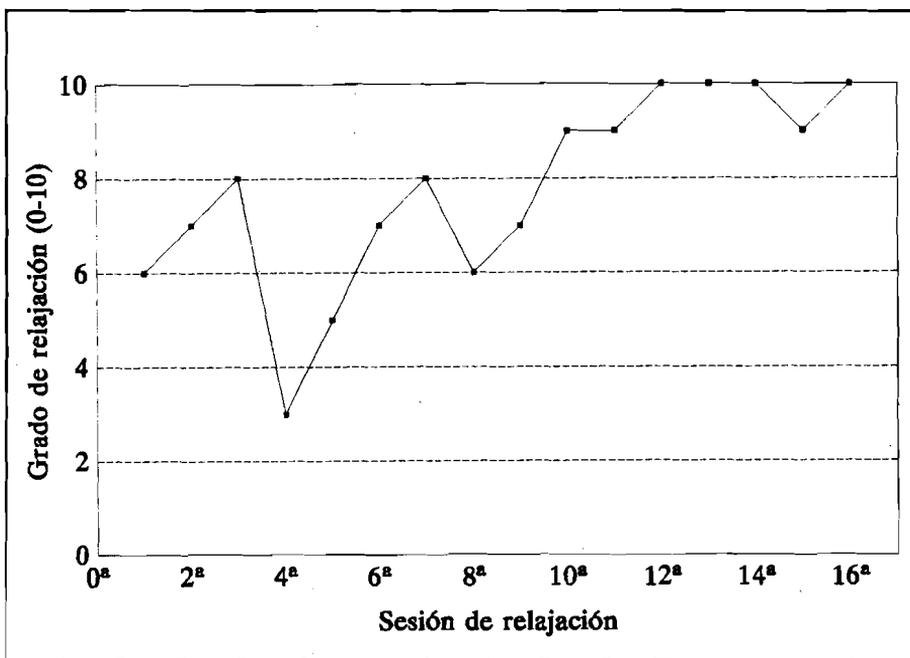
5. Autoexposición gradual "in vivo": Desde la primera sesión, Francisco siguió conduciendo por donde lo hacía habitualmente. El afrontamiento de las situaciones problemáticas de más alta frecuencia se hizo sin romper la actividad normal, mientras

que las de menor frecuencia y no incluidas en la rutina diaria, se llevaron a cabo previamente planificadas durante los fines de semana.

3. RESULTADOS

1. Relajación: Según se refleja en el Gráfico 1, Francisco dominaba la técnica de relajación progresiva y relajación rápida al cabo de dos semanas de práctica. Una consecuencia positiva derivada de la técnica fue la mejora subjetiva del sueño.

GRÁFICO 1.- Aprendizaje de la técnica de relajación



2. Afrontamiento en imágenes de situaciones problemáticas. Fueron necesarias un total de 11 sesiones, de las que 9 se dedicaron a situaciones de conducción y 2 a otras alturas (teleférico y precipicio con barandilla). Se logró que todas las situaciones de la jerarquía fuesen afrontadas reduciendo el malestar subjetivo a cero.

TABLA III.- Situaciones afrontadas en vivo

OBJETIVOS SUPERADOS	Antes ¹	Después ²	Segu- miento ³	Frecu- encia ⁴	Evi- tación ⁵
1. Paso por el tunel de "Plaza Castilla".	1,5	0	0	diaria	No
2. Bajada por rampa de garaje.	3	1	1	4/5	No
3. Paso por curvas marcadas con velocidad de 80 Km/h.	8	0	0	diaria	No
4. Paso por puentes, adelantando vehículos.	4	1		2	No
5. Paso por pequeñas vaguadas.	6	0		5/10	No
6. Adelantar camiones de gran tonelaje.					
7. Ser rebasado en autovía por ambos lados a gran velocidad.	4	1	1	+10	No
8. Conducir junto a muretes de protección o quitamiedos.			1,5	+10	No
9. Conducir de noche por vaguadas o puentes.	6	0	0	5/10	10
10. Conducir por autovía cuando entra vehículo por carril de aceleración.	5	2	2	4/5	No
11. Conducir con malas condiciones climatológicas (lluvia y niebla).	6			0	
12. Conducir por carretera desconocida.			3,5	1	No
13. Conducir vehículo todoterreno por camino forestal, subiendo y bajando rampas.	6,5			0	
14. Asomarse en un "mirador" con barandilla de protección.	3	0	0,5	3/4	No
15. Subir y bajar puertos desconocidos.	10			1	Si ⁶
16. Subir y bajar puerto de Navacerrada por cara sur acompañado.	10	1,5-2	3	3/4	No
17. Subir y bajar puerto de Navacerrada por cara norte acompañado.	10	2-3	3	3/4	No
18. Subir y bajar puerto de Navacerrada por cara sur solo.	10	1,5-2	3	3/4	No
19. Subir y bajar puerto de Navacerrada por cara norte solo.	10	2-3	4	3/4	No

¹ Ansiedad subjetiva antes del tratamiento; ² Ansiedad subjetiva después del tratamiento
³ Ansiedad subjetiva después de 4 meses de seguimiento; ⁴ Nº de veces que ha afrontado la situación durante el seguimiento
⁵ Evitación de la situación en el seguimiento; ⁶ Ver discusión

3. Afrontamiento "en vivo" de situaciones problemáticas. Según se observa en la tabla III, al cabo de la sesión 18 Francisco había afrontado todas las situaciones de la jerarquía con un grado máximo de malestar subjetivo de 2 puntos en una escala de 0 a 10, definido por él como "la ansiedad normal que se tiene al llevar un vehículo entre manos. Informa haber participado en una exhibición de coches todoterreno, a la que fue como parte de su trabajo y en la que participó activamente. Después de 4 meses de seguimiento se mantienen los resultados del final del tratamiento siendo únicamente de señalar la evitación de conducir en un puerto de montaña desconocido y con malas condiciones meteorológicas. En el campo laboral no ha tenido que recurrir a ningún compañero y ha hecho todos los viajes que le han surgido. Además, ha hecho una excursión durante un fin de semana a una zona de alta montaña y ha subido dos veces al teleférico de Madrid. En la tabla III se muestran las situaciones problema antes del tratamiento y a los 4 meses de seguimiento.

En resumen, a lo largo del tratamiento Francisco ha logrado afrontar las situaciones que inicialmente más ansiedad le provocaban, resultado que se ha mantenido a lo largo del tratamiento. No obstante, el grado de aprendizaje llevado a cabo por Francisco no ha logrado generalizarse a todas las situaciones, dado que ha evitado conducir ante una situación novedosa, que incluye elementos meteorológicos adversos. Una posible explicación a este resultado parcial puede deberse al hecho de que durante la terapia nunca se afrontaron en vivo estas situaciones.

4. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

El caso aquí presentado pone de manifiesto la utilidad de programas de tratamiento que incluyen la combinación de la exposición con otras técnicas cognitivas las autoinstrucciones o la parada de pensamiento, en el tratamiento de los trastornos derivados de las fobias a conducir. Este tipo de programas, con componentes de exposición en vivo o en imágenes combinadas con técnicas cognitivas también han demostrado su validez en el tratamiento de

otros trastornos de ansiedad, como la fobia a volar (Badós y Genís, 1991) o la agorafobia (Maciá y Mendez, 1991).

Los resultados muestran cómo el sujeto es capaz de afrontar en vivo todos los estímulos que inicialmente eran temidos. No obstante se presentó un problema de afrontamiento de una situación nueva, concretamente la de subir y bajar puertos desconocidos. Esta situación fue evitada por Francisco en la única ocasión que tuvo que enfrentarse a ella durante el periodo de seguimiento. Una posible explicación de este hecho puede ser la no inclusión durante el tratamiento de la exposición en vivo a esta situación concreta junto con las condiciones climatológicas adversas presentes en ese momento. El tratamiento finalizó antes del verano, cuando estas situaciones son muy poco frecuentes, por lo que no fue posible intentar afrontar en sucesivas ocasiones dicha situación.

En cuanto a la combinación de técnicas usadas en este caso, siguen la línea actual del tratamiento de los trastornos fóbicos, que tal y como señala Echeburúa, incluyen un componente de autoexposición, (Echeburúa, 1992). Esta autoexposición acompañada con técnicas cognitivas como la parada de pensamiento y las autoinstrucciones, sin reducir la eficacia del tratamiento, resulta más económica que otras técnicas de exposición usadas en el tratamiento de la fobia a conducir, dado que no es precisa la presencia del terapeuta o el recurso a equipos técnicos no siempre disponibles.

El caso presentado sirve para poner de manifiesto lo incapacitante que la fobia a conducir puede resultar en la sociedad actual, en la que el coche es un elemento fundamental en muchos trabajos y donde la calidad de vida de las personas se ve aumentado con el uso del coche. No tenemos datos sobre la incidencia actual de este problema, aunque valga como referencia el dato aportado por Mayou, Bryant y Duthie en el que se indican síntomas como angustia, evitación y recuerdos intrusivos en un 18% de los sujetos implicados en accidentes de tráfico que en ocasiones se mantienen al cabo de 5 o 6 años (Mayou, Bryant y Duthie, 1992). Aunque no sabemos hasta qué punto pueden llegar a ser incapacitantes, pueden representar una de las formas de inicio de una fobia que puede requerir ayuda. En este caso, el tratamiento conductual puede ser la alternativa a elegir, que además presenta en torno a un 75%-85% de eficacia en el tratamiento de las fobias (Öst, 1989).

5. BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez J. y Carrobles, J.A. (1985). Evaluación y Tratamiento Conductual de la Ansiedad. En J.A. Carrobles. *Análisis y Modificación de Conducta II. Aplicaciones Clínicas* (pp. 209-249), Madrid, UNED.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (3ª Ed. rev.), Whashington, APA.
- Badós, A. y Genís, F. (1991). Tratamiento de una Fobia a Volar. En D. Maciá y F.X. Méndez (Eds.). *Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta. Estudio de Casos*, (pp. 40-55), Madrid, Pirámide.
- Bandura, A. (1967). *Principles of Behavior Modification*, New York, Rnehart and Winston.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders*, New York, International University Press.
- Carrobles, J.A. (1985). La Ansiedad. Naturaleza, incidencia y modelos explicativos. En J.A. Carrobles. *Análisis y Modificación de Conducta II. Aplicaciones Clínicas* (pp. 187-207), Madrid, UNED.
- Carrobles, J.A., Costa M., Del Ser T. y Bartolomé P. (1986). *La Práctica de la Terapia de Conducta. Teoría y Método de Aplicación para la Práctica Clínica*, Valencia, Promolibro.
- Carrobles, J.A. y Díez-Chamizo, V. (1981). Evaluación de Conductas Ansiosas. En R. Fernández-Ballesteros y J.A. Carrobles (Eds.). *Evaluación Conductual*, (pp. 411-439), Madrid, Pirámide.
- Cautela, J.R. y Groden, J. (1985). *Técnicas de Relajación. Manual Práctico para Adultos, Niños y Educación Especial*, Barcelona, Martínez Roca.
- Cautela, J.R. y Upper, D. (1976). The Behavioral Inventory Batterty. The Use of Self-Report Mesures in Behavioral Analysis and Therapy. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.). *Behavioral Assesment: A Practical Hanbook*, (pp. 77-110), New York, Pergamon Press.
- Davey, G.C.L. (1989). Dental Phobias and Anxieties. Evidence for Conditioning Processes in the Acquisition and Modulation of a Learned Fear, *Behaviour Research and Therapy*, 27, 51-58.
- Echeburúa, E. (1992). *Avances en el Tratamiento Psicológico de los Trastornos de Ansiedad*, Madrid, Pirámide.
- Echeburúa, E. (1993). *Evaluación y Tratamiento Psicológico de los Trastornos de Ansiedad*, Madrid, Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1990). Insuficiencias de los Modelos de Condicionamiento en la Conceptualización de los Trastornos de Ansiedad, *Boletín de Psicología*, 28, 59-77.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1993). Técnicas de Exposición: Variantes y

- Aplicaciones. En J. Mayor, J.A. Cruzado y M. Muñoz (Eds.). *Manual de Técnicas de Modificación y Terapia de Conducta*, (pp. 422-456), Madrid, Pirámide.
- Ellis, A. (1962). *Reason and Emotion in Psychotherapy*, New York, Lyle Stuart.
- Eysenck, H.J. (1976). The Learning Theory Model of Neurosis. A New Approach, *Behaviour Research and Therapy*, 14, 251-268.
- Fernández-Ballesteros, R. (1983). *Psicodidáctico. Apéndice: Cuaderno de Prácticas*, Madrid, UNED.
- Flynn, T.M.; Taylor, R. y Pollard, C.A. (1992). Use of Mobile Phones in the Behavioral Treatment of Driving Phobias, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatric*, 23, 299-302.
- Izquierdo, A. (1988). *Empleo Métodos y Técnicas en Terapia de Conducta*, Valencia, Promolibro.
- Maciá, D. y Méndez, F.X. (1991). Evaluación y Modificación de Conducta en un Caso de Agorafobia. En D. Maciá y F.X. Méndez (Eds.). *Aplicaciones Clínicas de la Evaluación y Modificación de Conducta. Estudio de Casos* (pp. 56-65), Madrid, Pirámide.
- Mahoney, M.J. (1974). *Cognition and Behavior Modification*, Cambridge, M.A., Ballinger.
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, Fobias y Rituales. Los Mecanismos de la Ansiedad*, Barcelona, Martínez Roca, (original 1987, Oxford University Press).
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, Fobias y Rituales. Clínica y Tratamiento*, Barcelona, Martínez Roca, (original 1987, Oxford University Press).
- Mayou, R.; Bryant, B. y Dutie, R. (1993). Psychiatric Consequences of Road Traffic Accidents, *British Medical Journal*, 307, 647-651.
- Meichenbaum, D.H. (1977). *Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach*, New York, Plenum Press.
- Méndez, F.X. y Maciá, D. (1994). Evaluación de los Problemas de Ansiedad. En R. F. Ballesteros (Ed.). *Evaluación Conductual Hoy. Un Enfoque para el Cambio en Psicología Clínica y de la Salud* (pp. 426-483), Madrid, Pirámide.
- Mowrer, O.H. (1939). A Stimulus-Response Analysis of Anxiety and its Role as Reinforcing Agent, *Psychological Review*, 46, 553-556.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning Theory and Behavior*, New York, Wiley.
- Öst, L. (1989). One-Session Treatment for Specific Phobias, *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1-7.
- Rovetto, F.M. (1983). In Vivo Desensitization of a Severe Driving Phobia through Radio Contact with Telemonitoring of Neurophysiological Reactions, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatric*, 14, 49-54.

- Sandín, B. y Chorot, P.** (1989). The Incubation Theory of Fear / Anxiety. Experimental Investigation in a Human Laboratory Model of Pavlovian Conditioning, *Behaviour Research and Therapy*, 27, 9-18.
- Seligman, M.E.P.** (1971). Phobias and Preparedness, *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
- Wolpe, J.** (1958). *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition*, Stanford, Stanford University Press.
- Wolpe, J. y Lang, P.J.** (1964). A Fear Survey Schedule for Use in Behavior Therapy, *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.
- Wolpe, J.** (1977). *Práctica de la Terapia de la Conducta*, México, Trillas, (2ª Ed., 1990, original 1973, Pergamon Press Inc.).