



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado
Curso 2017/2018
Convocatoria Febrero

Modalidad: Estudio de caso

Título: Tratamiento y evolución de un paciente con fobia específica a volar

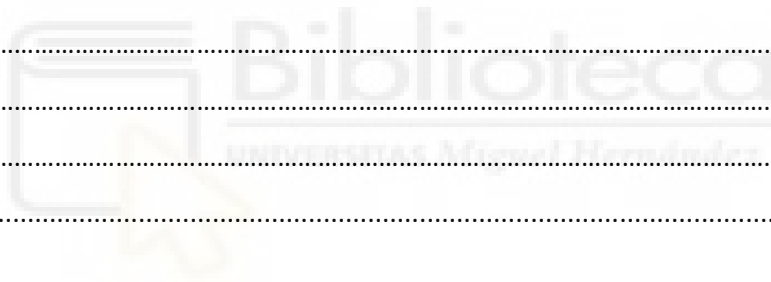
Autor: Miguel Estévez Ruiz

Tutor: Maria del Carmen Neipp López

Elche a 16 de Enero de 2018

Indice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4-6
3. Descripción del caso.....	6
3.1. Motivo de consulta e historia del problema.....	6
3.2. Evaluación.....	7-8
3.3. Análisis conducta-problema y formulación del caso.....	8
3.4. Formulación clínica del caso.....	8-9
3.5. Técnicas empleadas.....	10
3.6. Tratamiento y evolución.....	10-13
4. Resultados.....	15-16
5. Discusión.....	17-18
6. Referencias.....	18-20
7. Figura 1.....	9
8. Tabla 1.....	13-14
9. Tabla 2.....	14
10. Tabla 3.....	15
11. Tabla 4.....	16
12. Tabla 5.....	16-17



Resumen

La fobia a volar consiste en un temor o ansiedad producto de la exposición a estímulos directa o indirectamente relacionados con la situación de volar. El presente trabajo pretende mostrar el procedimiento llevado a cabo y la evolución durante éste, de la sintomatología padecida por un joven de 25 años con este tipo de fobia. La evaluación de la fobia se realizó pretratamiento, durante y postratamiento. El programa se compuso de 8 sesiones con una duración de 45 minutos cada una, a excepción de la primera consulta que tomó 1 hora completa. El objetivo principal del tratamiento es eliminar las conductas problema que generan las conductas de evitación o escape así como eliminar los síntomas fisiológicos que producen estas situaciones o estímulos fóbicos. Durante el tratamiento se utilizaron diferentes técnicas de cohorte cognitivo-conductual como; la desensibilización sistemática, la reestructuración cognitiva tipo Ellis, la exposición en vivo mediante imágenes para la exposición en imaginación y un entrenamiento en relajación. En general, se puede considerar que el tratamiento ha tenido un resultado positivo, puesto que se lograron los objetivos terapéuticos buscados.

Palabras clave: Desensibilización sistemática, relajación, reestructuración cognitiva, exposición, fobia a volar.

Abstract

The flying phobia consists in a fear or anxiety product of the exposure directly or indirectly to a stimuli related with the situation of flying. The present research aims to show the procedure carried out and the evolution during the treatment, of the symptoms suffered by a young man of 25 years old with this type of phobia. The treatment was composed of 8 sessions which lasted 45 minutes each, with the exception of the first one that took a full hour. The main goal of the treatment was to remove the behavior-problem that generates avoidance or escape behaviors as well as eliminate physiological symptoms that produce this situations or phobic stimuli. During the treatment, different cohort cognitive-behavior technics where used, such as systematic desensitization, Ellis based cognitive restructuring, "in vivo" exposure with images and relaxation training. The treatment outcome is positive due to the fulfilled goal of the therapy.

Keywords: Systematic desensitization, relaxation, cognitive restructuring, exposure treatment, flight phobia.

Introducción

Las fobias específicas consisten en un miedo o ansiedad intensa producida por un objeto o situación específica, el cual es desproporcionado al peligro real que supone el objeto o situación temidos.

El miedo causado genera malestar clínicamente significativo y/o deterioro en el ámbito social, laboral u otras arenas de funcionamiento de las personas que lo sufren (APA, 2013), además no puede ser explicado por el individuo y produce respuestas de activación fisiológicas (tasa cardiaca, sudoración, aumento de la frecuencia respiratoria, náuseas, mareos etc.) así como cognitivas (pensamientos sobre la situación temida, catastrofización, reflexiones sobre la propia capacidad de afrontar la situación, consecuencias) y motoras (evitación de la exposición a la situación).

Estos miedos irracionales, a menudo recurrentes, obligan a realizar conductas de evitación con lo que la ansiedad producida por el estímulo fóbico se ve reducida actuando así como reforzador de la conducta de escape, y aumentando la probabilidad de que la conducta de evitación continúe dándose.

Michael Eysenck (1997; Eysenck & Eysenck, 2007) desarrolla el Modelo de los cuatro factores en base a estudios de Mathews & MacLeod (1994), y plantea el mantenimiento de la ansiedad por sesgos atencionales (priorizar la información amenazante) y sesgos interpretativos (interpretar información neutra como amenazante).

Las fobias específicas pueden clasificarse según el estímulo fóbico en tipo animal, tipo ambientales (alturas, lluvia, tormentas), tipo sangre-inyecciones-daño, tipo situacionales (a volar, a estar en lugares cerrados, pequeños) -éstas son de las que cuentan con mayor aval empírico (Capafóns, 2001; Himle, McPhee, Cameron & Curtis, 1989)- y en Otros tipos (evitación de situaciones que provoquen náuseas o atagantamientos, sonidos fuertes).

El caso que nos interesa, por ser del tipo que el paciente presenta, es situacional, más concretamente a volar. En estos casos el sujeto puede temer alguno de los siguientes aspectos; posibilidad de que el avión accidente, altura, perder el control en el avión, desmayarse, tener un ataque de pánico, montar una escena, estar encerrado.

La edad de inicio de este tipo de fobia suele estar situada alrededor de los 20 años (Antony y Barlow, 1997; Lipsitz y cols., 2002) y suele presentarse tanto en solitario, como parte de un trastorno por angustia con agorafobia (Marks, 1970; 1987). Se ha

llegado a sugerir que las fobias específicas situacionales se pueden considerar como una forma leve de agorafobia más que como fobia específica (Himle et al., 1989) por eso la comorbilidad de estos trastornos. Autores consideran este tipo de fobia específica la más común (Cummings, 1989). La mayoría de expertos en esta fobia sitúan su prevalencia en torno al 10 por ciento (Agras, Sylvester, & Oliveau, 1969; Arnarson, Tómasdóttir, & Þorsteinsson, 1992; Deran & Whitaker, 1980; Ekeberg, Seeberg, & Ellertsen, 1988; 1989; Nordlund, 1983).

A pesar de ser la exposición en vivo el tratamiento considerado como más potente para las fobias específicas (APA, 1994; Barlow, 1988; Barlow, Esler & Vitali, 1998; Marks, 1987), hay que tener en cuenta que la exposición en imágenes o imaginación es preferible en aquellos casos en donde el terapeuta no tiene control y/o sea difícil el acceso al estímulo fóbico como es el caso de la fobia a volar, además, también debemos tener en cuenta la posible reticencia del paciente a exponerse directamente al estímulo fóbico (Capafóns, 1999). Dicho esto, cabe mencionar que se recomienda complementar la exposición en imaginación con práctica en la vida real. Así pues, la exposición en vivo también se ha mostrado útil en combinación con estrategias de afrontamiento (respiración y relajación), exposición en imaginación junto con relajación breve y detención del pensamiento para este tipo de fobia, sin necesidad de tomar un vuelo (Capafóns y cols, 1999)

En los casos en los que el simplemente hecho de hablar sobre el estímulo fóbico o ver o pensar en imágenes produce síntomas de ansiedad, la exposición en imaginación se muestra como una alternativa eficaz a la in vivo (Kase & Ledly, 2007).

La técnica que ha demostrado ser útil en este tipo de fobia en concreto es la desensibilización sistemática, debido a que la exposición en vivo al estímulo fóbico en el caso de esta fobia no es suficiente para extinguir la reacción de miedo, se eliminan los inconvenientes comentados que surgen de la exposición in vivo al poder utilizar la exposición en imágenes o imaginación y además, la desensibilización sistemática aporta al paciente una sensación de control que además de ayudar al objetivo terapéutico, elimina la dependencia terapéutica. Por último, al eliminarse los efectos negativos de la exposición, se da una progresividad que permite la eliminación de los miedos que confluyen en la fobia específica. (Capafóns, Juan I.; Sosa, Carmen D.; Avero, Pedro). Es por ello que es una de las estrategias más utilizadas en los estudios sobre el tratamiento de este tipo de fobia (Canton, 1974; Howard, Murphy y Clarke, 1983; Sank, 1976; Scrignar, Swanson y Bloom, 1973;)

Los objetivos principales del tratamiento son eliminar las conductas problema que generan las conductas de evitación o escape y eliminar los síntomas fisiológicos que producen estas situaciones o estímulos fóbicos, y así conseguir que el paciente pueda enfrentarse a ellas sin padecer los síntomas ya citados.

Descripción del caso

El paciente es un joven de 25 años, de estatus socio-económico acomodado. Es el segundo de tres hijos, tiene una hermana mayor y una pequeña. Es estudiante de último curso de grado en enfermería.

Motivo de consulta e historia del problema

Acude a consulta con motivo de un inminente viaje de fin de estudios, durante el cual deberá coger un vuelo para llegar a Sudamérica, cosa que le aterra a la par que le avergüenza por el miedo que supone que sus compañeros puedan descubrir su temor. Refiere haber tenido siempre miedo a volar, y que en viajes familiares ha tenido lo que él considera ataques de pánico. Comenta haber tenido que tomar ansiolíticos (autoadministrados) para poder coger un par de vuelos con la familia que eran ineludibles.

Dice no haber pedido nunca ayuda. Tampoco haber acudido a consulta tras la insistencia de sus padres al ver la ansiedad que le provocaba ir en avión.

Las sensaciones que describe al estar en el avión son aumento de la frecuencia respiratoria, taquicardia y una quemazón que sube desde las piernas y rápidamente asciende a brazos y finalmente a cabeza. Tras ello reporta crisis de ansiedad. En cuanto a cogniciones, comenta estar convencido de que ciertos ruidos no son normales, como que el motor va a explotar.

Afirma que desde hace ya más de 5 años ha notado que sus miedos van a peor, explica que no puede ver películas donde se desarrollen escenas en aviones. El ruido de una turbina acelerando dice, le provoca taquicardia y aumento de la frecuencia respiratoria. Aquellas noticias relacionadas con aviones accidentados le provocan ansiedad y cambia de canal. Comenta evitar acompañar a amigos o familiares al aeropuerto cuando han de coger un vuelo. Dice haberlo comentado con su compañera sentimental hace relativamente poco, 1 año. Afirma que sintió haberse quitado un peso de encima al contarle.

Desconoce el origen de su problemática.

Evaluación

Al paciente se le evaluó mediante:

- Entrevista semiestructurada para recoger información sobre su problemática y origen de él. Adaptación de la Entrevista para la Ansiedad de Brown, DiNardo y Barlow (1994).
- Escala de Miedo a Volar (EMV) de Sosa et al. (1995). Presenta 21 ítems sobre situaciones relacionadas con volar en avión, que el sujeto ha de valorar mediante una escala de cinco puntos dependiendo de la ansiedad que le producen cada uno. Consta de tres subescalas de 4,8 y 9 ítems de miedo previo a volar (MPV), miedo durante el vuelo (MDV) y miedo a volar sin propia implicación (MSA) (v.g. ver aviones volando), puntuados de 0 a 4 cada uno. Asimismo, cada una de las escalas puntúa de la siguiente forma: MPV de 0 a 36, MDV de 0 a 32 y MSA de 0 a 16.
- Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory – BAI; Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988). Esta prueba pretende evaluar la ansiedad del sujeto y además descartar, si es el caso, depresión. Presenta un total de 21 ítems que describen síntomas relativos a cada uno de los aspectos relevante: Subjetivos, neurofisiológicos, autónomos y pánico. Tras su administración el paciente obtuvo una puntuación de 18 (moderada). Los ítems que más puntuaban están relacionados con inseguridad física, sensaciones físicas y miedo a la pérdida de control.
- Inventario de Depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory II – BDI-II; (Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. 1996). Inventario de Beck para descartar la presencia de depresión en el paciente. Al igual que su variante para la ansiedad, consta de 21 ítems indicativos de síntomas como tristeza, anhedonia e ideación suicida entre otros. El paciente obtuvo una puntuación de 7, así pues se descartó la depresión. Se administró esta prueba por la existencia de historial depresivo familiar.

- Prueba de evitación conductual, en la que el paciente fue expuesto gradualmente a la visualización de imágenes ansiógenas en las que hubo de puntuar su nivel de ansiedad de 0 a 10. En la sesión 6 se repitió para comprobar si existían descensos en los niveles de ansiedad durante el desarrollo de la terapia.
- Autorregistros para comprobar la eficacia terapéutica del tratamiento además de la adhesión del paciente.

Análisis conducta-problema y formulación clínica del caso

Las conductas problema (R) son de tipo fisiológico (sudoración, aumento de la frecuencia respiratoria y cardiaca, acaloramiento e hiperventilación –en alguna ocasión-), cognitiva (miedo a que el avión explote sin motivo alguno, miedo a que se caiga el avión, preocupación por que el avión caiga con cualquier turbulencia, sentimientos de inferioridad por tener una fobia) y motoras (evitar viajes con familiares y amigos, evitar aeropuertos y películas relacionadas, y en alguna ocasión parar despegue y bajarse del avión).

Los estímulos antecedentes (E) de la respuesta de ansiedad son principalmente situacionales (volar en avión, películas sobre aviones, noticias relacionadas con accidentes de aviones) y también ambientales (acompañar a alguien al aeropuerto, escuchar ruidos cercanos de turbinas de avión) y cognitivos (estados de hipervigilancia anticipatoria ante situaciones elicitanes en noticiarios y películas).

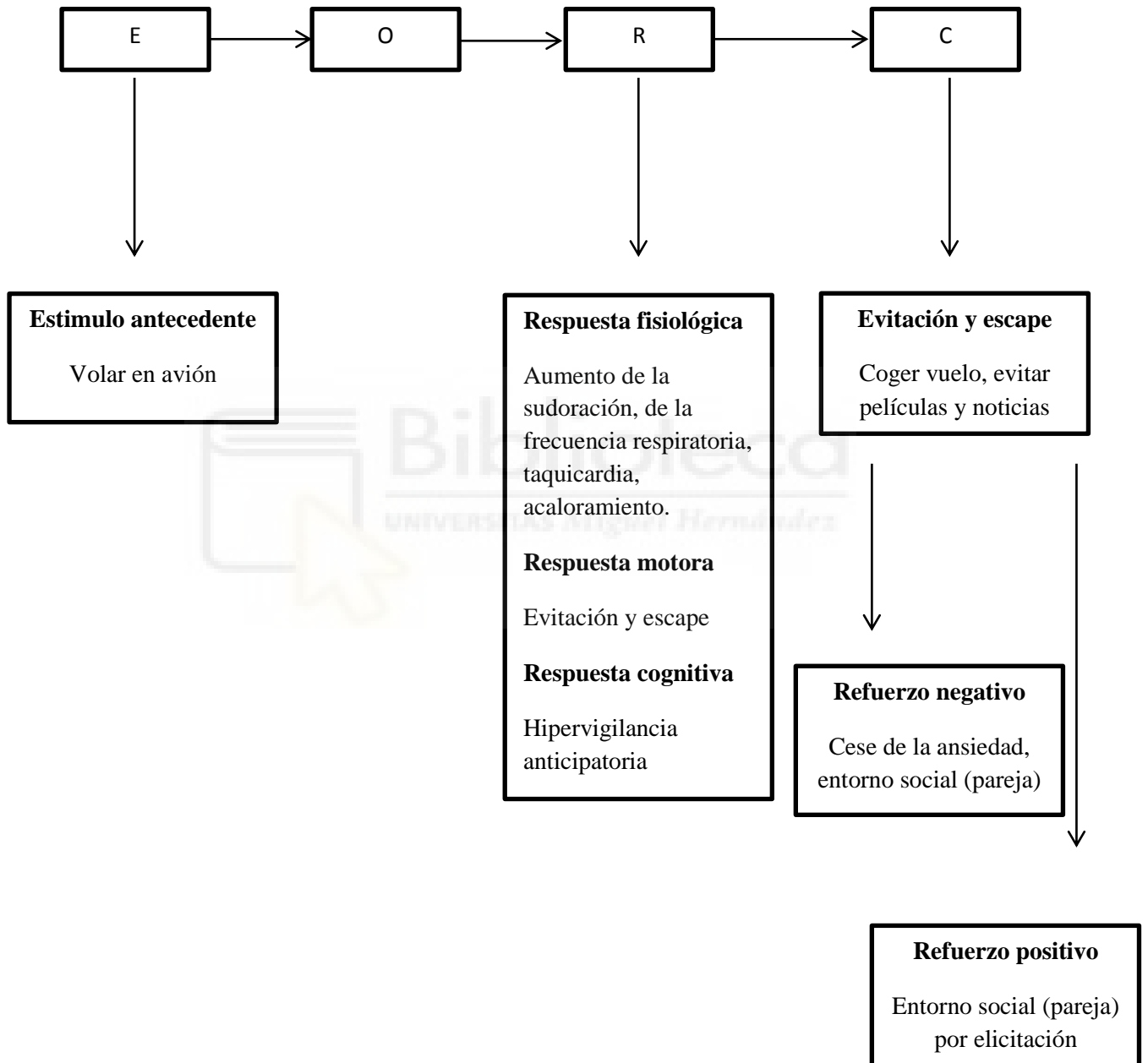
La respuesta-consecuencia (C) que provoca el mantenimiento de la conducta problema el consecuente cese de ansiedad y de los estados fisiológicos que conllevan la evitación de las situaciones temidas. Este ciclo producto del refuerzo negativo se ve favorecido por el entorno social (su pareja) que también evita ver películas de aviones con él, o cambia de canal cuando ve que salen noticias en televisión sobre aviones.

Formulación clínica del caso

Una vez recabada toda la información mediante la entrevista, los distintos instrumentos utilizados y analizado el caso, inferimos la existencia de una serie de conductas que refuerzan la sintomatología ansiosa y de mal estar del paciente. Así pues, nos centramos en las conductas problema que han de ser objeto de intervención v.g. la taquicardia, la sudoración y el aumento de la frecuencia respiratoria, así como la evitación de toda situación relacionada con aviones, tanto en vivo como en noticias y películas. El reforzamiento de la conducta de evitación en estas últimas se ve

favorecido por su pareja que cambia de canal cuando muestran imágenes sobre aviones o vuelos. De este modo, la evitación a todo estímulo relacionado con la fobia deriva en la prevalencia del problema hasta la actualidad.

FIGURA 1. Análisis funcional del caso.



Técnicas empleadas

- Entrenamiento de la respiración; se instruyó al paciente en técnicas de respiración para controlar el aumento de la frecuencia respiratoria, y ocasionales hiperventilaciones.
- Desensibilización sistemática, se utilizó una jerarquía de 9 situaciones relacionadas con el estímulo fóbico.
- Exposición en vivo; se empleó material audiovisual para la exposición de imágenes relacionadas con vuelos, turbulencias, despegues.
- Reestructuración cognitiva tipo Ellis.

Tratamiento y evolución

El tratamiento consistió en 8 sesiones, con una frecuencia de 2 sesiones por semana, con una duración de 45 minutos cada una de las sesiones a excepción de la primera consulta que tuvo una duración de 1 hora. El seguimiento, fue continuo durante la terapia, además se realizó una pre-evaluación y una postevaluación al finalizar la terapia así como un seguimiento del paciente tras 2 meses después de la finalización del tratamiento.

En la primera sesión se recogió toda la información necesaria para elaborar el análisis funcional del problema mediante una entrevista semiestructurada, además se administró la Escala de Miedo a Volar (EMV) de Sosa et al. (1995) para determinar la naturaleza de su fobia a volar, así como el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory – BAI; Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988). Se le administró adicionalmente el Inventario de Depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory II – BDI-II; (Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. 1996) puesto que durante la entrevista, hubo indicios de baja autoestima.

Se desdramatiza el problema.

Por último, se evaluó el nivel de ansiedad del paciente mediante la prueba de evitación conductual, en la que se expuso al paciente al visionado de imágenes de forma gradual ordenadas jerárquicamente relacionadas con la fobia en cuestión.

En la segunda sesión se procedió a la psicoeducación para explicar al paciente su problemática, así se definió que es la respuesta de ansiedad, la relación que él había adquirido con los estímulos fóbico y como la evitación ejerce de refuerzo sobre el problema. También se le explicó el tratamiento que íbamos a realizar, así como la

desensibilización sistemática. Se le enseñaron técnicas de respiración para relajarse (respiración abdominal). Afirmaba conocer alguna técnica de relajación que había aprendido por internet (relajación progresiva de Jacobson).

Se elaboró junto con el paciente la jerarquía de ítems temidos para la desensibilización sistemática. Para ello, el terapeuta nombró una serie de situaciones relacionadas con la fobia del paciente y que le provocan ansiedad, las cuales el paciente ha de puntuar según el nivel de ansiedad que le provocan según las unidades subjetivas de ansiedad (USAS) de 0 a 100.

Una vez se jerarquizan los distintos ítems que componen la desensibilización sistemática, de menor a mayor según las USAS, se procede a explicar la desensibilización sistemática.

Se le explicó que debía imaginar el primer ítem, el que menos ansiedad le produce, siempre utilizando la respiración como herramienta inductora de la relajación. Este primer ítem fue narrado por el terapeuta para inducir a la imaginación y que el paciente sepa cómo ha de proceder. Una vez imaginado el ítem, el sujeto comentó cuál era su nivel de ansiedad, mientras proseguía con la respiración abdominal, volvió a imaginar el ítem en cuestión hasta que el nivel de ansiedad bajó a 0. Tras una primera exposición al tratamiento mediante la Desensibilización sistemática, se le explicó que tendría que seguir realizando los ejercicios de respiración en combinación con la exposición en imaginación y anotar en los autorregistros proporcionados por la terapeuta el número de veces que es necesario repetir cada ítem.

Al finalizar la sesión se hizo entrega en papel de Información relacionada con los aviones: por qué vuelan, proceso de vuelo, turbulencias, etc, previamente explicada.

Durante toda la sesión se utilizó la reestructuración cognitiva, focalizándonos en los sesgos cognitivos que refuerzan la conducta problema. Se revisó continuamente sesgos sobre términos aeronáuticos, además se le enseñó a detectar cogniciones fóbicas y a generar pensamientos alternativos.

Durante la sesión número tres, el paciente trajo los autorregistros proporcionados por la terapeuta, reportando haber imaginado los tres primeros ítems, el primero que hizo guiado y los dos siguientes, hasta que ninguno de ellos le producía ansiedad. Así pues se le pidió al paciente que se relajase y que imaginase el último ítem tratado en consulta, como se comprobó que no producía ansiedad se continuó con la jerarquía y se le pidió que imaginase las nuevas situaciones.

Al igual que la anterior sesión, se anima al paciente a ser el centro del tratamiento, y se le alienta a que continúe practicando la desensibilización y la relajación a la par que lo registra todo. Durante la sesión se continuó con la reestructuración cognitiva así como con la relajación con la DS.

En la cuarta sesión el paciente reportó de nuevo los resultados plasmados en los autorregistros. Como en la sesión anterior, se repasó el último ítem tratado de la jerarquía para ver si producía ansiedad en el paciente. Se continuó con la desensibilización sistemática siempre acompañada de relajación.

Como en el resto de sesiones, se instó al paciente a continuar practicando las tareas en casa y a completar los autorregistros. Durante el desarrollo de la sesión continuó realizándose reestructuración cognitiva.

En la quinta sesión se volvió a comprobar la realización de las tareas asignadas para casa. Se prosiguió con los siguientes ítems de la jerarquía de la desensibilización (los de la sesión anterior ya que aún producían niveles significativos de ansiedad) y se repasan logros conseguidos para motivar al paciente a seguir con las prácticas en casa y continuar con el tratamiento.

A lo largo de la sesión se utiliza la reestructuración cognitiva como en el resto de sesiones.

En la sexta sesión se realizó la prueba de evitación conductual para comprobar que los niveles de ansiedad disminuían con respecto a la primera sesión y verificar así la validez del tratamiento escogido. El paciente reporta niveles de ansiedad leve. Se comprueba la realización de las tareas para casa. Se continúa con la desensibilización sistemática.

La séptima sesión se continuó con la desensibilización tras la comprobación de las tareas para casa. Se continúa, al igual que las demás sesiones, motivando al paciente a que continúe con el tratamiento, que va muy bien. Se continúa con la desensibilización puesto que los últimos ítems de la jerarquía presentan algo más de dificultad.

La reestructuración cognitiva sigue presente en cada sesión del tratamiento. Se recuerda al paciente la necesidad de continuar con el trabajo en casa.

En la octava y última sesión comprobamos las tareas para casa. Como la desensibilización sistemática ha sido completada en su totalidad finalizamos tratamiento. Repasamos logros y objetivos conseguidos. Se repasan las técnicas

aprendidas para controlar la ansiedad. Administramos cuestionario EMV e inventario de ansiedad de Beck para comprobar la disminución de la respuesta ansiosa y observamos una mejoría clínica significativa. Además, se hace un tercer pase de la prueba de evitación conductual

Al igual que en el resto de sesiones se hace uso de la reestructuración cognitiva así como se insta al paciente a generar pensamientos alternativos tras la detección de cogniciones negativas.

Se cita al paciente después de las vacaciones para comentar la exposición en vivo, que es el viaje de fin de grado, y mantener un seguimiento durante los 2 meses siguientes.

TABLA 1. *Resumen de las sesiones de evaluación y tratamiento*

Sesión	Plan de las sesiones	Tareas para casa
1	Entrevista inicial, evaluación prueba evitación conductual	
2	Psicoeducación, Desensibilización sistemática Respiración y relajación Reestructuración cognitiva	Desensibilización Ejercicios de espiración y relajación Autorregistros
3	Desensibilización sistemática Respiración y relajación Reestructuración cognitiva	Desensibilización Ejercicios de espiración y relajación Autorregistros
4	Desensibilización sistemática Respiración y relajación Reestructuración cognitiva	Desensibilización Ejercicios de espiración y relajación Autorregistros
5	Desensibilización sistemática Respiración y relajación Reestructuración cognitiva	Desensibilización Ejercicios de espiración y relajación Autorregistros

6	Desensibilización sistemática Reestructuración cognitiva Prueba de evitación conductual	Desensibilización Ejercicios de espiración y relajación Autorregistros
7	Desensibilización sistemática Reestructuración cognitiva	Desensibilización Ejercicios de espiración y relajación Autorregistros
8	Post-Evaluación y repaso de logros conseguidos	Desensibilización Ejercicios de espiración y relajación

TABLA 2. Jerarquía de situaciones fóbicas y su puntuación

	Situación fóbica	Puntuación
1	Hablar sobre ir de viaje, coger vuelo, etc	20
2	Ruidos de las turbinas, ruidos propios de avión.	30
3	Ver una película sobre aviones, noticias de accidentes	40
4	Estar en un avión que no va a despegar	50
5	Acompañar a un familiar a coger un vuelo	60
6	Día anterior al vuelo	70
7	Ir al aeropuerto con intención de volar	80
8	Facturar equipaje en aeropuerto	90
9	Coger Vuelo	100

TABLA 3. Prueba de evitación conductual

	Situación fóbica
1	Escenas de aviones volando
2	Gente caminando por un aeropuerto
3	Escenas varias dentro de un avión
4	Aviones accidentándose

Resultados

En lo que a resultados del tratamiento respecta, los niveles de ansiedad disminuyeron en cada sesión, cosa que comprobamos con la prueba de evitación conductual, la cual puntuaba alta en el primer pase pero tras su administración en la 6 sesión del tratamiento, las puntuaciones disminuyeron significativamente. Como resultado, en el tercer pase de la prueba de evitación conductual, la ansiedad disminuyó a niveles casi inexistentes. Frente a la puntuación obtenida en el primer pase (10), en el ítem más extremo (accidentes de avión), encontramos la del tercer pase que, aunque existente es muy baja (1). Además, observamos también una disminución en los niveles de ansiedad reportados por el Inventario de Ansiedad de Beck I, pasando de una puntuación de 33 (ansiedad severa) a 8 (valores mínimos). Asimismo, las puntuaciones en la Escala de Miedo a Volar (EMV), que puntuaban 61 al comienzo del tratamiento (siendo 84 el máximo) y 11 tras el tratamiento, también nos indican la eficacia del procedimiento terapéutico seleccionado. La subescala en la cual se concentra la mayor parte de la puntuación de EMV es la de miedo durante el vuelo (MDV) y se trata de valores mínimos. Tras el tercer y último pase de la Escala de miedo a volar, realizado en el seguimiento tras la exposición en vivo al vuelo, la puntuación bajó hasta 0. Confirmándose así la eficacia terapéutica del tratamiento en su totalidad.

Los autorregistros completados por el paciente nos ayudaron a corroborar la eficacia del programa de desensibilización sistemática elaborado, aun habiendo sido difíciles de superar algunos ítems de la jerarquía.

Las sensaciones fisiológicas experimentadas durante una película, noticias o cualquier estímulo relacionado con la fobia sin implicar estar en un avión desaparecieron en casi

su totalidad, viéndose aumentada únicamente la frecuencia respiratoria en ciertos momentos, pero sin que ello suponga entrar en estados ansiosos.

A los pocos días de finalizar la octava sesión del tratamiento, el paciente cogió el vuelo que teníamos como objetivo que pudiese tomar. Durante el seguimiento tras la vuelta de viaje, el paciente comentó haber sentido algo de ansiedad durante el vuelo, pero que los ejercicios practicados en consulta y en casa le sirvieron de práctica antes de la vuelta y de este modo el segundo vuelo fue incluso mejor.

TABLA 4. Prueba de evitación conductual

	Imágenes	Sesión 1	Sesión 6	Sesión 8
1	Escenas de aviones volando	8	0	0
2	Gente caminando por un aeropuerto	7	5	0
3	Escenas varias dentro de un avión	9	2	1
4	Aviones accidentándose	10	4	1

TABLA 5. Resultados pre- evaluación y post-evaluación

Variables	Pre-evaluación	Post-evaluación
Ansiedad (Beck Anxiety Inventory – BAI; Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988)	33	8
Escala de Miedo a Volar (EMV) de Sosa et al. (1995)	61	11
Aumento de la frecuencia respiratoria	Presencia	Presencia menor
Taquicardias	Presencia	Ausencia

Discusión

Tras lo expuesto, y obtenidos los resultados de las evaluaciones administradas al paciente en cuestión, podemos afirmar que el tratamiento ha cumplido con su objetivo terapéutico sobre la fobia a viajar en avión, fobia que se caracteriza por presentar manifestaciones que complican su tratamiento. La intervención realizada puede ser comparada con la realizada por Juan I. Capafóns, Carmen D. Sosa y Pedro Averó (1997) en lo que a instrumentos de intervención se refiere. En ella, Capafóns et al. (1997) hacen uso del entrenamiento en respiración y relajación, insistiendo en la práctica en casa, y como concluyen en su trabajo, la relajación suficientemente entrenada puede cumplir su papel como respuesta antagónica de la ansiedad. Y al igual que en su trabajo, nosotros hemos hecho uso del entrenamiento en detención del pensamiento, al enseñar al paciente a generar alternativas cuando aparezcan pensamientos que pueden activar la señal de alarma y desembocar en estados fisiológicos ansiosos. Además, en su trabajo demuestran la validez de la Desensibilización sistemática como herramienta central del tratamiento. No es de extrañar que se trate de una de las estrategias más utilizadas en los tratamientos de este tipo (Canton, 1974; Howard, Murphy y Clarke, 1983; Sank, 1976; Scrignar, Swanson y Bloom, 1973) ya que es demasiado difícil, por no decir casi imposible, para el terapeuta controlar la exposición al estímulo fóbico en casos como éste. Tratamientos que incluyen detención del pensamiento y entrenamientos en respiración y relajación demuestran eficacia terapéutica sin necesidad de tomar un vuelo (Herrero, 1998).

Un trabajo que hemos de destacar aquí, es el de Rubio, Cabezuelo y Castellano (1996) ya que cuenta con el mismo número de sesiones que nuestro tratamiento, ocho, así como con los instrumentos utilizados (EMV). Al igual que en nuestra intervención, proporcionaron información relacionada con la aeronáutica, emplearon la desensibilización sistemática como eje central del tratamiento (diferiendo únicamente en que en el trabajo de Rubio, Cabezuelo y Castellano (1996) se incluye el componente de aplicación en grupo). Nuestra intervención se aleja de la mencionada en cuestión en lo que a exposición en vivo se refiere, siendo un componente inexistente en nuestro tratamiento. Al igual que en su trabajo, nosotros también

encontramos eficacia terapéutica basada en las comparaciones de las medidas pre y post intervención.

Como antecedentes históricos de la línea de tratamiento escogido, podemos encontrar los trabajos de Anderson (1919), en los que utiliza una técnica denominada "Recuperación Paulatina". Esta técnica consistía en la elaboración de una jerarquía de ítems relacionados con la aeronáutica por los cuales el paciente debía pasar en orden. Esta técnica parece guardar similitudes con la Desensibilización sistemática elaborada por Wolpe en 1958 (Herrero, 1998).

Respecto a la prueba de evitación conductual que administramos durante el desarrollo del tratamiento, cabe destacar que nos sirvió para confirmar la adecuación del tratamiento seguido con los objetivos perseguidos durante el desarrollo del mismo y además, sirvió como preparación para el paciente de cara a enfrentar situaciones relacionadas con el estímulo fóbico.

Optamos por la respiración abdominal como principal técnica de relajación frente a la actividad ansiógena producida por los elementos de la jerarquía de la Desensibilización sistemática.

En nuestro país un estudio de caso presentado por Bados y Genís (1988), se mostró eficaz a la hora de conseguir que el paciente en cuestión consiguiese volar sin problemas. Este caso contaba con situaciones jerarquizadas como en la Desensibilización sistemática e incluía un componente de entrenamiento en relajación (Herrero, 1998)

En general, los resultados del tratamiento pueden calificarse como satisfactorios, puesto que el paciente consiguió volar sin que ello le generase apenas ansiedad. Al volver de las vacaciones reportó que durante la estancia en el destino practicó las técnicas aprendidas en consulta y de este modo la vuelta fue mucho mejor que la ida.

Referencias bibliográficas

Agras, S., Sylvester, D., & Oliveau, D. (1969). The Epidemiology of Common Fears and Phobias. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 151-156.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (40 Edición) (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Arnarson, E.Ö., Tómasdóttir, N.H. & Þorsteinsson, E.B. (1992, Septiembre). Cognitive-behavioural treatment of fear of flying; 16-30 months follow-up. Comunicación presentada en el XXII Congreso Anual de la Asociación Europea de Terapia de Conducta, Coimbra.

- Bados, A. (2005). *Trastorno de ansiedad generalizada*. Universidad de Barcelona.
- Bados, A. & Genís, F. (1988). Tratamiento de una fobia a volar. En D. Macià & F.X. Méndez (Eds.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta*, (pp. 40-55). Madrid: Pirámide.
- Barlow, D.H., Esler, J.L. y Vitali, A.V. (1998). Psychosocial treatment for panic disorders, phobias, and generalized anxiety disorders. En P.E. Nathan y J.M. Gorman (eds.), *A guide to treatments that work* (pp. 288-318). Nueva York: Oxford University Press.
- Beck, A.T., Epstein, N., Brown, G. y Steer, R.A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Canton-Dutari, A. (1974). El uso de la desensibilización sistemática en el tratamiento de la fobia a los viajes en avión. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 6, 151-156.
- Capafóns, J.I., Alvero, P., Sosa, C.D. y López-Curbelo, M. (1999). Fobia a viajar en avión: Valoración de un programa de exposición. *Psicología Conductual*, 7, 119-135.
- Capafóns, J.I., Sosa, C.D., y Alvero, P. (1997). La desensibilización sistemática en el tratamiento de la fobia a viajar en transporte aéreo. *Psicothema*, 9, 17-25.
- Cummings, T.W. (1989). Flying Phobia. En C. Lindemann (Ed.), *Handbook of Phobia Therapy: Rapid Symptom Relieve in Anxiety Disorders* (pp. 161-179). Northvale, NY: Aronson.
- Deran, R. & Whitaker, K. (1980). Fear of flying: Impact on de U.S. Air Travel Industry. Boeing Company Document #BCS-00009- RO/OM.
- Ekeberg, O, Seeberg, I. & Ellertsen, B.B. (1989). The Prevelence of Flight Anxiety in Norway. *Nord Psykiatr Tidsskr*, 43, 443-448.
- Eysenck, M. W. (1997). *Anxiety and Cognition: A Unified Theory*. London: Psychology Press.
- Eysenck, M. W. & Eysenck, W. (2007). La teoría de los cuatro factores y los trastornos de ansiedad. *Ansiedad y Estrés*, 13, 291-302.
- Herrero Fernández, M. (1998). *Un programa basado en la auto-regulación como estrategia de intervención para la fobia a viajar en transporte aéreo* (Tesis de doctorado). Universidad de la Laguna.
- Himle, J.A., McPhee, K., Cameron, O.G., & Curtis, G.C. (1989). Simple phobia: Evidence for heterogeneity, *Psychiatry Research*, 28, 25-30.
- Howard, W.A., Murphy, S.M, & Clarke, J.C. (1983). The nature and treatment of fear of flying: a contro-lled investigation. *Behavior Therapy*, 14, 557-567.

- Kase, L., & Ledley, D. (2007). *Wiley Concise Guide to Mental Health: Anxiety Disorders*. Tampa, FL: John Wiley & Sons.
- Lipsitz, J.D., Barlow, D.H., Mannuzza, S., Hofmann, S.G. y Fyer, A.J. (2002). Clinical features of four DSM-IV specific subtypes. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 471-478.
- Marks, I.M. (1987): *Fears, phobias and rituals* (vol. I y II). Oxford: Oxford University Press.
- Nordlund, C.L. (1983). A questionnaire of Swedes' fear of flying. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 12, 150-168.
- Rubio, V.J., Cabezuelo, F.J. y Castellano, M.A. (1996). El miedo a volar en avión. Un problema frecuente con una solución al alcance. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sánchez Navarro, Juan Pedro, & Martínez Selva, José María. (2009). Reactividad fisiológica periférica y actividad cerebral en las fobias específicas. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(1), 43-54.
- Sank, L.I. (1976). Counterconditioning for a flight phobia. *Social Work Journal*, 21, 318-319.
- Scrignar, C.B., Swanson, W.C., & Bloom, W.A. (1973). Case histories and shorter communications. *Behav. Res. & Therapy*, 1973, 11, 129-131.
- Sosa, C.D., Capafóns, J.I., Viña, C.M., & Herrero, M. (1995). La evaluación del miedo a viajar en avión: Estudio psicométrico de dos instrumentos de tipo autoinforme. *Psicología Conductual*, 3, 133-158.
- Tortella-Feliu M, Fullana MA, Bornas X. Características clínicas del miedo fóbico a volar en avión. *Psicología Conductual*. 2001;9:63-78.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, Ca: Stanford University Press.