

## *Relación entre la sensibilidad a la ansiedad y el miedo a conducir*

**Francisco J. RUIZ CABELLO**

*Universidad Nacional de Educación a Distancia. Córdoba (España)*

### *Resumen*

Conducir un vehículo es una tarea compleja que reviste cierto riesgo; ha dejado de ser una actividad esporádica para convertirse en cotidiana, desencadenando en muchos conductores experiencias desfavorables. El objetivo del presente estudio fue investigar acerca del valor explicativo y predictivo de la sensibilidad a la ansiedad y sus factores, así como de otras dimensiones de la ansiedad, como son la ansiedad general y la ansiedad fóbica en el desarrollo del miedo a conducir y de la fobia derivada de dicho miedo: la amaxofobia. Para ello se realizó un estudio correlacional, mediante la aplicación online de diversos cuestionarios a una muestra compuesta por 300 conductores. Los resultados mostraron que tanto la sensibilidad a la ansiedad como los rasgos de ansiedad general y fóbica están implicados en el desarrollo de la amaxofobia, sin embargo, ninguno de ellos alcanza un valor determinante por separado, obteniendo valores moderados, tanto explicativos como predictivos.

### *Abstract*

Driving a vehicle is a complex task that carries a certain risk; it has ceased to be a sporadic activity to become daily, causing unfavorable experiences in many drivers. The aim of the present study was to investigate the explanatory and predictive value of sensitivity to anxiety and its factors, as well as other dimensions of anxiety, such as general anxiety and phobic anxiety in the development of fear of driving and the phobia derived from such fear: Amaxophobia. For this, a correlational study was carried out by means of the online application of several questionnaires to a sample composed of 300 drivers. The results showed that both anxiety sensitivity and general and phobic anxiety traits are involved in the development of amaxophobia, however, none of them reach a determinant value separately, obtaining moderate values both explanatory and predictive.

El miedo es una emoción universal que comparten todos los seres vivos y que supone una reacción ante la presencia de un estímulo que se interpreta como peligroso. El peligro puede ser real o imaginario, presente o futuro, e implica una respuesta defensiva fisiológica, conductual y cognitiva. El miedo es asimismo una respuesta instintiva de supervivencia y hasta cierto nivel adaptativa, constituye un componente necesario y unido inextricablemente al desarrollo evolutivo del individuo. A veces se ha considerado el miedo como el componente psicológico del dolor (Sandín, 1997). La

mayoría de los miedos desaparecen con el desarrollo, sin embargo, otros permanecen y se llegan a cronificar, convirtiéndose así en miedos clínicos, también denominados fobias, los cuales se caracterizan por un miedo intenso, excesivo e irracional a objetos, situaciones o animales, que incluyen conductas de evitación. Para Marks (1969), una fobia es una forma especial de miedo desproporcionado e irracional, que no tiene una explicación lógica, que está fuera del control del sujeto y que lleva a la evitación de la situación temida.

*Dirección del autor:* Centro Asociado de la UNED en Córdoba. Plaza de la Magdalena, 1. 14002 Córdoba. *Correo electrónico:* [fjrcabello@gmail.com](mailto:fjrcabello@gmail.com)

*Recibido:* junio de 2017. *Aceptado:* septiembre de 2018.

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (APA, 2014), determina que para diagnosticar la fobia específica se han de cumplir los siguientes criterios:

- a. Miedo o ansiedad intensa por un objeto o situación específica (por ejemplo, volar, alturas, animales, administración de una inyección, ver sangre).
- b. El objeto o la situación fóbica casi siempre provoca miedo o ansiedad inmediata.
- c. El objeto o la situación fóbica se evita o resiste activamente con miedo o ansiedad intensa.
- d. El miedo o la ansiedad es desproporcionado al peligro real que plantea el objeto o situación específica y al contexto sociocultural.
- e. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses
- f. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

### Amoxofobia

Las personas, una vez obtienen el permiso y se disponen a conducir, pueden experimentar miedo a diversas situaciones relacionadas con el tráfico y potencialmente generadoras de ansiedad (Sáiz, Chisvert y Bañuls, 1997). Esto es debido a que conducir un vehículo es una tarea compleja que implica ciertos riesgos y que puede llegar a provocar un grado de miedo y estrés, el cual hasta ciertos límites se puede considerar normal y adaptativo. El miedo a conducir es un síntoma bastante común en la población general (Ehlers, Hofmann, Herda y Roth, 1994; Mathew, Weinman, Semchuk y Levin, 1982; Munjack, 1984; Taylor, 2002; Taylor y Deane, 2000; Taylor, Deane y Podd, 2000). La evitación de este miedo en su grado máximo puede derivar en una fobia específica situacional denominada amoxofobia, de *amaxos*, que significa carruaje, y *fobia*, que significa miedo.

Podemos definir la amoxofobia como un miedo irracional a conducir, que pone en riesgo a la persona que sufre la fobia y al resto de usuarios con quienes comparte la vía (Sánchez Marín, 2017). La persona que padece este problema experimenta inquietud y angustia en los momentos previos a la conducción, los cuales pueden generar pesadillas, temblores e ideas negativas irracionales, derivando en probables crisis de pánico, y provocando un estado de tensión y bloqueo total de la capacidad de conducción. A simple vista parece que no supone un grave problema, pues la persona suele evitar conducir utilizando transporte alternativo u otras estrategias de evitación. Sin embargo, esto condiciona la independencia de la persona cuando tiene la necesidad de trasladarse

para realizar cualquier tipo de actividad, afectando a su autoestima (Alonso, Sanmartín, Esteban *et al.*, 2008). Son numerosas las personas que, a pesar de haber obtenido el permiso de conducir, no son capaces de ponerse al volante (Fernández y Doval, 2010). La persona que sufre amoxofobia evita conducir y para ello normalmente circula como pasajera o utiliza medios de transporte alternativos. En ocasiones la persona afronta la situación con niveles elevados de ansiedad, lo cual puede resultar peligroso para ella y para los demás conductores y peatones. Todo ello provoca un malestar significativo, llegando a deteriorar la vida social y laboral de la persona que la sufre.

Respecto a las causas probables de adquisición de este miedo, los estudios determinan que el hecho de haber sufrido un suceso traumático relacionado con el tráfico, como por ejemplo un accidente, es uno de los principales factores, aunque no el único, que hace que las personas desarrollen unos niveles elevados de este miedo a conducir, el cual puede derivar en amoxofobia (Blanchard y Hickling, 1997; Taylor y Deane, 2000; Taylor, Deane y Podd, 2002). Se ha confirmado asimismo la importancia de los factores sociales, de la presión social y de las agresiones verbales por parte de los demás conductores en el desarrollo del miedo a conducir y de la amoxofobia (Barp y Mahl, 2013; Sáiz, Bañuls y Monteagudo, 1997). Otros estudios han constatado que un 76'9 % de conductores habían experimentado alguna clase de suceso vital estresante relacionado con la conducción y que, entre los conductores españoles, el 21'9 % manifiestan síntomas de depresión y el 11'2 % trastornos de ansiedad (Alonso *et al.*, 2008).

Los datos epidemiológicos son muy diversos debido a la diferencia de criterios y a la inconsistencia en delimitar los valores para establecer el miedo y la amoxofobia. La mayoría de los estudios, que utilizan el criterio diagnóstico del DSM que requiere de la evitación del estímulo fóbico para establecer el diagnóstico de fobia, establecen la incidencia de la amoxofobia entre un 2 y un 6 % (Blanchard *et al.*, 1994, 1995, 1996, citados en Blanchard y Hickling, 1997). Si nos basamos sólo en la epidemiología del miedo a conducir, sin criterio de fobia, los datos apuntan a valores entre un 18 y 22 % (Mayo *et al.*, 1993). En España, los resultados del estudio *Amoxofobia. Miedo a conducir*, sobre la incidencia del miedo a conducir (Pérez Peláez, 2005), indican que un 33 % de la población muestra síntomas de miedo a conducir, de los cuales el 21 % son mujeres y el 12 % hombres; es decir, afecta casi al doble de mujeres que de hombres. Si hablamos de amoxofobia, los porcentajes son del 4 % en mujeres y del 2 % en hombres. En este informe se diferencia entre distintos niveles de miedo a conducir y ansiedad que experimentan los conductores, desde un nivel bajo, que podría ser adaptativo, pues ayudaría a estar alerta y que no llega a ser paralizante, hasta niveles elevados que llevarían a la evitación y que podrían derivar en amoxofobia o fobia a conducir.

## Sensibilidad a la ansiedad

La sensibilidad a la ansiedad (SA) la podemos definir como el miedo a los síntomas de ansiedad, motivada por la creencia de que la ansiedad y sus sensaciones poseen consecuencias peligrosas o dañinas (Sandín, Valiente, Chorot y Santed, 2005), se trata de un miedo anticipatorio el cual ejerce un efecto de retroalimentación, provocando un considerable malestar y sufrimiento en la persona que lo padece (Reiss y McNally, 1985; McNally, 2002). Se ha estudiado la influencia de la SA en el desarrollo de distintos trastornos de ansiedad, entre ellos, la influencia de la SA en diversos trastornos psicopatológicos, por ejemplo, la influencia de la SA en el trastorno de pánico (Taylor, Koch y McNally 1992), en la predicción del nivel de miedos (Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao, 2007), en el tabaquismo (Martínez-Vispo, Fernández, López-Durán y Becoña, 2016), en el alcoholismo (Torres y Mata-Greve, 2017), en el miedo a volar (Fullana y Tortella-Feliu, 2000), o en las compras compulsivas (Gallagher, Watt, Weaver y Murphy, 2017)). Los resultados de estos estudios han confirmado la influencia de la SA en el desarrollo de diferentes miedos y trastornos de ansiedad.

El objetivo principal de este trabajo es profundizar en el estudio de los procesos de adquisición del miedo y la fobia a conducir, contribuyendo así a generar nuevos conocimientos que ayuden en la prevención y tratamiento de los mismos. Para ello, se establecen como objetivos específicos, en primer lugar, conocer la epidemiología de este miedo/fobia en la población española; en segundo lugar, estudiar la posible asociación de la SA con el miedo y la fobia a conducir, analizando tanto el valor explicativo como predictivo de las distintas dimensiones de la SA (social, cognitivo y físico) en el desarrollo de estos miedos, con el objetivo de establecer la importancia y el peso de cada una de ellas, estableciendo como hipótesis, si los niveles elevados de SA están relacionados con la aparición del miedo a conducir y de la amaxofobia y fijando la influencia diferencial cada una de sus tres dimensiones; y, en tercer lugar, nos planteamos si los niveles elevados de ciertas psicopatologías como la ansiedad general y la ansiedad fóbica tienen relación con la aparición de la fobia a conducir.

## Método

### Participantes y procedimiento

Se llevó cabo un estudio cuantitativo descriptivo, a través de la aplicación de los instrumentos utilizados en este estudio, a una muestra compuesta por 300 participantes voluntarios, mayores de 18 años. La muestra estaba compuesta por 164 hombres (55'3 %) y 134 mujeres (44'7 %), el 93% de la misma tenían un nivel socioeconómico medio y el 87 % estudios medios o superiores. Se trata de

una muestra representativa de conductores de las diferentes comunidades autónomas de la población española. Para la selección se procedió a un envío masivo de correos electrónicos a un grupo de voluntarios, hasta obtener el número de participantes suficientes entre los que respondieron a los cuestionarios del estudio. El rango de edad de la muestra estaba comprendido entre 18 y 66 años (Media de edad = 44'14;  $DT = 13'42$ ). El 65 % de los participantes conducían casi todos los días de la semana, el 12'3 % lo hacían más de 3 días a la semana, y el 20'7 % entre uno y tres días a la semana. Respecto a los kilómetros recorridos al año, el 19'3 % menos de 5000, el 33'7 % recorrían entre 5.000 y 10.000, el 31'7 % entre 10.000 y 20.000 y el 15'3 % restante hacían más de 20.000 kilómetros por año. La tabla 1 resume las características básicas de la muestra que ha participado en este estudio.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra (N=300).

Edad	N	%
<i>De 18 años a 34</i>	84	37.3
<i>De 35 años a 54</i>	137	45.66
<i>Más de 55 años</i>	79	26.33
<i>Sexo</i>		
<i>Hombre</i>	166	55.3
<i>Mujer</i>	134	44.7
<i>Nivel de estudios</i>		
<i>Primaria</i>	7	2.33
<i>Secundaria</i>	31	10.33
<i>Bachillerato</i>	111	37
<i>Universitario</i>	150	50
<i>Estado civil</i>		
<i>Soltero</i>	69	23
<i>Caso o en pareja</i>	203	67.7
<i>Separado o divorciado</i>	22	7.3
<i>Viudo</i>	6	2
<i>Nivel socioeconómico</i>		
<i>Bajo / Medio-Bajo</i>	79	26.33
<i>Medio</i>	177	59
<i>Alto / Medio-Alto</i>	44	14.66

### Instrumentos de evaluación

#### Cuestionario de datos sociodemográficos

Este instrumento recoge información sobre los diferentes perfiles de las personas que participaron en la muestra. Consta de siete ítems relativos a las siguientes variables: edad, sexo, nivel socioeconómico, lugar de residencia, estado civil, nivel de estudios y ocupación. El nivel socioeconómico fue agrupado en cinco categorías: bajo, medio

bajo, medio, medio alto y alto, en función del nivel de ingresos; respecto al lugar de residencia, se diferenciaron por comunidad autónoma de residencia habitual; el estado civil diferenció entre solteros, casados o que viven en pareja, separados/divorciados y viudos; mediante la variable nivel de estudios se establecieron los siguientes grupos: Primaria, Secundaria, Bachillerato y Universitarios; y referente a la ocupación establecieron las siguientes: estudiante, ama de casa, desempleado, empleado y jubilado.

*Índice de SA-3 (Anxiety Sensitivity Index-3; Taylor, Zvolensky, Cox et al., 2007; Sandín, Valiente, Chorot y Santed, 2007).*

La ASI-3 es una escala compuesta por 18 ítems que evalúan el índice de sensibilidad a la ansiedad, dividiéndose en tres dimensiones: físico, cognitivo y social. En la misma se solicita a los sujetos que indiquen el grado que mejor refleje la experiencia percibida en relación a los ítems que componen cada factor. La puntuación en cada ítem es medida a través de una escala Likert cuya puntuación oscila entre 0 y 4 puntos. Esta escala ha sido validada en la población española por Sandín, Valiente, Chorot, Germán, y Lostao. (2004), mostrando la existencia de una estructura jerárquica, consistente en tres factores primarios y un factor de orden superior, siendo los tres factores primarios idénticos a los descritos por Taylor et al., (2007). Los datos sobre fiabilidad (consistencia interna y test-retest) y validez (convergente y discriminante) sugirieron que la ASI-3 posee excelentes propiedades psicométricas. Los resultados sobre datos normativos indican que las mujeres puntúan más alto que los varones en la subescala física y en la ASI-3 total. Los valores de consistencia interna para la traducción española aplicada en este estudio, medidos mediante el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach, fueron los siguientes: Escala Total  $\alpha = 0.91$ ; Factor Físico,  $\alpha = 0.84$ ; Factor Cognitivo,  $\alpha = 0.87$  y Factor Social,  $\alpha = 0.83$ . Asimismo, esta escala posee una excelente fiabilidad temporal test-retest, cuyo índice oscila entre  $r = 0.83$  y  $r = 0.85$ .

*Driving Cognitions Questionnaire (DCQ) (Ehlers, Taylor, Ehling et al., 2007).*

El DCQ es un cuestionario compuesto por 20 ítems, los cuales analizan diversas cogniciones relacionadas con el miedo a conducir. Para su aplicación se ha utilizado una traducción al español.

En los estudios de validación del DCQ en tres muestras independientes de diferentes países la escala mostró una buena consistencia interna y correlaciones sustanciales con las medidas de intensidad de miedo a conducir. El DCQ lo componen tres factores, el primero evalúa las preocupaciones relacionadas con el pánico, son preocupaciones típicas mostradas por personas con trastorno de pánico o agorafobia, por ejemplo: “mi corazón dejará de latir”; el segundo factor evalúa las preocupaciones relacionadas con los accidentes, son preocupaciones relacionadas con

la posibilidad de sufrir un accidente de tráfico y sus consecuencias, por ejemplo: “moriré en un accidente” o “voy a causar un accidente”, y el tercero interpreta preocupaciones sociales o preocupaciones relacionadas con la sensación de sentirse avergonzado mientras conduce, por ejemplo: “la gente pensará que soy mal conductor”.

Los datos psicométricos de esta prueba muestran una fuerte consistencia interna, siendo el valor de  $\alpha$  de Cronbach para la escala total de  $\alpha = 0.96$ ; respecto a los factores:  $\alpha = 0.93$  para las preocupaciones relacionadas con el pánico;  $\alpha = 0.92$  para las preocupaciones relacionadas con accidentes, y  $\alpha = 0.89$  para las preocupaciones sociales.

Uno de los objetivos del DCQ fue crear un instrumento que discriminara entre individuos con y sin fobia a conducir. Un análisis de regresión logística del mismo mostró que la escala total del DCQ predijo significativamente el estado diagnóstico de una muestra de conductores (Wald<sub>(1,78)</sub> = 14.79,  $p < 0.001$ ,  $\chi^2 = 26.94$ , Nagelkerke  $R^2 = 0.39$ ). El porcentaje total de clasificaciones correctas fue del 76 %, con el 70 % del grupo de fobia y el 82 % del grupo de control correctamente clasificados.

En relación con los índices de validez, se obtuvieron elevados coeficientes de correlación con pruebas que miden el miedo a conducir, como el *Driving Situations Questionnaire* (DSQ) ( $r = 0.65$  en la subescala de ansiedad y  $r = 0.56$  en la subescala de evitación) o el *Travel Phobia Questionnaire* (TPQ) ( $r = 0.59$  en la subescala de ansiedad, y  $r = 0.65$  en la de evitación).

En esta traducción, los valores de consistencia interna fueron también elevados, los ítems que integran el cuestionario DCQ presentan una consistencia interna muy buena para el total y el factor pánico, y buena para los factores miedo a accidentes y preocupaciones sociales. El valor  $\alpha$  de Cronbach para la escala total fue de  $\alpha = 0.95$ ; factor pánico,  $\alpha = 0.91$ ; factor miedo a los accidentes,  $\alpha = 0.88$  y factor preocupaciones sociales,  $\alpha = 0.88$ .

*Cuestionario SA-45*

Es una forma abreviada del SCL-90 (Derogatis, Lipman y Covi, 1977), traducido y validado en la versión española por Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao, (2008). Este autoinforme de síntomas psicopatológicos está compuesto por 45 ítems en total, distribuidos en nueve escalas de cinco ítems cada una, que evalúan diferentes rasgos psicopatológicos. En dicho cuestionario se solicita a los sujetos que indiquen el grado de las molestias o problemas percibidos en relación con los ítems que componen cada rasgo. Para este estudio se utilizaron los factores de Ansiedad y de Ansiedad fóbica de este cuestionario, el factor de Ansiedad evalúa cinco síntomas físicos, cognitivos y emocionales, típicos de ansiedad general, el factor de Ansiedad fóbica, por su parte evalúa mediante otros cinco ítems aspectos cognitivos y conductuales típicos de las fobias.

En esta prueba de validación, el cuestionario obtuvo niveles elevados de consistencia interna, el coeficiente alfa para el SA-45 total fue  $\alpha = 0.95$ , además, en las nueve escalas que lo componen, el valor en el coeficiente alfa de Cronbach fue siempre por encima de  $\alpha = 0.80$ , excepto Psicoticismo que obtuvo un valor inferior a  $\alpha = 0.70$ .

### Análisis estadístico

Las diferentes pruebas de análisis estadísticos se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS para Windows en su versión 24. Se llevó a cabo, en primer lugar, un análisis descriptivo de los datos sociodemográficos de la muestra. Posteriormente, se analizaron las diferentes tasas de frecuencia en los participantes divididos por sexos, con niveles de miedo a conducir bajo ( $< 15$  en DCQ) y participantes con niveles de miedo a conducir alto, con riesgo de amaxofobia ( $\geq 15$  en DCQ). Se estableció la puntuación de corte de 15 puntos en el DCQ en base a los estudios de regresión y en las pruebas de validación (Ehlers *et al.*, 2007).

El siguiente análisis consistió en una distribución de frecuencias por intervalos de edad, tal y como se estableció previamente en el estudio. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis comparativo de medias mediante la prueba *t de Student* para muestras independientes. Se analizó si las diferencias de medias de las diferentes variables de ansiedad utilizadas en el estudio eran significativas, entre participantes con niveles de miedo a conducir bajo ( $< 15$  en DCQ) y participantes con niveles de miedo a conducir alto ( $\geq 15$  en DCQ), es decir personas con riesgo de padecer amaxofobia.

Con el objeto de profundizar en el estudio de las causas de la amaxofobia, se investigó acerca del valor explicativo de las distintas variables de ansiedad analizadas, ello nos informó del peso o importancia de cada una de estas variables en el desarrollo de la fobia a conducir. Para ello se analizaron las correlaciones entre las variables de ansiedad analizadas y de miedo a conducir, estableciendo así la correlación entre ellas y el valor explicativo a través del coeficiente *r de Pearson*. En el contexto predictivo, se trató de establecer la probabilidad del surgimiento de una fobia a conducir, para un perfil de conductor determinado, con este motivo se analizó el poder predictivo de las distintas variables estudiadas en la investigación con respecto a la variable miedo a conducir, a través de un análisis de regresión logística binaria multivariante por pasos, hacia delante condicional, estableciendo como variable criterio el miedo a conducir dividida en dos grupos: niveles bajos de miedo a conducir ( $< 15$  en DCQ) y niveles altos de miedo a conducir ( $\geq 15$  en DCQ).

## Resultados

### Incidencia de la amaxofobia

La tabla 2 muestra la frecuencia de conductores que puntúan por encima del punto de corte en el DCQ, lo cual

Tabla 2. Porcentajes de riesgo de amaxofobia en la muestra.

	No amaxofóbicos ( $< 15$ en DCQ)	Amaxofóbicos ( $\geq 15$ en DCQ)
Hombres	153 (55.8 %)	13 (50 %)
Mujeres	121 (44.2 %)	13 (50 %)
Total	274 (91.3 %)	26 (8.7 %)

indica que son personas con riesgo elevado de padecer amaxofobia. Se estableció como punto de corte en el DCQ la cantidad de 15 puntos, basado en los tres estudios de validación de dicha prueba, donde las puntuaciones por encima de 15 correlacionaban positivamente con personas diagnosticadas de amaxofobia. Observamos que el 8.70 % de la muestra obtuvo niveles altos de miedo a conducir, superiores iguales a 15 puntos, si tenemos en cuenta que el DCQ clasifica correctamente entre amaxofóbicos y no amaxofóbicos al 76 % de los participantes, hablaríamos de un 6.6 % de amaxofóbicos reales en la muestra, estos datos son similares a los aportados por estudios previos. En este caso no existieron diferencias entre sexos, este resultado contrasta con los estudios previos ya mencionados, los cuales estimaron que la proporción de mujeres con amaxofobia es de aproximadamente el doble que la de hombres.

En la tabla 3 se puede apreciar la incidencia de la amaxofobia por intervalos de edad. Se observa como el intervalo de mayor incidencia es el de 35 a 44 años con un 46.2 % del total de niveles altos de miedo a conducir, posibles afectados de amaxofobia. Tanto jóvenes menores de 24 años, como mayores de 55, fueron los grupos de edad que puntuaron más bajo en niveles de miedo a conducir.

### Sensibilidad a la ansiedad, ansiedad general y fóbica en la amaxofobia

Se realizó un análisis de contraste de medias entre niveles altos en miedo a conducir (amaxofóbicos) y niveles bajos (no amaxofóbicos) de las distintas variables de ansiedad analizadas en este estudio, la SA medida con

Tabla 3. Amaxofóbicos y No-amaxofóbicos por intervalos de edad en años.

Edad	No-amaxofób. N = 274	Amaxofób. N = 26 (% de Amax.)	Total N = 300 (% de N)
18 - 20	5	1 (3.8 %)	6 (2.0 %)
21 - 24	15	1 (3.8 %)	16 (5.3 %)
25 - 34	55	7 (26.9 %)	62 (20.7 %)
35- 44	62	12 (46.2 %)	74 (24.7 %)
45 - 54	60	3 (11.5 %)	63 (21.0 %)
55 - 64	42	1 (3.88 %)	43 (14.3 %)
65 o más	35	1 (3.88 %)	36 (12.0 %)

Tabla 4. Contraste de medias en *Anxiety Sensitivity Index 3* (ASI-3) (sensibilidad a la ansiedad, ansiedad general y ansiedad fóbica) en función de la amaxofobia (puntuaciones en DCQ, *Driver Cognitions Questionnaire*  $\geq 15$ : amaxofóbicos;  $< 15$ : no amaxofóbicos).

ASI-3	DCQ	N	Media	DT	t Student	Sign. (bilat.)	Tamaño del efecto
ASI-3 Total	$\geq 15$	28	27.71	18.24	10.454	0.000	0.57
	$< 15$	272	7.71	9.04			
ASI-3 Física	$\geq 15$	28	9.43	7.04	9.132	0.000	0.52
	$< 15$	272	2.75	3.16			
ASI-3 Cognitiva	$\geq 15$	28	8.29	6.39	10.177	0.000	0.73
	$< 15$	282	1.62	2.81			
ASI-3 Social	$\geq 15$	28	10.00	6.18	8.776	0.000	0.55
	$< 15$	272	3.34	3.50			
Ansiedad General	$\geq 15$	28	7.71	4.87	7.137	0.000	0.50
	$< 15$	272	2.91	3.20			
Ansiedad Fóbica	$\geq 15$	28	5.21	4.45	10.629	0.000	0.55
	$< 15$	272	0.71	1.74			

la ASI-3, los tres factores de la ASI-3, Física, Cognitiva y Social, así como el rasgo de ansiedad general y el rasgo de ansiedad fóbica medidos con las escalas del SA-45, para ello se utilizó la prueba *t* de Student de contraste de medias para muestras independientes. En todas variables analizadas se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $p \leq 0'01$ ) entre amaxofóbicos y no amaxofóbicos (tabla 4).

Tabla 5. Correlaciones *r* y significación bilateral *p* ( $* p < 0'001$ ) entre variables de ansiedad registradas por el *Anxiety Sensitivity Index*.

	Amaxofobia	ASI-3 Total	ASI-3 Física	ASI-3 Cognitiva	ASI-3 Social	Ansiedad General	Ansiedad Fóbica
Amaxofobia	1	0.532 *	0.480 *	0.530 *	0.457 *	0.371 *	0.529 *
Ansiedad General	0.371 *	0.575 *	0.480 *	0.579 *	0.528 *	1	0.702 *
Ansiedad Fóbica	0.529 *	0.631 *	0.556 *	0.654 *	0.533 *	0.702 *	1

Tabla 6. Análisis de regresión logística de la amaxofobia.

	B	Error estándar	Wald	Exp (B)	IC (95 %)
Paso 1					
ASI-3	0.122	0.019	39.754	1.130	1.088 - 1.173
Constante	-4.254	0.455	87.494	0.014	
Paso 2					
ASI-3	0.091	0.022	17.055	1.096	1.049 - 1.144
Ansiedad Fóbica	0.282	0.088	10.257	1.325	1.115 - 1.574
Constante	-4.371	0.481	82.730	0.013	

### Análisis de correlaciones entre variables de ansiedad y el miedo a conducir

Se analizaron las correlaciones entre la variable miedo a conducir y las variables del estudio relacionadas con la ansiedad, con el objetivo de analizar el valor explicativo de cada una de ellas. Para ello se realizó un análisis de correlaciones *r* de Pearson, los resultados mostraron correlaciones significativas en todas las variables. Destaca la correlación entre los niveles miedo a conducir y la SA Total ( $r = 0'53$ ;  $p \leq 0'01$ ), de la subescala ASI-3 Cognitiva ( $r = 0'53$ ;  $p \leq 0'01$ ), y de los niveles de miedo a conducir y la ansiedad fóbica ( $r = 0'52$ ;  $p \leq 0'01$ ).

### Predicción de la aparición de amaxofobia

Para evaluar la probabilidad de aparición de niveles elevados de miedo a conducir que pudieran indicar la existencia de una amaxofobia, se llevó a cabo un análisis de regresión logística binaria multivalente (hacia delante condicional) tomando como variable criterio el nivel de miedo a conducir medido mediante el DCQ, siendo niveles  $\geq 15$  puntos indicadores de posible existencia de fobia a conducir, y  $< 15$  puntos indicadores de niveles moderados o circunstanciales de miedo a conducir: En concordancia con los estudios de validación de dicho cuestionario, y con el objeto de analizar la influencia de la distintas variables del estudio, se utilizaron las siguientes variables predictoras: edad, sexo, SA-Total medida mediante la ASI-3, los tres factores de la ASI-3, Física, Cognitiva y Social, y los rasgos de Ansiedad general medida a través de la escala de ansiedad del SA45 y de Ansiedad fóbica, medida, también, mediante la escala SA-45.

En la tabla 6 se pueden apreciar las variables predictoras que resultaron significativas, se observa cómo tanto el valor de la SA-Total de la ASI-3 como el rasgo de Ansiedad Fóbica aportan valores predictivos significativos para la

variable miedo a conducir en su grado de fobia, siendo la probabilidad ( $OR = 1'32$ ) superior con la ansiedad fóbica que, con los valores de la sensibilidad a la ansiedad, medidos con la ASI-3 ( $OR = 1'13$ ). Se clasificaron correctamente el 95 % de los sujetos,  $\chi^2 = 0'68$ , *Nagelkerke*  $R^2 = 0'46$ , siendo el valor predictivo bastante superior en el caso de los no amaxofóbicos (98'6 %).

## Discusión

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la relación entre la SA y el miedo a conducir. Se analizaron, asimismo, los rasgos de ansiedad general y ansiedad fóbica con el objeto de evaluar otros factores de ansiedad, en busca de explicaciones en la adquisición de la amaxofobia, y dada la falta de consistencia de los estudios acerca la influencia de la SA en las fobias específicas (Fullana y Tortella-Feliu, 2000). Para ello se llevó a cabo, en primer lugar, un análisis descriptivo de la muestra donde se evaluaron las distintas variables sociodemográficas de los participantes. Se seleccionaron 300 conductores, de ambos sexos, de todas las áreas geográficas de la población española, de edades comprendidas entre 18 y 65 años, con un nivel de estudios medio-alto.

Los resultados mostraron que el 8'70 % de los encuestados eran personas con niveles elevados de miedo a conducir que podrían ser diagnosticados de amaxofobia, en consonancia con los datos de validación del DCQ (Ehlers *et al.*, 2007). Respecto a la edad, los resultados mostraron que la mayor tasa de personas con riesgo de ser amaxofóbicas se da entre las comprendidas en un rango entre los 35 y 44 años, siendo las personas más jóvenes y las de edades superiores a 55 años las que mostraban unos niveles más bajos de miedo a conducir. Estos datos confirmaron resultados de estudios anteriores (Pérez Peláez, 2005; Castro y Doval, 2010). No obstante, a diferencia de otros estudios, donde la tasa de incidencia de la amaxofobia suele ser el doble en mujeres que, en hombres, en esta investigación no se evidenciaron diferencias significativas en cuanto a tasa de incidencia de miedo a conducir entre sexos; la explicación de esta diferencia podría asociarse al método de selección de la muestra, mediante un panel preseleccionado de sujetos voluntarios, o bien a la aplicación online de los cuestionarios.

Por otro lado, se llevó a cabo un contraste de medias de las puntuaciones obtenidas en SA y en sus subescalas, así como en los rasgos de ansiedad general y ansiedad fóbica, entre participantes con niveles bajos de miedo a conducir y participantes con niveles altos con riesgo de amaxofobia, para ello se aplicó la prueba *t* de *Student* de contraste de medias para muestras independientes, cuyo objetivo era evaluar la relación entre la SA y el miedo a conducir. Se encontraron puntuaciones medias significativamente más altas en todas las escalas y subescalas en sujetos con niveles altos de miedo a conducir. Los datos confirmaron la influencia

de la SA y de la ansiedad general y ansiedad fóbica en el desarrollo del miedo a conducir. Estos resultados confirman los resultados de investigaciones previas en relación con la falta de consistencia de la SA en la aparición de las fobias específicas, y la implicación de otras variables (Fullana y Tortella-Feliu, 2000).

Respecto al análisis de correlaciones entre las variables de ansiedad y el miedo a conducir, los resultados obtenidos mostraron correlaciones significativas, aunque moderadas. Las correlaciones más altas se obtuvieron con las escalas ASI-3 Total y Ansiedad Fóbica. Esto confirma el valor explicativo de estas dos variables, SA y rasgo de Ansiedad Fóbica en el desarrollo del miedo a conducir. En este caso no se dispone de estudios previos similares al respecto que puedan ayudar a confirmar estos datos. De las tres subescalas de la ASI-3, la Cognitiva fue la que obtuvo una mayor correlación.

Finalmente, en cuanto al poder predictivo de las variables evaluadas en el estudio: edad sexo, SA, factores de la SA por separado, ansiedad general y ansiedad fóbica, los resultados mostraron que tan solo la SA total y la ansiedad fóbica eran variables que aportaban significación en la predicción para el miedo a conducir y por tanto el riesgo de desarrollar amaxofobia, las demás quedaron descartadas como predictoras de este trastorno. De esta manera se confirma, por lo tanto, el valor predictivo de la SA en la amaxofobia, que era el principal objetivo de este estudio; aunque los resultados fueron moderados. Esto podría confirmar cómo, en la aparición de la amaxofobia, existen otros componentes importantes y que el valor predictivo de la SA en el surgimiento de esta fobia específica sigue siendo moderado, comprobando resultados de estudios anteriores sobre la influencia de la SA en las fobias específicas.

A la luz de los resultados es posible concluir que en el desarrollo del miedo a conducir y de la amaxofobia intervienen diversos factores de la ansiedad. Todos ellos tienen una influencia significativa para predecir el desarrollo del trastorno, pero además hay que tener en cuenta otros factores que son importantes en su evolución, por ejemplo, el haber sufrido un accidente, padecer algún trastorno psicopatológico, la formación y experiencia como conductor y también determinados rasgos de personalidad, que estarían implicados en el desarrollo de la amaxofobia (Barp y Mahl, 2013; Clapp, Olsen, Danoff-Burg *et al.*, 2011; Taylor, Deane y Podd, 2000).

Los resultados obtenidos en este estudio aportan datos útiles de cara al desarrollo de programas eficaces de prevención y tratamiento de la amaxofobia, aportando datos que pueden contribuir a un tratamiento multicomponente para la amaxofobia en el sentido de establecer un análisis de las distorsiones cognitivas en relación con el miedo a conducir y los miedos a los síntomas interoceptivos, propios de la SA, además de corregir distorsiones propias de la ansiedad general y fóbica relacionadas con la conducción

y el tráfico. Este sería un módulo a añadir en el tratamiento de la amaxofobia, cuyos últimos avances van en la línea de la exposición en realidad virtual VRET (Haydu, Fornazi, Bortoli y Haydu, 2014) y del *mindfulness* aplicado a este trastorno (Hernández Gómez, 2017).

Respecto a las limitaciones de este trabajo, se puede mencionar que la selección de la muestra se realizó de un panel de voluntarios, lo cual podría significar que no fuese del todo representativa; no obstante, como se expuso anteriormente, era diversa, en cuanto a sexo, ocupación, edad y nivel socioeconómico. Por otra parte, la aplicación de las pruebas online podría implicar cierta distorsión de los resultados, dado que las condiciones de aplicación no pueden ser controladas ampliamente. Asimismo, solo se consideraron variables de la SA y de otros rasgos de ansiedad general medidos mediante el SA-45, con lo cual solo se ofrece una visión parcial sobre el tema. Finalmente, no se investigó acerca de otras variables de personalidad, como podrían ser: nivel de autoestima, posibles trastornos traumáticos o trastornos de personalidad, que sin duda tendrían un gran interés y relevancia en su influencia en la aparición y desarrollo de la amaxofobia, pues permitirían ampliar las perspectivas de estudio y acercarse a conclusiones más significativas, conducentes a desarrollo de planes y acciones que contribuyan a la prevención y tratamiento de este trastorno.

Se hace necesario, por lo tanto, seguir investigando sobre las distintas variables que concurren y están relacionadas en el desarrollo del miedo a conducir y la amaxofobia, así como indagar acerca de las diferentes variables emocionales, de personalidad y trastornos que puedan ayudar en el desarrollo de programas de tratamiento eficaces. La incidencia de la sensibilidad a la ansiedad en la amaxofobia quizás sea la relación más importante, queda mucho por investigar en este campo. También estudiar respecto a ciertas fobias prácticamente desconocidas para el público en general, como en este caso la amaxofobia, que normalmente son ocultadas por las personas que la padecen y que causan mucho sufrimiento. Entender cómo surge y cómo se desarrolla ayudará a su prevención y tratamiento, son temas pendientes para investigaciones futuras.

## Referencias

- Alonso, F., Sanmartín, J., Esteban, C., Calatayud, C., Alamar, B. y López-de-Cózar, E. (2008). [Salud vial. Diagnóstico de los conductores españoles](#). Valencia: Attitudes.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-5*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Barp, M. y Mahl, Á.C. (2013). [Amaxofobia: um estudo sobre as causas do medo de dirigir](#). *Unoesc & Ciência - ACBS*, 4 (1), 39-48.
- Blanchard, E.B. y Hickling, E.J. (1997). [After the crash: Assessment and treatment of motor vehicle accident survivors](#). Washington: American Psychological Association [DOI: 10.1037/10237-000].
- Clapp, J.D., Olsen, S.A., Danoff-Burg, S., Hagewood, J.H., Hickling, E.J., Hwang, V.S. y Beck, J.G. (2011). [Factors contributing to anxious driving behavior: The role of stress history and accident severity](#). *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (4), 592-598 [DOI: 10.1016/j.janxdis.2011.01.008].
- Derogatis, L.R., Lipman, R.S. y Covi, L. (1977). *SCL-90-R Administration, Scoring and Procedures Manual - I for the R (Revised) Version and Other Instruments of the Psychopathology Rating Scales Series*. Chicago: Johns Hopkins University School of Medicine.
- Dirección General de Tráfico (DGT) (2015). [Estadísticas e indicadores](#) [http://www.dgt.es/es/seguridad-vial/estadisticas-e-indicadores/parque-vehiculos/].
- Ehlers, A., Hofmann, S.G., Herda, C.A. y Roth, W.T. (1994). [Clinical characteristics of driving phobia](#). *Journal of Anxiety Disorders*, 8(4), 323-339 [DOI: 10.1016/0887-6185(94)00021-2].
- Ehlers, A., Taylor, J.E., Ehring, T., Hofmann, S.G., Deane, F.P., Roth, W.T. y Podd, J.V. (2007). [The Driving Cognitions Questionnaire: Development and preliminary psychometric properties](#). *Journal of Anxiety Disorders* 21(4), 493-509 [DOI: 10.1016/j.janxdis.2006.08.002].
- Fernández Castro, J. y Doval, E. (2010). [La ansiedad y su influencia en los conductores españoles](#). *Colección Cuadernos de Reflexión Attitudes*.
- Fowler, M. (2016). [The Relationship Between Anxiety Sensitivity and Cognitive Performance](#). Tesis doctoral. University of St. Thomas, Minnesota.
- Fullana Rivas, M.À. y Tortella-Feliu, M. (2000). [Relaciones entre la sensibilidad a la ansiedad y el miedo a volar en avión](#). *Psicología Conductual/Behavioral Psychology*, 8 (1), 5-25.
- Gallagher, C.E., Watt, M.C., Weaver, A.D. y Murphy, K.A. (2017). ["I fear, therefore, I shop!" exploring anxiety sensitivity in relation to compulsive buying](#). *Personality and Individual Differences*, 104, 37-42 [DOI: 10.1016/j.paid.2016.07.023].
- Haydu, V.B., Fornazari, S.A., Borloti, E.B. y Haydu, N.B. (2014). [Facetas da exposição in vivo e por realidade virtual na intervenção psicológica no medo de dirigir](#). *Psico*, 45 (2), 136-146 [DOI: 10.15448/1980-86-23.2014.2.11442].
- Hernández Gómez, A. (2017). [A propósito de un caso: mindfulness y terapia cognitivo conductual para el tratamiento de la amaxofobia](#). *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 5 (1), 77-97.
- Ino, K., Ogawa, S., Kondo, M., Imai, R., Ii, T., Furukawa, T.A. y Akechi, T. (2017). [Anxiety sensitivity as a predictor of broad dimensions of psychopathology after](#)



- [cognitive behavioral therapy for panic disorder](#). *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 13, 1835-1840 [DOI: 10.2147/NDT.S121360].
- Instituto Nacional de Estadística (2015). [Encuesta continua de hogares](#) [http://www.ine.es/prensa/np965.pdf].
- Knapp, A.A., Blumenthal, H., Mischel, E.R., Badour, C.L. y Leen-Feldner, E.W. (2016). [Anxiety Sensitivity and Its Factors in Relation to Generalized Anxiety Disorder among Adolescents](#). *Journal of Abnormal Child Psychology*, 44 (2), 233-244 [DOI: 10.1007/s10802-015-9991-0]
- Kuch, K., Cox, B.J. y Drenfeld, D.M. (1995). [A brief self-rating scale for PTSD after road vehicle accident](#). *Journal of Anxiety Disorders*, 9 (6), 503-514 [DOI: 10.1016/0887-6185(95)00029-N].
- Kuch, K. (1997). Accident phobia. En G.C.L. Davey (Ed.), *Phobias: A handbook of theory, research and treatment* (pp. 153-162). Chichester, UK: Wiley.
- Kugler, B.B., Phares, V., Salloum, A. y Storch, E.A. (2016). [The role of anxiety sensitivity in the relationship between posttraumatic stress symptoms and negative outcomes in trauma-exposed adults](#). *Anxiety, Stress, & Coping*, 29 (2), 187-201 [DOI: 10.1080/10615806.2015.1028029].
- Mathew, R.J., Weinman, M.L., Semchuk, K.M. y Levin, B.L. (1982). [Driving phobia in the city of Houston: A pilot study](#). *American Journal of Psychiatry*, 139, 1049-1051 [DOI: 10.1176/ajp.139.8.1049].
- Martínez-Vispo, C., Fernández del Río, E., López-Durán, A. y Becoña, E. (2016). [Influencia de la sensibilidad a la ansiedad en una intervención psicológica para dejar de fumar](#). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 21 (1), 11-19 [DOI: 10.5944/rppc.vol.21.num.1.2016.15977].
- McNally, R.J. (2002). [Anxiety Sensitivity and Panic Disorder](#). *Biological Psychiatry*, 52 (10), 938-946 [DOI: 10.1016/S0006-3223(02)01475-0].
- McNally, R.J. y Lorenz, M. (1987). [Anxiety sensitivity in agoraphobics](#). *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 3-11 [DOI: 10.1016/0005-7916(87)90065-6].
- Munjack, D.J. (1984). The onset of driving phobias. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 15 (4), 305-308 [DOI: 10.1016/0005-7916(84)90093-4].
- OICA Organization of Motor Vehicle Manufacturers (2015). [World vehicles in use 2005-2015](#) [http://www.oica.net/wp-content/uploads/Total\_in-use-All-Vehicles.pdf].
- Pérez Peláez, E. (2005). [Amoxofobia. Miedo a conducir](#). Instituto MAPFRE de Seguridad Vial.
- Raines, A.M., Walton, J.L., McManus, E.S., Cuccurullo, L.A.J., Chambliss, J., Uddo, M. y Franklin, C.L. (2017). [Associations between lower order anxiety sensitivity dimensions and DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms](#). *Cognitive Behaviour Therapy*, 46 (2), 162-173 [DOI: 10.1080/16506073.2016.1244559].
- Reiss, S. y McNally, R.J. (1985). The expectancy model of fear. En S. Reiss y R.R. Bootzin (Eds.), *Theoretical Issues in Behavior Therapy* (pp. 107-121). Nueva York: Academic Press.
- Sáiz Vicente, E., Bañuls Egeda, R. y Monteagudo Soto, M.J. (1997). [Exploración de la ansiedad en conductores noveles y profesionales](#). *Anales de Psicología*, 13 (1), 65-75 [https://revistas.um.es/analesps/article/view/30721/29891].
- Sánchez Marín, S. (2017). [Evaluación de la eficacia de un programa diseñado para vencer el miedo a conducir o amaxofobia](#). *Securitas Vialis*, 9 (1-3), 35-40 [DOI: 10.1007/s12615-016-9092-z].
- Sandín, B., Chorot, P., Santed, M.A. y Valiente, R.M. (2002). [Análisis factorial confirmatorio del Índice de Sensibilidad a la Ansiedad para Niños](#). *Psicothema*, 14 (2), 333-339 [http://www.psicothema.com/pdf/728.pdf].
- Sandín, B., Chorot, P., Valiente, R.M., Germán, M.A.S. y Lostao, L. (2004). [Dimensiones de la sensibilidad a la ansiedad: evidencia confirmatoria de la estructura jerárquica](#). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9 (1), 19-33 [DOI: 10.5944/rppc.vol.9.num.1.2004.3965].
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P. y Santed, M.A. (2007). [ASI-3: Nueva escala para la evaluación de la Sensibilidad a la Ansiedad](#). *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12 (2), 91-104 [DOI: 10.5944/rppc.vol.12.num.2.2007.4036].
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Santed, M.Á. y Lostao, L. (2007). [Sensibilidad a la ansiedad versus rasgo de ansiedad en la predicción del nivel de miedos](#). *Análisis y Modificación de Conducta*, 33 (148), 139-158.
- Sandín, B., Valiente, R.M., Chorot, P., Santed, M.A. y Lostao, L. (2008). [SA-45: forma abreviada del SCL-90](#). *Psicothema*, 20 (2), 290-296.
- Schmidt, N.B., Lerew, D.R. y Jackson, R.J. (1997). [The Role of Anxiety Sensitivity in the Pathogenesis of Panic: Prospective Evaluation of Spontaneous Panic Attacks During Acute Stress](#). *Journal of Abnormal Psychology*, 106 (3), 355-364 [DOI : 10.1037/0021-843X.106.3.355].
- Taylor, J.E. y Deane, F.P. (1999). [Acquisition and severity of driving-related fears](#). *Behaviour Research and Therapy*, 37 (5), 435-449 [DOI : 10.1016/S0005-7967(98)00065-5].
- Taylor, J.E. y Deane, F.P. (2000). [Comparison and characteristics of motor vehicle accident \(MVA\) and non-MVA driving fears](#). *Journal of Anxiety Disorders*, 14 (3), 281-298 [DOI: 10.1016/S0887-6185(99)00040-7].
- Taylor, J.E., Deane, F.P. y Podd, J. (2002). [Driving-related fear: A review](#). *Clinical Psychology Review*, 22 (5), 631-645 [DOI: 10.1016/S0272-7358(01)00114-3].
- Taylor, S. (1994). [Comment on Otto et al. \(1992\): Hypochondriacal concerns, anxiety sensitivity, and panic](#)

- [disorder](#). *Journal of Anxiety Disorders*, 8 (1), 97-99 [DOI: 10.1016/0887-6185(94)90026-4].
- Taylor, S., Koch, W.J. y McNally, R.J. (1992). [How does anxiety sensitivity vary across the anxiety disorders?](#) *Journal of Anxiety Disorders*, 6 (3), 249-259 [DOI: 10.1016/0887-6185(92)90037-8].
- Taylor, S., Zvolensky, M.J., Cox, B.J., Deacon, B., Heimberg, R.G., Ledley, D.R. ... y Cardenas, S.J. (2007). [Robust Dimensions of Anxiety Sensitivity: Development and Initial Validation of the Anxiety Sensitivity Index-3](#). *Psychological Assessment*, 19 (2), 176-188 [DOI: 10.1037/1040-3590.19.2.176].
- Torres, L. y Mata-Greve, F. (2017). [Anxiety Sensitivity as a Predictor of Latino alcohol Use: A Moderated Mediation Model](#). *Journal of Latina/o Psychology*, 5 (2), 61-75 [DOI: 10.1037/lat0000062].