

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA FOBIA A VIAJAR EN AVIÓN: UN PROGRAMA DESTINADO A FOMENTAR SU EFICIENCIA

C. Dolores Sosa, Tania Díaz y Juan I. Capafons¹
Universidad de La Laguna (España)

Resumen

En este trabajo se expone un tratamiento cognitivo-conductual destinado a eliminar la fobia a viajar en avión en un periodo de sesiones más corto de lo habitual. El tratamiento se basa en la combinación de las técnicas más eficaces utilizadas para abordar este problema: técnicas de exposición, técnicas de control de la ansiedad y de la respiración, detención de pensamiento, información y entrenamiento en reatribución. La peculiaridad de este nuevo tratamiento es la preparación de los pacientes para un viaje en condiciones óptimas, partiendo del análisis funcional de su problema, con el fin de que se facilite la exposición. En este trabajo se presenta un estudio de caso con dos pacientes a los que se les aplica el tratamiento, de seis sesiones, que hemos denominado «viaje en condiciones óptimas». Se comentan las implicaciones de estos casos para la práctica clínica y las investigaciones futuras.

PALABRAS CLAVE: *Fobia, fobia a viajar en avión, tratamientos psicológicos, exposición.*

Abstract

This article explains a cognitive-behavioural treatment for eliminating the flying phobia in a shorter period of time. The treatment is based on the combination of the most effective techniques used to tackle this problem: exposure techniques, techniques for the control of anxiety and of breathing, stop thinking, information and training in reattribution. The peculiarity of this new treatment is the preparation of patients for a trip under good conditions, taking as a basis the functional analysis of their problem, in order to facilitate exposure. This work presents a case study of two patients who are treated during six sessions and we have called this treatment «a trip under good conditions». The implications of these cases are commented with regard to clinical practice and future research.

KEYS WORDS: *Phobia, flying phobia, psychological treatments, exposure.*

¹ *Correspondencia:* Juan I. Capafons Bonet, Dpto. de PETRA, Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna, Campus Universitario de Guajara, 38205 S/C de Tenerife (España). E-mail: jcapafon@ull.es.

Introducción

El tratamiento de la fobia a viajar en avión ha sido abordado por medio de diversas técnicas, desde la administración de psicofármacos (Gorney, 1970) a estrategias psicodinámicas (Daly, Aitken y Rosenthal, 1970). Sin embargo, son las técnicas cognitivo-conductuales las que han mostrado mayor nivel de eficacia y eficiencia (Capafóns, 2001; Capafons, Sosa y Prieto, 2004). En este trabajo se expone un tratamiento de corte cognitivo-conductual en el que se intenta incrementar la eficiencia de los programas al uso. En concreto, el tratamiento propuesto se basa en la combinación de las técnicas que se han mostrado más eficaces para abordar este problema (Capafons, Sosa y Avero, 1997; Capafons, Sosa y Viña, 1999) —como son: técnicas de exposición, técnicas de control de la ansiedad y de la respiración, detención de pensamiento, información y entrenamiento en reatribución— con la inclusión de la variable «viaje en condiciones óptimas». La característica distintiva de este programa frente a otros, por tanto, es que se prepara a los pacientes para un viaje en las mejores condiciones, como estrategia para favorecer la exposición. La variable «condiciones óptimas» persigue que el paciente diseñe un viaje en el que se dan las condiciones más tranquilizadoras, es decir, donde se sienta más seguro.

El concepto de seguridad no ha sido especialmente atendido en el campo de la intervención sobre fobias, sin embargo nosotros consideramos que puede ser el factor nuclear de la terapia. Se ha insistido en que la exposición es el tratamiento más eficaz para las fobias (Marks, 1987; Capafóns, 2001), probablemente por provocar la habituación ante el estímulo temido. Pero si la habituación es inhibida porque el organismo interpreta emocional, cognitiva o fisiológicamente que el estímulo es realmente dañino y peligroso ¿basta con exposiciones largas e intensas para que se provoque la habituación? Nuestro planteamiento a nivel teórico es que no. Si el organismo interpreta peligro pondrá en marcha todos los mecanismos que la especie ha sido capaz de desarrollar a lo largo de miles de años y no se producirá la extinción. Por tanto, desde nuestro punto de vista la exposición es eficaz cuando el organismo realmente siente que la situación a la que se está exponiendo es realmente segura a pesar de que aparezca un estímulo que provoca miedo intenso. Para que la exposición sea terapéutica la seguridad, en la línea de lo propuesto por Gursky y Reiss (1987), debe sentirse tanto ante el estímulo fóbico como ante la propia reacción del organismo, esto es, la seguridad de que nada peligroso (externo o interno) va a ocurrir. Para nosotros este planteamiento explicaría porqué hay tratamientos tan breves y eficaces —por ejemplo, los ofrecidos por el grupo de Ost (Öst, 1989; Öst, Salkovskis, y Hellström, 1991; Öst y Sterner, 1987; Öst, Svensson, Hellström y Lindwall, 2001)— ya que en este tipo de tratamiento se trabaja con estímulos fácilmente manejables en cuanto a la seguridad (estímulos que el terapeuta puede garantizar que no van a provocar daño alguno). También podría explicar la eficacia de la desensibilización sistemática y de la inundación, ya que ambas técnicas trabajarían señales de seguridad por vías diferentes. En el caso de la desensibilización, correctamente aplicada, la reacción fisiológica ante el estímulo fóbico es nula en cada uno de los elementos jerarquizados. Por tanto el fóbico está recibiendo información

de que no hay peligro. En el caso de la inundación el fóbico comprobaría como la presencia del estímulo fóbico no provoca daño real alguno, existiría malestar previo pero seguido de una sensación de no-peligro, es decir, de seguridad. El concepto de seguridad puede explicar el fracaso o éxito de una terapia de exposición. Desde nuestra perspectiva si existe seguridad se pondrá en marcha el proceso de habituación, si no hay seguridad dicho proceso se inhibirá.

Método

Instrumentos

Para valorar la eficacia del tratamiento se utilizaron los siguientes instrumentos:

- a) Escalas de miedo a volar:
 1. *Escala de miedo a volar* (EMV) (Sosa, Capafóns, Viña y Herrero, 1995): Evalúa el grado de ansiedad percibido en relación con distintas situaciones que tienen que ver con el vuelo.
 2. *Escalas de expectativas de peligro y ansiedad para el miedo a volar* (EPAV-A Y EPAV-B) (Sosa, Capafóns, Viña y Herrero, 1995). Evalúa las expectativas de peligro potencial y de distintas manifestaciones fisiológicas desagradables que se pueden presentar en un viaje en avión.
- b) *Inventario de miedos* (IM) (Sosa, Capafóns, Viña y Herrero, 1995). Evalúa, a través de 101 ítems, una amplia gama de objetos, situaciones o personas que pueden producir miedo.
- c) *Información diagnóstica general sobre fobia a volar* (IDG-FV) (Capafóns, 1991, Capafóns, Sosa y Prieto, 2002). Instrumento tipo entrevista que incluye tanto cuestiones semiestructuradas como estructuradas. En su primera parte recoge información para realizar una anamnesis personal general; en su segunda parte aborda de manera específica el fenómeno del miedo a volar.

Sujetos

El programa se ha aplicado a dos personas.

PACIENTE 1

Se trata de una paciente de 25 años, residente en Tenerife, soltera y estudiante universitaria. Actualmente vive en el domicilio familiar con su madre y hermana.

El primer episodio de pánico se dio a los seis años durante su primer vuelo diurno en avión (los vuelos anteriores siempre habían sido nocturnos). La paciente recuerda que se produjo tras mirar por la ventanilla del avión. Este recuerdo es confirmado por su madre que comentó: «*es como si en ese momento hubiese comprendido el peligro que conllevaba la situación*». Después de este incidente, su miedo y su ansiedad se fueron incrementando con cada viaje que realizaba. Aunque no ha dejado de viajar, experimenta un gran temor y una acusada ansiedad cuando tiene que hacerlo.

Cuando acude a terapia, presenta un nivel alto de miedos. Presenta, además, los siguientes síntomas psicofisiológicos cuando viaja en avión: taquicardia, palpitaciones, sudoración, mareos, temblores, inquietud, molestias en el estómago, tensión muscular, escalofríos, dificultad para pensar, cambios en la piel y dificultad para pensar con claridad, etc. Durante el vuelo tiende a pensar: «no voy a poder soportar un viaje más en avión», «el avión puede caerse desde el cielo», «uno de los motores se puede incendiar», «el avión puede perder gasolina en pleno vuelo», etc. Las principales repercusiones negativas de su fobia se centran en el ámbito familiar (dificultades en visitar a familiares en otras provincias y países) y en ámbito profesional (cambios laborales deseados que se retrasan por su fobia).

Por otro lado, la paciente se considera una persona sana, sin enfermedades físicas ni orgánicas. El desarrollo evolutivo durante la infancia y adolescencia ha sido normal, con un buen rendimiento académico y con unas relaciones familiares cálidas y satisfactorias. No tiene antecedentes de fobia en la familia, sólo su madre presenta un cierto temor a viajar en avión, pero no es clínicamente significativo. La paciente ha sido tratada previamente por un psicólogo por problemas de ansiedad y fobia, pero no obtuvo solución para su problema y decidió abandonar. Aparte del problema por el cual busca ayuda, no ha padecido ninguna enfermedad física ni ningún trastorno de conducta, así como ninguno de los miembros de su familia.

PACIENTE 2

El paciente es un hombre de 49 años, residente en Tenerife, funcionario y con estudios medios.

En el año 1977 colabora en el gran accidente aéreo ocurrido en el aeropuerto de Los Rodeos, tras el cual comienza a tener miedo a los aviones. Sitúa el comienzo de su fobia en el año 1980, durante el primer viaje que realiza tras el accidente. Desde entonces su miedo se incrementa con cada vuelo que hace, hasta que en el año 1995 decide no volver a subirse a un avión. Después de intentar por cuenta propia solucionar sin éxito su problema (yoga, libro de autoayuda, etc.), y tras proponerle un ascenso en su trabajo que implica viajes al exterior con frecuencias regulares, decide solucionar su trastorno acudiendo en busca de tratamiento psicológico. Presenta los siguientes síntomas fisiológicos cuando viaja en avión: taquicardia, sudoración, temblores, nudo en la garganta, tensión muscular, escalofríos, miedo a perder el control de sí mismo y hacer el ridículo. Tiende a pensar: «no seré capaz de volver a subir a un avión», «el avión podría caerse desde el cielo», «uno de los motores podría estropearse», «un ala podría caerse»,...

Las repercusiones negativas de su fobia se centran en el ámbito profesional (ha sido incapaz de aceptar un ascenso porque implicaba desplazamientos en avión). Padece hipertensión, por lo cual se está medicando, pero se considera una persona básicamente sana. Aparte de este problema, no ha padecido ninguna enfermedad física ni ningún trastorno de conducta.

El desarrollo evolutivo de la infancia y adolescencia fue normal, con unas buenas relaciones familiares, tanto con sus padres como con sus hermanos. No hay antecedentes de fobia a volar en su familia.

Cuando acude a terapia, sus principales miedos son a viajar en avión y a no tener el control de las situaciones, por lo que una situación desagradable para él es, por ejemplo, ir de copiloto en un coche. Su miedo al avión le ha llevado incluso a devolver un billete después de haberlo comprado. Después de intentar por cuenta propia solucionar sin éxito su problema (yoga, libro de autoayuda, viajar en buenas condiciones,...), y tras proponerle el ascenso en su trabajo, decide solucionar su trastorno acudiendo a tratamiento psicológico.

Características del programa de tratamiento

El programa terapéutico consistió fundamentalmente en la preparación de los pacientes para afrontar con éxito un viaje en avión en las mejores condiciones que transmitieran el mayor nivel de seguridad posible. Dichas condiciones se obtuvieron a partir de diversos parámetros implicados en un vuelo: Tamaño del avión, Categoría del aeropuerto, Duración del vuelo, Horario, Viajar solo o acompañado, Condiciones atmosféricas, Cantidad de pasajeros, Traslado al aeropuerto, Acceso al avión, Observar o no observar la cabina del piloto, Actitud de otros pasajeros, Posición dentro del avión, etc. El programa en su totalidad se llevó a cabo durante 6 sesiones, de 60 minutos de duración, de periodicidad semanal.

Se utilizaron las siguientes técnicas (Capafons, Sosa y Avero, 1997; Capafons, Sosa y Viña, 1999):

1. *Entrenamiento en reatribución* (Capafons, Sosa y Viña, 1999).
2. *Información*. Se brindó a los pacientes información respecto al funcionamiento y seguridad de viajar en un medio de transporte tan seguro como es el avión, intentando de esta forma que el paciente comprendiera que su temor no estaba basado en peligros reales sino en temores internos.
3. *Entrenamiento en el control de la Respiración*. Se les entrenó para que practicasen la respiración natural completa cuando sintieran ansiedad.
4. *Entrenamiento en relajación*. Se usó el procedimiento de relajación muscular progresiva. Cuando consiguieron el dominio de este tipo de relajación profunda, se les entrenó en relajación semibreve y breve. Al final de cada sesión se proponía como tarea para casa la práctica de esta técnica.
5. *Detención de pensamiento*. Se les entrenó en detención de pensamiento (Sosa y Capafons, 2004) con el objetivo de que bloquearan los pensamientos perturbadores y distorsionados referentes a viajar en avión y potenciaran pensamientos adaptativos y motivacionales.
6. *Exposición en imaginación y en vivo*. Se llevó a cabo exposición graduada en imaginación. Superado aproximadamente el 70% de la jerarquía se comenzó con la exposición en vivo, sugiriendo a los pacientes la visita a un aeropuerto. Superada con éxito toda la jerarquía, y tras el éxito de la visita al aeropuerto, se procedió a un viaje en avión en las mejores condiciones, como meta del tratamiento.
7. *Tareas para casa*. Se llevaban a cabo diariamente y tenían un carácter acumulativo. Es decir, los pacientes debían realizar después de cada sesión la tarea

específica que se le había asignado más las correspondientes a las sesiones anteriores.

Procedimiento

a) Evaluación

El proceso de evaluación se realizó en dos sesiones.

En la primera sesión, después de los saludos se procedió al pase de la IDG-FV, en la que se recogieron aspectos biográficos y datos relacionados con la fobia. Posteriormente, se cumplimentó el IM. La duración de esta sesión fue de aproximadamente 1 hora. En la segunda sesión se procedió a cumplimentar la EMV y, posteriormente, la EPAV-A y EPAV-B. También se le preguntó por los beneficios que esperaba conseguir del tratamiento —con el propósito de incrementar la motivación hacia la terapia— y se expuso la metodología a seguir con la finalidad de eliminar la incertidumbre inicial acerca de lo que se iba a hacer a lo largo del tratamiento. La duración de esta segunda sesión fue de 1 hora.

b) Tratamiento

Se describen a continuación las sesiones en las que se llevó a cabo el tratamiento:

1ª SESIÓN

Se llevó a cabo una explicación detallada y clara sobre los síntomas y el desarrollo de la fobia a volar. Se le explicaron los procesos de adquisición de fobias y miedos (condicionamiento clásico, observacional, operante, procesos cognitivos), entregándole un resumen de la explicación. A continuación se discutió con el paciente el posible origen de su fobia, así como los factores que estaban contribuyendo a su mantenimiento.

En este sentido, se le explicaron varios conceptos:

- El concepto de *estrés y ansiedad* y la importancia de éstos en la vida del individuo, en la medida en que actúa como un mecanismo de defensa y prepara al organismo para estar alerta en situaciones de mayor riesgo.
- El concepto de *fobia*. Se explicó el significado de este término —en comparación con el de *miedo*— y se pusieron ejemplos de diferentes manifestaciones o síntomas pertenecientes a los tres niveles de respuesta (cognitivo, fisiológico y conductual).

Se realizó el Entrenamiento en Respiración Natural Completa y la demostración de los ejercicios para la relajación progresiva de Jacobson. Se procedió a una práctica de la relajación muscular profunda guiada por la terapeuta, acompañada de algunas prácticas de imaginación.

Por último, se obtuvieron, a través del diálogo con los pacientes, aquellos parámetros que modulaban la intensidad del miedo a viajar en avión. En la Tabla 1 se muestran los parámetros relevantes para cada paciente. Como tarea para casa se le indicó practicar la relajación muscular profunda media hora cada día.

Tabla 1
Parámetros que modulan la intensidad de la fobia a viajar en avión

PACIENTE 1	
MÁS MIEDO	MENOS MIEDO
Avión grande	Avión mediano
Aeropuerto categoría D	Aeropuerto categoría A
Horario nocturno	Horario diurno
Vuelos de más de 6 h.	Vuelos inferiores a 1 h.
Ir sola	Ir acompañada
Nublado, caídas de nivel	Despejado
Muchos pasajeros	Pocos pasajeros
Avión viejo	Avión nuevo
Espera larga	Espera corta
Posición ventanilla	Posición cerca salida de emergencia
Demostración de emergencia	Bienvenida del sobrecargo
Visión del exterior: tierra	Visión del exterior: mar
Otros pasajeros nerviosos	Otros pasajeros tranquilos
Viajar un martes	Viajar un día que no sea martes
Avión ancho	Avión mediano
No conocer pronóstico del tiempo	Conocer pronóstico del tiempo
Mucha espera dentro del avión	Sin espera dentro del avión
No visitar la cabina del piloto	Visitar la cabina del piloto
Permanecer sentada durante el vuelo	Caminar durante el vuelo
Que la lleven al aeropuerto	Ir al aeropuerto en autobús
Inestabilidad en despegue y aterrizaje	Estabilidad en despegue y aterrizaje
PACIENTE 2	
MÁS MIEDO	MENOS MIEDO
Avión viejo. Sucio	Avión nuevo, limpio
Pequeño y de hélice	Mediano
Aeropuerto pequeño	Aeropuerto grande
Viento, lluvia	Despejado
6 h. o más (intercontinentales)	Inferior a 1 h. (entre islas)
Personal de vuelo y pasaje nerviosos ante ruido/sacudida	Personal de vuelo y pasaje tranquilos ante ruido/sacudida
Posición cerca del ala	Posición delante/detrás
Viajar solo	Viajar acompañado
Espera antes del despegue	Sin espera antes del despegue
Música antes del despegue	Sin música antes del despegue
Vista: en medio de nubes	Vista: despejado (mar/tierra)
Pasajeros nerviosos	Pasajeros tranquilos
Sin conocer pronóstico tiempo	Conocer pronóstico del tiempo
Caminar dentro del avión	Sentado dentro del avión
Acceso por túnel (directo)	Acceso al avión en autobús
No ver el avión antes	Ver el avión antes
Sacudidas del avión	Avión estable

2ª SESIÓN

La sesión comenzó revisando la práctica de la relajación profunda. A continuación se le explicaron y modelaron los ejercicios de relajación breve, entregándole un esquema de los mismos.

Teniendo en cuenta los parámetros señalados por el paciente en la sesión anterior, el paciente, con ayuda de la terapeuta, redactó 5 ítems de ansiedad y el resto los elaboró el paciente en casa.

3ª SESIÓN

La sesión comenzó revisando la práctica de la relajación breve y los 40 ítems redactados por el paciente.

Se le presentó al paciente el esquema funcional, el cual mostraba cómo se había formado su fobia y los factores que estaban contribuyendo a su mantenimiento.

Se procedió a la elaboración del que sería su «viaje en condiciones óptimas» y se le planteó que ese viaje era la meta a la que debía llegar con el tratamiento. De esta forma aumentó su compromiso con la terapia.

A continuación, el paciente puntuó cada uno de los ítems elaborados en función de la ansiedad que le generaban y se seleccionaron los 18 que mejor representaban su fobia, constituyendo la jerarquía de ítems que se utilizaría en las siguientes sesiones. Posteriormente, se le entrenó en la primera fase de la detención de pensamiento. Por último, se trataron los principales pensamientos distorsionados del paciente con relación a viajar en avión (obtenidos en la escala EPAV-A).

Como tarea para casa se le recomendó la práctica de la relajación muscular profunda y breve.

4ª SESIÓN

Al comienzo de la sesión se procedió a una clasificación ordinal por parte del paciente de los 18 ítems seleccionados en la sesión anterior, con la finalidad de asegurar que la clasificación realizada en la sesión anterior fuera correcta.

Se le explicó el método de relajación breve y se realizaron ejercicios de imaginación con estímulos neutros. Se realizó con éxito la segunda fase de la detención de pensamiento y se mantuvo un debate con el paciente sobre la seguridad de un avión.

Como tarea para casa se le indicó continuar practicando la relajación y la imaginación, y comenzar a practicar la detención de pensamiento si le surgían pensamientos negativos.

5ª SESIÓN

Se entrenó al paciente en la tercera fase de la detención de pensamiento. Se le informó sobre los ruidos y fenómenos «extraños» que suceden en un viaje en avión. En esta sesión el paciente reconoció que la falta de información era uno de los factores que estaban contribuyendo al mantenimiento de su fobia.

Se realizó exposición en imágenes con los doce primeros ítems. Para la realización de la misma se siguieron los siguientes pasos (Capafóns y Sosa, 2004):

- 1) El paciente realizaba una relajación profunda.

2) Una vez asegurados de que el paciente se encontraba totalmente relajado, la terapeuta empezaba a presentar las situaciones fóbicas, de menor a mayor graduación, de la siguiente manera:

- Lentamente y con voz pausada.
- Empezaba la narración de las situaciones con la frase «quiero que imagines que...».
- Se leían las situaciones en su totalidad antes de pedir al paciente que imaginara con detalle toda la situación presentada, posteriormente se incidía en aquellos aspectos centrales de cada situación.
- Cada situación se mantenía en la imaginación entre 20 y 45 segundos una vez que se había presentado.
- Se pasaba cada una de las situaciones por lo menos dos veces (si no generaban ansiedad).
- Para desvanecer la imagen se utilizaba la frase «borre la imagen».
- Se destinaban entre 30 y 45 segundos para un descanso entre situación y situación en el que se intercalan imágenes agradables y gratificantes.

3) La primera vez que se empezaba la exposición, tras pasar las dos primeras situaciones, se paraba la sesión y se preguntaba al paciente cómo los había imaginado o si había habido algún problema con la forma en que se habían narrado por parte de la terapeuta.

La paciente 1 sólo sintió ansiedad ante el último elemento de la escala. El paciente 2 no sintió ansiedad en ningún ítem.

Como tarea para casa se le indicó practicar la exposición en imágenes con los ítems de la sesión. Se le propuso una visita al aeropuerto.

6ª SESIÓN

La sesión comenzó revisando la visita al aeropuerto: La paciente 1 comentó que le había ido muy bien y que, aunque había sentido un poco de ansiedad, había puesto en práctica las habilidades adquiridas en sesiones anteriores y había conseguido atenuarla. El paciente 2 comentó que le había ido muy bien, que había acudido en dos ocasiones al aeropuerto de Los Rodeos, durante las cuales siguió los pasos que debería haber dado en caso de viajar (se colocó en la cola para facturar, se sentó en la sala de espera, vio como aterrizaban y despegaban los aviones, y se imaginó dentro de uno de ellos). Aunque sintió un poco de ansiedad afirmó que pudo controlarla y que era significativamente menor que la que solía sentir antes del tratamiento. El único inconveniente fue que al salir del aeropuerto escuchó una noticia de un accidente aéreo, sin víctimas, ocurrido momentos antes en la península, y eso le generó un ligero nivel de ansiedad. Pero al llegar a casa y ver la noticia, se imaginó que era él quien iba en ese avión y como sería su reacción ante esta situación, y ello le tranquilizó. Pensó que este incidente iba a afectar de forma negativa en su tratamiento, pero, tras discutirlo con la terapeuta, el paciente concluyó que este acontecimiento le había servido para ponerse en situación e imaginar cuál sería su reacción ante hechos como éste. Respecto a la práctica para casa de la exposición en imágenes, sólo había sentido ansiedad con dos de los ítems, puesto que los relacionó con el accidente aéreo ocurrido en esos días.

Se realizó de nuevo la exposición en imaginación con los últimos seis ítems de la jerarquía. Dados los resultados obtenidos con la exposición, se ultimó el viaje en condiciones óptimas así como la planificación de su inminente realización.

Como tarea para casa, se le indicó la práctica de la relajación profunda con imaginación de los elementos de la sesión y detención de pensamiento, cuando fuera necesario. Así como la realización del viaje en avión.

En la tabla 2 se presenta las condiciones del viaje diseñado en las sesiones y las condiciones reales en las que se realizó.

Tabla 2

Parámetros considerados para diseñar el viaje en avión en condiciones óptimas y parámetros que se dieron en la situación real

PACIENTE 1	
VIAJE IDEAL	VIAJE REALIZADO
Duración: 1 h. o inferior	Duración: 30 min. (Viaje a Las Palmas)
Tamaño del avión: mediano	Tamaño del avión: pequeño
Pocos pasajeros	Miércoles por la mañana: poca cantidad de pasajeros
Aeropuerto: categoría A	Aeropuerto categoría A (Reina Sofía).
Traslado al aeropuerto: en autobús.	Traslado al aeropuerto en autobús.
Pronóstico del tiempo: favorable y conocido con anterioridad	Pronóstico del tiempo: favorable y conocido con anterioridad
Acompañada	Acompañada
Localización: próxima a la salida de emergencia	Localización: delante, cerca de la salida de emergencia
Posibilidad de visitar la cabina del piloto	Se le permite visitar la cabina del piloto

PACIENTE 2	
VIAJE IDEAL	VIAJE REALIZADO
Duración del vuelo: 1h o inferior.	Duración del vuelo: 2,5 h. (Viaje a Madrid).
Tamaño del avión: mediano	Tamaño del avión: mediano
Aeropuerto: categoría A	Aeropuerto categoría A (Reina Sofía)
Pronóstico del tiempo: favorable y conocido con anterioridad	Pronóstico del tiempo: favorable y conocido con anterioridad
Acompañado	Acompañado
Localización: delante	Localización en el avión: delante
Acceso al avión: en autobús	Acceso al avión: directo a través del túnel
Posibilidad de ver el avión antes de subir	Vista previa del avión

SESIÓN POST-TRATAMIENTO

Tras el viaje (ida y vuelta), se les volvieron a pasar las escalas de miedo a volar (IM, EMV y EPAV). Una vez terminadas las sesiones de tratamiento, se marcó una nueva fecha para otro viaje, en condiciones normales, tras el cual se realizaría un seguimiento del programa, con el fin de verificar por un lado, si se había producido un mantenimiento de la mejoría conseguida durante la intervención y, por otro, para establecer objetivos a más largo plazo.

SEGUIMIENTO

Transcurridos tres meses, realizaron un nuevo viaje, en ambos casos a la Península, y tras éste se procedió a un nuevo pase de las pruebas, en concreto el IM, EMV y EPAV.

Resultados

El cambio terapéutico se valoró mediante la aplicación de mediciones repetidas de los instrumentos de evaluación utilizados en el pretratamiento.

Tras comparar los resultados obtenidos en las diversas pruebas antes y después del tratamiento, se observó una mejoría considerable por parte de los dos participantes, en todas las medidas realizadas. Además, las ganancias se mantienen en el seguimiento.

Como se observa en las Figuras 1 y 2, hay una clara disminución del grado de ansiedad percibido por los pacientes en relación con las distintas situaciones presentadas que tienen que ver con el vuelo, siendo más acentuada esta disminución en el caso del paciente 2.

Figura 1

Resultados de la paciente 1 (medidas pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento)

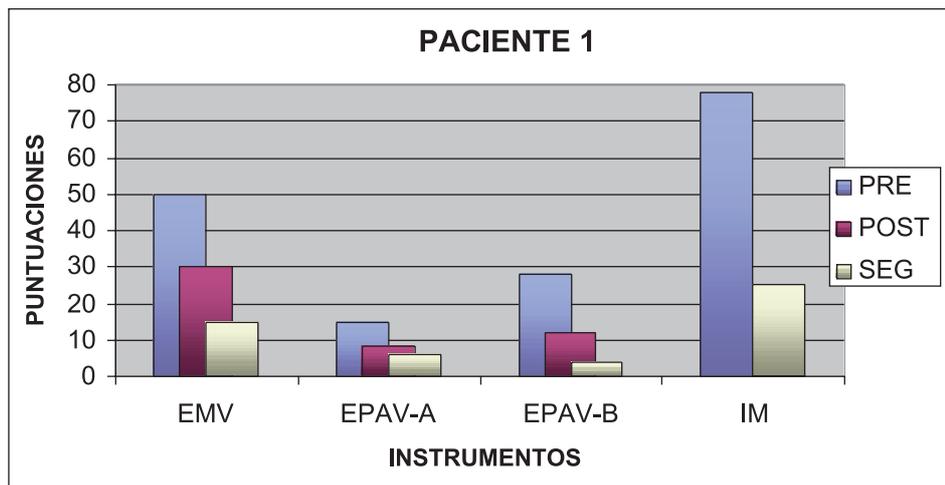
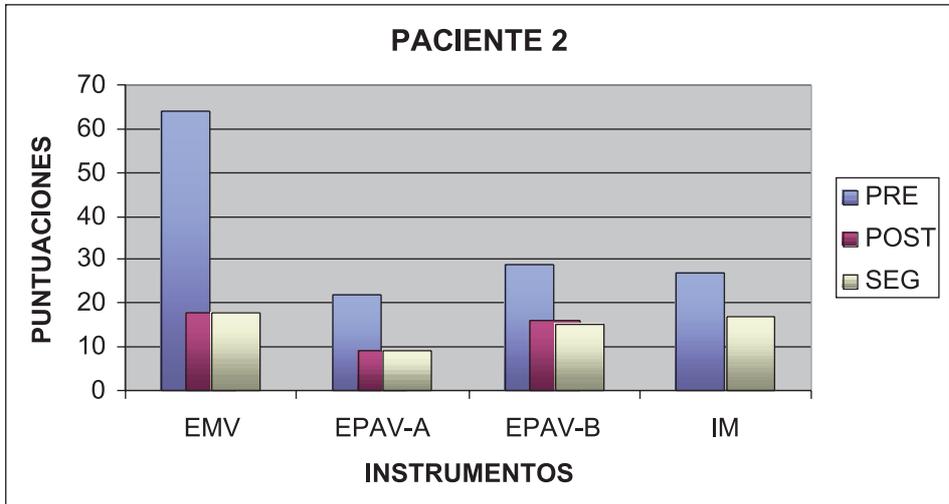


Figura 2
Resultados del paciente 2 (medidas pre-tratamiento, post-tratamiento y seguimiento)



- EMV (Escala de Miedo a Volar)
- EPAV-A (Escala de expectativas de peligro y ansiedad para el miedo a volar: pensamientos catastróficos)
- EPAV-B (Escala de expectativas de peligro y ansiedad para el miedo a volar: ansiedad fisiológica subjetiva)
- IM (Inventario de Miedos)

También se observa una reducción de las expectativas de la posible ocurrencia de diversos pensamientos de peligro potencial, así como de las distintas manifestaciones fisiológicas desagradables, que se pueden presentar en un viaje en avión.

La mejoría también se refleja en las puntuaciones obtenidas por los pacientes en el Inventario de Miedos.

Podemos observar como, tanto al finalizar el tratamiento como en el seguimiento, se produce una marcada disminución en todas las pruebas realizadas, en ambos pacientes.

Discusión

Los métodos clásicos de exposición gradual al factor que provoca el miedo, aunque también han sido eficaces en el caso del vuelo, son bastante largos. Por ello, en este estudio se ha intentado encontrar un tratamiento con el cual se obtuvieran resultados similares empleando un número menor de sesiones, en la línea de los trabajos de grupo de Öst (Öst, Brandberg y Alm, 1997) y de Bornas (Bornas, Tortella-Feliu, Fullana y Llabrés, 2001). Para ello se insistió, acorde a nuestro plan-

teamiento teórico comentado en la introducción, en los factores que promovieran el mayor nivel de seguridad posible durante la exposición. El tratamiento se centró en preparar a los pacientes a una exposición en la que el paciente se sintiera lo más seguro posible. La percepción de seguridad, desde nuestro punto de vista, se ha conseguido combinando las técnicas más eficaces con la finalidad de preparar al paciente para la realización de un viaje en las mejores condiciones elegidas por él. De esta forma se favorece la habituación ya que no se pondrían en marcha mecanismos cognitivo, emocionales o fisiológicos que la inhibieran. El éxito del primer vuelo ha podido contribuir a eliminar la percepción de riesgo que tienen los que sufren este tipo de fobia al subir al avión.

Los resultados que se obtienen en este estudio sugieren, a nivel preliminar, la eficacia del programa de tratamiento utilizado, ya que el tratamiento parece contribuir a producir un cambio en sentido positivo de las principales manifestaciones que los pacientes presentaban antes de la intervención. Así, el manejo de la técnica de relajación y respiración pudo dotar a los pacientes de las habilidades necesarias para manejar la ansiedad. Otras estrategias, como el cambio de pensamientos, permitieron que los pacientes encontrasen modos alternativos de pensar respecto al avión, lo que condujo a sentimientos menos perturbadores a la hora de afrontar la situación de vuelo. Con esta técnica aprendieron a buscar alternativas más cercanas a la realidad, menos distorsionadas, produciéndose probablemente un cambio a nivel cognitivo que pudo influir tanto a nivel conductual como psicofisiológico en sentido positivo. La información aportada sobre el funcionamiento y seguridad de viajar en avión hizo que reflexionaran sobre lo que temían y lo que realmente deberían temer. Finalmente, el incremento de motivación de los pacientes por la realización de un viaje, dado que se iba a desarrollar en las mejores condiciones, probablemente hizo descender el nivel de ansiedad e incrementar el sentimiento de seguridad. A nuestro juicio, el vuelo en esas condiciones permitió la extinción de la ansiedad y del miedo e impidió que se pusieran en marcha mecanismo de sensibilización ante el estímulo fóbico.

Posteriores investigaciones, con mayor control metodológico y número de participantes, permitirán conclusiones más definitivas sobre nuestro planteamiento teórico respecto a la exposición «segura» como ingrediente terapéutico que implica un recorte significativo de sesiones terapéuticas. Es decir, la aplicación del concepto de seguridad en la terapia puede incrementar la eficiencia de los programas que se diseñen. Los resultados preliminares en este estudio de casos son favorables. Pero en ciencia una vez es ninguna. El futuro dará o quitará la razón.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (Revised Text) (DSM-IV-TR). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bornas, X., Tortella-Feliu, M., Fullana, M.A. y Llabrés, J. (2001). Computer-assisted treatment of flight phobia: a controlled study. *Psychotherapy Research*, 11, 259-273.
- Capafóns, J.I. (1991). *Estudio psicopatológico y estrategias de intervención para la fobia a volar en transporte aéreo*. Informe parcial correspondiente al primer año de

- investigación. Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno Autónomo de Canarias. Mineo.
- Capafóns (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. *Psicothema*, 13, 447-452.
- Capafons, J.I., Sosa, C.D. y Avero, P. (1997). La desensibilización sistemática en el tratamiento de la fobia a viajar en transporte aéreo. *Psicothema*, 9, 17-25.
- Capafóns, J.I., Sosa, C.D. y Prieto, P. (2004). Comparación de tres programas terapéuticos para la fobia a viajar en transporte aéreo. *Psicothema*, en prensa.
- Capafóns, J.I., Sosa, C.D. y Viña, C.M. (1999). A reattributional training program as a therapeutic strategy for flying phobia. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 30, 259-272 .
- Cummings, T.W. (1989). Flying Phobia. En C. Lindemann (dir.), *Handbook of Phobia Therapy: Rapid Symptom Relieve in Anxiety Disorders* (pp. 161-179). Northvale, Nueva York: Aronson.
- Daly, R, Aitken, R.C. y Rosenthal, S.V. (1970). Flying phobia: phenomenological study. *Proceedings of Royal Society of Medicine*, 63, 878-882.
- Goorney, A.B. (1970). Treatment of aviation phobias by behaviour therapy. *British Journal of Psychiatry*, 117, 535-544.
- Gursky, D.M. y Reiss, S. (1987). Identifying danger and anxiety expectancies as components of common fears. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 18, 317-324 .
- Marks, I.M. (1987). *Fears, phobias and rituals*. Nueva York: Oxford University Press.
- Öst, L.G., Brandberg, M. y Alm, T. (1997). One versus five sessions of exposure in the treatment of flying phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 987-996.
- Öst, L.G. (1989). One-session treatment for specific phobias, *Behaviour Research and Therapy*, 27, 1-7.
- Öst, L.G., Salkovskis, P.M. y Hellström, K. (1991): One-session therapist-directed exposure vs. self-exposure in the treatment for spider phobia, *Behavior Therapy*, 22, 407-422.
- Öst, L.G. y Sterner, U. (1987). Applied tension: A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 25-29.
- Öst, L.G., Svensson, L., Hellström, K., y Lindwall, R. (2001). One-session treatment of specific phobias in youths: a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 814-824.
- Sosa, C.D. y Capafóns, J.I. (2004). *Evaluación, diagnóstico y tratamiento psicológico del Trastorno por Estrés Post-traumático*. Madrid: Síntesis.
- Sosa, C.D., Capafóns, J.I., Prieto, P. (2002). Análisis de las propiedades psicométricas de la entrevista Información Diagnóstica General – Fobia a Volar (IDG-FV). *Revista de Metodología de Ciencias del Comportamiento*, 12, 520-523
- Sosa, C.D., Capafons, J.I., Viña, C.M. y Herrero, M. (1995). Evaluación del miedo a viajar en avión: Un estudio psicométrico de dos escalas de autoinforme. *Psicología Conductual*, 3, 133-158.