

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

**«Un programa basado en la auto-regulación como
estrategia de intervención para la fobia a viajar en
transporte aéreo»**

**Autor: Manuel herrero Fernández
Director: Dr. D. Juan I. Capafons Bonet
Dr. D. Antonio Capafons Bonet**

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos
Psicológicos**

AGRADECIMIENTOS

A mis directores y amigos, los Doctores Juan I. Capafóns y Antonio Capafons por su dual, fraterno y cordial apoyo, por todos los conocimientos que me han aportado con su enriquecedora acentuación distintiva y el aliento que en todo momento me han transmitido.

A la Doctora Carmen D. Sosa, por sus sabios consejos, su disponibilidad de amiga más que de compañera y su constante estímulo.

Al Doctor Conrado Viña porque su amistad se ve reflejada, en todo momento, en su disponibilidad, ayuda, apoyo y ánimos.

A mis compañeros de investigación los doctores Marisela López y Pedro Avero porque me han ayudado siempre que se lo he pedido.

A Agustín, Amparo, Carmen y Salva, por haberme adiestrado en la técnica de forma tan competente y amable.

A Juan Francisco, Tere, Elena, Alicia e Irene por la ayuda prestada, especialmente por las pruebas administradas y los datos introducidos en el ordenador.

A todos los compañeros del Departamento que en un momento dado me han ayudado y dado ánimos: Pablo, Juanma, Ignacio, Laste, Saro, Mónica, Frank, Conchi, etc.

A los doctores Juan Camacho y Pedro Prieto, por toda la ayuda prestada.

A todos los pacientes, por su colaboración y participación en este trabajo.

A mi familia, muy especialmente a mi madre, por su gran apoyo, cariño y ánimos.

A Cande, cuyo apoyo en los momentos precisos hizo que esta tesis haya visto su fin.

A todos, GRACIAS

A Cande

ÍNDICE

I. PARTE TEÓRICA

I.1. JUSTIFICACIÓN DE ESTE TRABAJO.....	13
I.2. ALGUNOS DATOS SOBRE LA FOBIA A VOLAR EN AVIÓN	19
I.2.1. ALGUNAS NOTAS SOBRE LA PREVALENCIA DE LA FOBIA A VOLAR.....	21
I.2.2. ALGUNOS DATOS PSICOPATOLÓGICOS	24
I.2.3 ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS MÁS EMPLEADAS	30
I.2.3.1. ESTRATEGIAS CON ÉNFASIS CONDUCTUAL.	31
I.2.3.2. ESTRATEGIAS CON ÉNFASIS COGNITIVO.	36
I.2.3.3. ESTRATEGIAS MIXTAS.....	39
I.2.3.4. ESTRATEGIAS QUE UTILIZAN HIPNOSIS.	43
I.3. SOBRE LA AUTO-REGULACIÓN EMOCIONAL.....	49
I.3.1. LA HIPNOSIS.....	51
I.3.1.1. LA HIPNOSIS COMO CATALIZADOR TERAPÉUTICO.....	51
I.3.1.2. RECORRIDO HISTÓRICO-CONCEPTUAL DE LA HIPNOSIS.....	54
I.3.1.3. TEORÍAS DE LA HIPNOSIS, HOY	65
I.3.2. LA TERAPIA DE AUTO-REGULACIÓN EMOCIONAL	70
I.3.2.1. DIFERENCIAS CON LA HIPNOSIS TRADICIONAL.....	71
I.3.2.1.1. LA HIPNOSIS DESPIERTA.	71
I.3.2.1.2. ÉNFASIS EN EL AUTOCONTROL.	72
I.3.2.1.3. INCREMENTO DE LA SUGESTIONABILIDAD.	74
I.3.2.2. EL MODELO DE LA TERAPIA DE AUTO- REGULACIÓN.....	75
I.3.2.3. ÁREAS DE APLICACIÓN DE LA TÉCNICA	77

II. PARTE EXPERIMENTAL

II.1 METODOLOGÍA GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA.....	85
---	----

II.1.1 OBJETIVOS Y PRINCIPALES PREDICCIONES DE ESTE TRABAJO	87
II.1.2 PARTICIPANTES	90
II.1.2.1 SELECCIÓN DE LAS PERSONAS QUE TOMARON PARTE EN ESTE ESTUDIO.....	90
II.1.2.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON FOBIA A VOLAR QUE PARTICIPARON EN ESTE ESTUDIO.....	95
II.1.2.3 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS SIN MIEDO A VOLAR QUE PARTICIPARON EN ESTE ESTUDIO	98
II.1.3 INSTRUMENTOS.....	101
II.1.3.1 LA ENTREVISTA: INFORMACIÓN DIAGNOSTICA GENERAL SOBRE FOBIA A VOLAR (IDG-FV).....	102
II.1.3.2 INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS SOBRE MIEDO A VOLAR.....	103
II.1.3.3 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA.....	110
II.1.3.4 INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE RELAJACIÓN.....	115
II.1.3.5 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y DE EXPECTATIVAS DE ÉXITO TERAPÉUTICO.....	116
II.1.3.6 ESCALA DE AUTO-REGULACIÓN EMOCIONAL.....	120
II.1.3.7 MATERIAL AUXILIAR.....	121
II.1.4 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO	122
II.1.5 DISEÑO Y PROCEDIMIENTO EMPLEADOS.....	128
II.2 RESULTADOS.....	133
II.2.1 PRIMEROS RESULTADOS: HOMOGENEIDAD DE LOS GRUPOS.....	136
II.2.1.1 VARIABLES DE DEMOGRÁFICAS.....	136
II.2.1.2 VARIABLES DEPENDIENTES.....	142
II.2.1.2.1 Preguntas de la Entrevista IDG-FV.....	143
II.2.1.2.2 Escalas de Miedo a Volar.....	144

II.2.1.2.3	Ansiedad Situacional Subjetiva (AS).....	144
II.2.1.2.4	Registros Psicofisiológicos en el TEMV-SAVA.....	146
II.2.1.3	VARIABLES DE GENERALIZACIÓN	150
II.2.1.3.1	Escalas de Capacidad de Relajación	150
II.2.1.3.2	Escalas de Miedos en General	151
II.2.1.3.3	Escalas de Estrategias de Afrontamiento	153
II.2.1.3.4	Escalas de Sintomatología Psicopatológica	153
II.2.2	EFFECTOS DE LA MANIPULACIÓN DE LA	
VARIABLE INDEPENDIENTE	199	
II.2.2.1	ANÁLISIS INTRAGRUPPO	155
II.2.2.1.1	Diferencias Bivariadas Intragruppo en el Grupo	
	Control	156
II.2.2.1.1.1	Preguntas de la IDG-FV	156
II.2.2.1.1.2	Escalas de Miedo a Volar.....	157
II.2.2.1.1.3	Ansiedad Situacional Subjetiva (AS).....	158
II.2.2.1.1.4	Registros Psicofisiológicos en el TEMV-SAVA.....	160
II.2.2.1.2	Diferencias Bivariadas Intragruppo en el Grupo	
	Experimental	164
II.2.2.1.2.1	Preguntas de la IDG-FV	164
II.2.2.1.2.2	Escalas de Miedo a Volar.....	166
II.2.2.1.2.3	Ansiedad Situacional Subjetiva (AS).....	167
II.2.2.1.2.4	Registros Psicofisiológicos en el TEMV-SAVA.....	169
II.2.2.2	ANÁLISIS INTERGRUPOS DESPUÉS DEL	
TRATAMIENTO O PERÍODO DE ESPERA.....		174
II.2.2.2.1	Preguntas de la IDG-FV-Post	174
II.2.2.2.2	Escalas de Miedo a Volar.....	176
II.2.2.2.3	Ansiedad Situacional Subjetiva (AS).....	177
II.2.2.2.4	Registros Psicofisiológicos en el TEMV-SAVA.....	178
II.2.3	EFFECTOS DE GENERALIZACIÓN	184
II.2.3.1	ANÁLISIS INTRAGRUPPO	184
II.2.3.1.1	Diferencias Bivariadas Intragruppo en el Grupo	
	Control	185
II.2.3.1.1.1	Escalas de Capacidad de Relajación	185
II.2.3.1.1.2	Otros Miedos	186

II.2.3.1.1.3 Estrategias de Afrontamiento	187
II.2.3.1.1.4 Sintomatología Psicopatológica.....	188
II.2.3.1.2 Diferencias Bivariadas Intragrupo en el Grupo	
Experimental	190
II.2.3.1.2.1 Escalas de Capacidad de Relajación	190
II.2.3.1.2.2 Otros Miedos	190
II.2.3.1.2.3 Estrategias de Afrontamiento	192
II.2.3.1.2.4 Sintomatología Psicopatológica.....	193
II.2.3.2 ANÁLISIS INTERGRUPOS EN EL SEGUNDO	
PASE DE PRUEBAS 245	
II.2.3.2.1 Escalas de Capacidad de Relajación	195
II.2.3.2.2 Escalas de Miedos en General	195
II.2.3.2.3 Estrategias de Afrontamiento	197
II.2.3.2.4 Escalas de Sintomatología Psicopatológica	198
II.2.4 GRADO DE EFICACIA DEL PROGRAMA	200
II.2.4.1 GRADO DE EFICACIA DEL PROGRAMA A TRAVÉS	
DE LA IDG-FV.....	201
II.2.4.2 GRADO DE EFICACIA DEL PROGRAMA: ANÁLISIS	
MULTIVARIADO.....	204
II.2.4.2.1 Una Comprobación Previa en las Medidas del	
Primer Pase de Pruebas	204
II.2.4.2.2 Poder Discriminativo Multivariado en el Segun-	
do Pase de Pruebas	207
II.2.4.3 COMPARACIONES ENTRE LOS GRUPOS	
FÓBICOS Y EL GRUPO SIN MIEDO A VOLAR	211
II.2.5 SEGUIMIENTO: MANTENIMIENTO DE LOS	
RESULTADOS A LOS SEIS MESES DE APLICACIÓN DEL	
PROGRAMA	218
II.2.5.1 ESTIMACIÓN DEL MANTENIMIENTO DE LOS	
RESULTADOS A TRAVÉS DE LA ENTREVISTA (IDG-FV E	
IDG-FV-post)	219
II.2.5.2 MANTENIMIENTO DE RESULTADOS EN LAS	
ESCALAS DE MIEDO A VOLAR, DE ANSIEDAD SITUACIONAL	
Y EN LOS REGISTROS PSICOFISIOLÓGICOS	220

II.2.5.2.1 Comparaciones Pase Post-Tratamiento frente a Pase de Seguimiento.....	221
II.2.5.2.2 Comparaciones Pase Pre-Tratamiento frente a Pase de Seguimiento.....	224
II.2.5.3 MANTENIMIENTO DE LOS RESULTADOS EN: ESCALAS DE CAPACIDAD DE RELAJACIÓN.....	227
II.2.5.3.1 Comparación Pase Post-Tratamiento frente a Pase de Seguimiento (CAP-REL).....	227
II.2.5.3.2 Comparación Pase Pre-Tratamiento frente a Pase de Seguimiento (CAP-REL)	228
II.2.5.4 MANTENIMIENTO DE LOS RESULTADOS EN: ESCALAS DEL INVENTARIO DE MIEDOS.....	229
II.2.5.4.1 Comparación Pase Post-Tratamiento frente a Pase de Seguimiento (IM).....	229
II.2.5.4.2 Comparación Pase Pre-Tratamiento frente a Pase de Seguimiento (IM).....	231
II.2.5.5 MANTENIMIENTO DE LOS RESULTADOS EN: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.....	232
II.2.5.5.1..... Comparación Pase Post-Tratamiento frente a Pase de Seguimiento (ESAFAC)	232
II.2.5.5.2 Comparación Pase Pre-Tratamiento frente a Pase de Seguimiento (ESAFAC).....	233
II.2.5.6 MANTENIMIENTO DE LOS RESULTADOS EN: ESCALAS DE SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA.....	234
II.2.5.6.1 Comparación Pase Post-Tratamiento frente a Pase de Seguimiento (PSI-2).....	234
II.2.5.6.2 Comparación Pase Pre-Tratamiento frente a Pase de Seguimiento (PSI-2).....	235
II.2.6 PREDICCIÓN DE LOS RESULTADOS TERAPÉUTICOS	238
II.2.6.1 CORRELACIONES ENTRE EL ÉXITO TERAPÉUTICO Y LA DISTINTAS ÁREAS.....	239
II.2.6.1.1 Variables demográficas	240
II.2.6.1.2 Variables del miedo a viajar en avión	241

II.2.6.1.3	Variables de Ansiedad Situacional	242
II.2.6.1.4	Otros Miedos y Sintomatología Psicopatológica	243
II.2.6.1.5	Variables de Capacidad de Relajación	245
II.2.6.1.6	Variables de Evaluación de las Estrategias de Afrontamiento Terapéutico	246
II.2.6.1.7	Variables de las Expectativas de Éxito Terapéutico.....	247
II.2.6.1.8	Variables de la Escala de Auto-Regulación.....	248
II.2.6.2	RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES COMPROMETIDAS CON EL ÉXITO TERAPÉUTICO.....	249
II.2.6.3	ANÁLISIS DE REGRESIÓN CON LAS VARIABLES PREDICTORAS	251
II.2.6.4	ANÁLISIS DISCRIMINANTE ENTRE LOS GRUPOS EXTREMOS DE ÉXITO.....	253

III. RESUMEN Y CONCLUSIONES

IV. REFERENCIAS

V. APÉNDICES

I. PARTE TEÓRICA

I.1. JUSTIFICACIÓN DE ESTE TRABAJO

Este trabajo está enmarcado en una investigación mucho más amplia que el Dr. Juan I. Capafóns Bonet ha venido dirigiendo en el transcurso de esta década. Ese estudio se ha ocupado de la fobia a volar en avión a través de dos proyectos de investigación que han sido subvencionados por la Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno Autónomo de Canarias. Estos proyectos denominados "*Estudio Psicopatológico y Estrategias de Intervención para la Fobia a Viajar en Transporte Aéreo*", el primero, y "*La Fobia a Viajar en Avión: Estudio de los Determinantes de Éxito Terapéutico*", el segundo, tenían como objetivo primordial profundizar en el conocimiento de una fobia que tradicionalmente había recibido poca atención, tanto en el área de la descripción y explicación psicopatológicas, como en la esfera de los tratamientos psicológicos diseñados con el objetivo de eliminar el trastorno o, al menos, de paliarlo en la medida de lo posible.

La escasa atención prestada a este trastorno fóbico no se justifica si tenemos en cuenta que existen autores que han señalado que la fobia a volar es la fobia específica más común de todas las que se conocen (Cummings, 1989), y, como veremos en el capítulo siguiente, tiene una prevalencia que los diversos autores que han realizado estudios sobre el tema sitúan en torno al diez por ciento de la población general (Agras, Sylvester, & Oliveau, 1969; Arnarson, Tómasdóttir, & Þorsteinsson, 1992; Deran & Whitaker, 1980; Ekeberg, Seeberg, & Ellertsen, 1988; 1989; Nordlund, 1983).

Por otra parte, la relevancia del estudio de la fobia a volar y de la elaboración de posibles tratamientos para superarla, cobra una importancia especial si consideramos, por un lado, el ámbito geográfico de Canarias, que dado su carácter insular no deja más alternativas de transporte que el barco y el avión. Por otro lado, en la actualidad los desplazamientos por motivos laborales, personales o vacacionales están a la orden del día, y si tenemos presente la importancia de la rapidez en la mentalidad de las personas que

forman la sociedad que nos ha tocado vivir, es lógico que el avión sea el medio de transporte de elección preferencial. Por ello, es obvio que las posibilidades de desarrollo personal y/o profesional quedan drásticamente reducidas si un miedo atroz invade a una persona cada vez que se decide a utilizar este medio para trasladarse. Medio de transporte que, no obstante, según las estadísticas ha demostrado ser mucho más seguro que desplazarse en coche, en tren, o en barco e, incluso, menos peligroso que realizar otras actividades tan cotidianas para el hombre, como puedan ser permanecer en casa o, simplemente, pasear por la calle (Greco, 1989).

Como señalamos más arriba, este trabajo se incardina dentro de un amplio proyecto de investigación sobre la fobia a volar en avión, que ha ido cumpliendo los objetivos que se marcó en su momento y que ha ampliado el conocimiento existente sobre el mencionado trastorno. En concreto, se han abordado tres áreas: evaluación, estudio psicopatológico e intervención psicológica. En el área de la evaluación se ha realizado una labor de validación y puesta a punto de instrumentación específica, tanto por lo que se refiere a herramientas de autoinforme (Sosa, J.I. Capafóns, Viña, & Herrero, 1995) como de registro psicofisiológico (J.I. Capafóns, Sosa, Herrero, & Viña, 1997). En el área psicopatológica, el trabajo realizado se ha plasmado en un estudio descriptivo del fenómeno (Sosa, Bastarrica, Viña, & Herrero, 1993). Por lo que respecta al área de intervención, se han elaborado y puesto a prueba cuatro programas de intervención estandarizados que describimos a continuación.

La primera de las estrategias de intervención (Avero, 1996), está basada en la famosa y ya clásica técnica de la Terapia de Conducta, elaborada por Wolpe (1958) y denominada Desensibilización Sistemática. A esta estrategia se le ha añadido una versión modificada de la técnica de Detención del Pensamiento (J.I.

Capafóns, 1992) y técnicas de relajación breve para favorecer la exposición in vivo.

El segundo paquete terapéutico puesto a prueba por este equipo de investigación, se denomina Entrenamiento Reatribucional (Viña, 1996). Este programa de tratamiento psicológico se basa en la combinación de distintas aportaciones relativamente recientes tanto del campo de la terapia cognitivo-conductual, como de otras aproximaciones de carácter marcadamente más cognitivo como son las teorías de la atribución (Heider, 1944; 1958). Esta estrategia terapéutica resulta novedosa por dos motivos fundamentales: el primero, porque se trata de un acercamiento que no ha recibido demasiada atención dentro del campo de la terapia psicológica y, el segundo, porque nunca hasta ahora se había empleado como estrategia de intervención para la eliminación del trastorno fóbico que nos ocupa.

El tercer programa de intervención para el tratamiento de la fobia a volar que se ha puesto en marcha por este equipo de investigación (López, 1996), utiliza fundamentalmente estrategias de Biofeedback, basadas en los estudios realizados por el grupo de trabajo de Miller (Dicara & Miller, 1968; Miller, 1961; 1964; Miller & Banuazizi, 1968; Miller & Carmona, 1967; Miller & Dicara, 1967), y por otros autores (Kamiya, 1968; Mulholland, 1977).

La elaboración y puesta a prueba de la cuarta y última estrategia terapéutica para la fobia a volar, constituye el objetivo que ha perseguido este trabajo de tesis doctoral. Como señala el título de la misma, está basada en una técnica llamada *Terapia de Auto-Regulación Emocional* (Amigó, 1990, 1992a). Esta técnica se basa en la visión cognitivo-comportamental o socio-psicológica de la hipnosis, que no considera necesario remitirse a los conceptos tranceáticos, de estados de conciencia especiales de las teorías tradicionales, para entender la naturaleza de la hipnosis. Por el contrario, la visión

teórica de la que se nutre la Terapia de Auto-Regulación Emocional, se fundamenta en la desmitificación de la hipnosis y de la sugestión como fenómenos esotéricos, en la comprobación de que la conducta y la experiencia hipnótica están sujetas a las mismas variables que el comportamiento y la fenomenología no hipnóticos, y en la constatación de que la conducta hipnótica es, ante todo, una conducta social.

A continuación, dedicaremos los siguientes capítulos a presentar información acerca de la fobia a volar, su prevalencia en la población, sus características psicopatológicas, y presentaremos una breve revisión de las estrategias de intervención que con este trastorno se han ido utilizando a lo largo del tiempo. Posteriormente, nos centraremos en la exposición de las bases teóricas de la Terapia de Auto-Regulación Emocional, y presentaremos una síntesis de las distintas perspectivas teóricas desde las que se ha abordado la hipnosis. Para finalizar esta parte teórica, se realizará una descripción del modelo de la Terapia de Auto-Regulación, y de los resultados obtenidos en las diversas áreas donde se ha aplicado la técnica.

I.2. ALGUNOS DATOS SOBRE LA FOBIA A VOLAR EN AVIÓN

1.2.1 ALGUNAS NOTAS SOBRE LA PREVALENCIA DE LA FOBIA A VOLAR

Recientemente algunos autores (Antony & Barlow, 1997) han afirmado que la fobia específica es el diagnóstico más frecuente de todos los trastornos por ansiedad, y, según Cummings (1989), parece que es la fobia a volar en avión la fobia específica más común de todas las informadas. Para llegar a estas conclusiones se han basado en estudios de prevalencia como los que pasamos seguidamente a considerar.

El primer estudio epidemiológico que se llevó a cabo en el área fue el realizado por Agras et al. en 1969. Estos autores realizaron su investigación en Burlington, una ciudad norteamericana de tamaño medio. Basándose en entrevistas y escalas de calificación, encontraron que un 20% de la población sufría un malestar moderado y un 10% añadido experimentaba un intenso miedo a volar en avión. También hallaron que el miedo era más frecuente en las mujeres que en los hombres, en una relación de 2/1. Once años más tarde y en el mismo país que el estudio anterior, Deran y Whitaker (1980) remitieron a la compañía Boeing el informe que ésta les había solicitado acerca de la prevalencia de la fobia. Los datos que arrojó ese informe (documento de la compañía Boeing citado en Greco, 1989), eran bastantes similares a los del trabajo de Agras y colaboradores: un 10% de la población padecía un miedo tan intenso que provocaba una evitación significativa o fobia, y un 14% más experimentaba ansiedad y volaba a costa de un malestar considerable. En total, estimaron que un 25% de la población general adulta sufría de miedo o ansiedad significativa mientras volaba en avión.

Si los primeros estudios de prevalencia fueron realizados por investigadores norteamericanos, el transcurso de la década de los ochenta supuso la toma del relevo en esta tarea por parte de los

Europeos, especialmente por los del norte. Así, Nordlund (1983) realizó su trabajo epidemiológico sobre una muestra aleatoria de dos mil personas en Suecia. A través de los cuestionarios que les devolvieron, extrajeron los resultados siguientes: un 10% de la población sueca se sentía absolutamente incapaz de viajar en avión, y entre un 20% y un 30% más, viajaba a costa de soportar un malestar considerable en los vuelos que realizaba. Del total de la muestra utilizada, hasta un 50% de los encuestados experimentó algún nivel de aprensión durante el vuelo (Nordlund no presentó sus datos separados por la variable sexo).

En otro país escandinavo, Noruega, el grupo de trabajo de Ekeberg ha realizado dos estudios epidemiológicos sobre la fobia a volar en avión (Ekeberg et al., 1988, 1989). El primero de ellos se realizó a partir de los datos obtenidos en ocho vuelos domésticos seleccionados al azar. Durante el vuelo, 315 pasajeros cumplieron un breve cuestionario. Los resultados del trabajo mostraron que un 48% de los pasajeros encuestados sufría algún nivel de ansiedad siempre que volaba, y un 2% de ellos reunía los criterios para poder afirmar que padecían una fobia a volar en avión. Este último dato es altamente significativo si tenemos en cuenta el lugar en que contestaron todos los participantes del estudio. Los autores informaron que las mujeres experimentaban de modo significativo un mayor grado de ansiedad en el vuelo que los hombres.

El segundo de los estudios realizados por el grupo de trabajo de Ekeberg fue llevado a cabo sobre el conjunto de la población noruega de 18 a 75 años de edad. Utilizaron una muestra representativa de 790 personas que contestaron un cuestionario elaborado al efecto. Encontraron que la población general adulta padecía algún grado de miedo en una cifra similar a la del estudio anterior, exactamente el 46%. Del total de la muestra utilizada los autores clasificaban a un 8% como fóbicos a volar en avión. Este

porcentaje lo distribuían en tres niveles: un 5% correspondía a aquellas personas que nunca volaban a causa de la ansiedad, un 1% que a veces evitaba volar debido a que siempre que lo hacía experimentaba mucho miedo y, finalmente, un 2% que no presentaba conducta de evitación pero siempre que volaba experimentaba un alto grado de miedo. Este nuevo estudio de los autores noruegos también reflejó que las mujeres alcanzaban unas puntuaciones de miedo significativamente superiores a las obtenidas por los hombres.

Para concluir la presentación de los estudios epidemiológicos realizados, podemos señalar el llevado a cabo en Islandia por Arnarson et al. (1992). Este trabajo se realizó a partir de una muestra aleatoria de 1000 personas, con edades comprendidas entre los 16 y los 75 años. Los autores sólo ofrecieron datos sobre las personas que padecían un intenso miedo a volar en avión. Informaron que casi un 10% de los hombres y alrededor del 25% de las mujeres experimentaba el miedo con esa intensidad, alcanzando a un 17% del conjunto de la muestra estudiada.

A la vista de los estudios presentados, y como señalábamos al comienzo de este capítulo, se puede afirmar que el miedo a volar es un fenómeno común, sobre todo si éste se considera en el amplio rango que va desde la simple aprensión hasta la absoluta incapacidad para subirse a un avión (Ekeberg et al., 1988). Los trabajos revisados aunque no han utilizado idénticos criterios, informan de resultados donde priman más las similitudes que las diferencias. Similitudes que nos permiten entrever que la prevalencia del miedo intenso o fobia a viajar en avión se sitúa en una cifra que giraría alrededor del 10% de la población general. Si en Islandia se llega al 17%, quizás se deba a que en ese país concurren una serie de circunstancias singulares (como la insularidad y las carreteras totalmente intransitables gran parte del año a causa del hielo), que obliga a sus ciudadanos a que consideren

el avión casi como el único medio de transporte. También coinciden la generalidad de estos trabajos en que el trastorno que nos ocupa, se presenta con más frecuencia en el sexo femenino que en el masculino.

Las diferencias de los distintos estudios, sin ser excesivas, se centran en los porcentajes en que cifran el miedo moderado. Sea por la disparidad de criterios utilizados, por las diferentes áreas geográficas en que se han llevado los estudios, por ser diferentes los años en que se llevaron a cabo, o por cualquier otra causa, los estudios americanos sitúan el miedo moderado alrededor del 20% y los europeos en cifras superiores que, en algún caso, se aproximan a la mitad de la población.

Tomados en conjunto los dos niveles de miedo a volar en avión, arrojarían una prevalencia realmente importante, situándose alrededor del tercio de la población general en Estados Unidos; y con un porcentaje cercano (cuando no superado) al 50% de la ciudadanía de algunos países del norte de Europa.

1.2.2. ALGUNOS DATOS PSICOPATOLÓGICOS

El miedo a volar reúne una serie de características que encajan con las reacciones debidas a un miedo fóbico: 1) es excesivo en relación con las demandas de la situación; 2) persiste en el tiempo; 3) no está bajo control voluntario; 4) lleva a la evitación de la situación temida; 5) no es específico de una edad concreta; 6) puede interferir significativamente con la vida de la persona; 7) ésta puede llegar a reconocer que el miedo que siente es absurdo y exagerado; y 8) es desadaptativo. Dadas estas características puede clasificarse, según el DSM-IV (1994), como una fobia específica de tipo situacional.

No obstante, como han señalado Sosa et al. (1993), la fobia a volar es un fenómeno complejo. Una de las razones de esta complejidad es que si bien el miedo está focalizado sobre el hecho de viajar en avión, lo que se teme puede abarcar un amplio rango de estímulos. Así, aunque el resultado final sea más o menos el mismo para muchas personas, los estímulos temidos pueden variar mucho de una a otra (por ejemplo, unos pueden localizar el miedo en el despegue, otros en las turbulencias, y otros en todo el vuelo por igual). Las personas que sufren esta fobia también pueden diferenciarse en si presentan o no ansiedad anticipatoria, y en caso de presentarla, en los elementos que la disparan (el acto de comprar los billetes, preparar las maletas, salir de casa, el taxi, el aeropuerto, etc.).

Otra de las razones que hablan de la complejidad del miedo a volar, que hacen ver que no es un fenómeno unitario, es que se puede descomponer en otros miedos más básicos, siendo cuatro los principales: el miedo a las alturas, a la inestabilidad, a estar encerrado, y a la posibilidad de caer (Howard, Murphy, & Clarke, 1983; Sosa et al., 1993). Además de estos miedos se suelen encontrar otros como el miedo a las muchedumbres y el miedo a la falta de control sobre la situación (Greco, 1989). Estos resultados irían en la línea de lo sugerido por algunos autores (Himle, McPhee, Cameron, & Curtis, 1989), en el sentido de que las fobias específicas situacionales podrían ser consideradas como formas moderadas de agorafobia más que como un trastorno de fobia específica.

Respecto a otras fobias específicas se pueden destacar elementos singulares de la fobia a volar, como el hecho de que no todas las personas que la sufren están fácilmente dispuestas a aceptar que su miedo sea excesivo y, mucho menos, irracional, como han señalado J.I. Capafóns et al. (1997). Además, como última peculiaridad, cabe señalar que la fobia a volar no necesariamente lleva a la evitación conductual absoluta, o esa evitación puede ser totalmente

inexistente, pues muchos individuos pueden viajar en avión aunque sufran de modo muy intenso la experiencia (Howard et al., 1983; Sosa et al., 1993).

Pocos han sido los trabajos donde se han estudiado las características de las personas que sufren de la fobia a viajar en transporte aéreo ya sea en el campo militar o en el campo civil. En el campo militar, el grupo de Aitken ha publicado varios estudios sobre el tema (Aitken, Lister, & Main, 1981; Daly, Aitken, & Rosenthal, 1970). Al comparar a los fóbicos con un grupo control formado con personal de vuelo que no sufría el trastorno, estos autores encontraron diferencias significativas en algunas variables psicofisiológicas (mayor número de fluctuaciones espontáneas y menor habituación a un tono repetitivo en la conductancia de la piel) pero no en variables de personalidad. Respecto a los controles, los fóbicos se distinguieron de modo significativo por haber sufrido más fobias tanto en la infancia como en la vida adulta, tener más historia familiar de accidentes de aviación, y haber experimentado mayor número de problemas maritales o sexuales. Como factores precipitantes de la fobia aparecieron el realizar vuelos con visibilidad muy reducida (nubes o niebla) y el hecho de estar destinados en el extranjero. No obstante, es de destacar de los estudios de Aitken el resultado de que los controles habían sufrido más accidentes de avión y de coche que los fóbicos.

En el campo civil existen diversos autores que han dedicado su atención a este área de trabajo, perfilando una serie de resultados que pasamos a presentar. Por lo que respecta a las características demográficas de edad, estado civil, nivel de ocupación y la variable tener algún hijo, no parece que estén comprometidas con una mayor o menor incidencia de la fobia a volar (Ekeberg et al., 1988). En cambio, en la variable sexo, sí parece claro que la fobia se presenta con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres (Agras et al., 1969; Arnarson et al., 1992; Ekeberg et al., 1988, 1989;

Sosa et al., 1993). No obstante, algunos autores señalan que aunque esa diferencia exista realmente, en parte se justifica porque las mujeres están más dispuestas que los hombres a reconocer su miedo (Ekeberg et al., 1989).

En relación a diversas variables importantes de la infancia, vemos en el estudio realizado en nuestro ámbito geográfico (Sosa et al., 1993), que la presencia e intensidad de miedo a volar en la vida adulta no parece que tenga relación con el nivel de problemas infantiles (por ejemplo, problemas para el control de esfínteres, para la adquisición de hábitos de autonomía o del lenguaje hablado, etc.), pues más del 70% de la muestra no sufrió ninguno de esos problemas. Tampoco parece que tenga relación con el nivel de miedos experimentado en la infancia, a diferencia de lo que vimos que ocurría con el personal militar. En cambio, sí parece que tenga relación con la dificultad para superar esos miedos sufridos, pues a casi el 70% de la muestra estudiada le había costado mucho superarlos o no los habían superado, la mayoría, en el momento de la recogida de la información.

Aparte de la dificultad que puedan tener para superar sus miedos infantiles, los que sufren intensamente de miedo al avión vuelan con una serie de manifestaciones fisiológicas y cognitivas desagradables. Según el estudio señalado de Sosa y colaboradores, en el plano fisiológico, son comunes en casi todas las personas con miedo intenso: la tensión muscular, la sudoración excesiva y taquicardia. Añadidas a éstas suelen presentarse la sensación de nudo en la garganta y de molestias en el estómago. También suelen manifestarse de forma frecuente, la respiración acelerada y temblores en los brazos, las manos o en todo el cuerpo. Todas estas sensaciones en que se concreta el malestar fisiológico percibido de un fóbico al avión, pueden verse incrementadas por sensaciones intensas de opresión en el pecho, náuseas, mareos e, incluso, escalofríos.

Por lo que respecta a las manifestaciones molestas en el área cognitiva de estas personas, se ha encontrado que suelen ser las siguientes: una inquietud muy elevada, sensación intensa de que el miedo les está dominando, dificultades serias para pensar, miedo intenso a llegar a perder el control de sí mismos que, en casos extremos (15%), les conduce a experimentar la desagradable sensación de estar volviéndose locos.

Con todas estas manifestaciones perturbadoras lo que sorprende, como se ha señalado con anterioridad, es el relativo bajo nivel de evitación conductual, pues más de la mitad de la muestra estudiada por Sosa (52,4%), había volado en los 6 meses anteriores al momento de ser entrevistada, y solamente un 15% de las personas llevaba 4 años o más sin volar. Otras formas de evitación conductual que hablan del nivel que puede alcanzar la ansiedad anticipatoria, son: devolver el billete a causa de su miedo o simplemente no haberlo comprado (25%); pensar seriamente en devolver el billete, aunque no se llegue a hacerlo (33%); y, por último, abandonar el aeropuerto o no llegar a presentarse en él (15%). Estos datos indican que, aunque se trate de una variable importante, la conducta de evitación no es lo más característico de los que sufren este trastorno. Y, quizás, se pueda explicar por las características isleñas del ámbito geográfico donde se han obtenido, que obligan a utilizar el avión por ser el medio de transporte más práctico, cuando no el único.

Los que consiguen sobreponerse en alguna medida a la ansiedad anticipatoria, y consiguen estar dentro del avión cuando éste despega, se ven obligados a utilizar algún tipo de estrategia para enfrentarse a las manifestaciones desagradables que experimentan o tienen la convicción de que van a sentir a lo largo del vuelo. Entre las estrategias más utilizadas destacan los fármacos y/o el alcohol, que suelen utilizar en torno al 20% de las personas con miedo intenso a volar según han estimado la mayoría de los autores (Greist & Greist, 1981; Sosa et al., 1993). No obstante, en

Noruega se han informado de porcentajes superiores, considerando que el alcohol es utilizado en alguna ocasión por el 47% de las personas, y los tranquilizantes por el 6% (Ekeberg et al., 1989).

Sin embargo, ni el alcohol ni los tranquilizantes parece que sean eficaces para la mayoría de las personas que los utilizan, pues obtienen algún beneficio de ellos el 30%, y sólo en grado moderado (Sosa et al., 1993). Más eficaces que las dos estrategias anteriores, resultan actividades como el practicar algún tipo de técnica de relajación y el entablar conversación con otras personas del avión. Por último, también según el mismo estudio, las estrategias consistentes en intentar pensar en otros temas o tratar de autoconvencerse de que todo va a ir bien, no parece que resulten muy válidas como instrumentos para enfrentarse a las emociones que elicitaba el avión.

En el estudio de Sosa que venimos mencionando, también se exploró la posible existencia del trastorno en la familia del entrevistado. Los resultados indican que no hay un único patrón de resultados, distribuyéndose los porcentajes casi por igual, siendo un 55% los que informan que tienen familiares sufriendo el mismo trastorno, y un 45% los que señalan lo contrario.

Para finalizar este recorrido por algunas de las notas que caracterizan al miedo a volar, cabe señalar otro aspecto estudiado por el trabajo citado: el relativo a los determinantes del miedo que informan los que sufren de miedo intenso a volar en avión. Aunque el 34,5% de esas personas no había detectado durante sus vuelos ningún incidente significativo al que atribuir la responsabilidad de su fobia, el resto sí experimentó incidentes negativos que consideraban como causa relevante de la aparición de su miedo. Entre los percances indicados con más frecuencia se encuentran el volar bajo condiciones meteorológicas adversas y el que el piloto realizara maniobras bruscas y/o extrañas. Otros eventos señalados fueron, aunque en menor medida, el observar malestar en otros

pasajeros y el haberse encontrado físicamente mal durante el vuelo. Aparte de estos aspectos relacionados con el vuelo, algunas personas con miedo intenso manifestaron que habían tenido más importancia como precipitantes de su miedo cuestiones más indirectas como: las narraciones sobre experiencias negativas vividas por otras personas, las noticias de accidentes aéreos de los medios de comunicación y las películas sobre catástrofes aéreas. A partir de estos resultados podemos decir, como ya señaló Burrows (1978), que la mayoría de las personas inician su fobia al avión con alguna experiencia traumática. y también como ocurre con otras fobias, puede originarse debido a experiencias vicarias y a transmisiones de información verbal por parte de terceros (Sosa & J.I. Capafóns, 1995).

A modo de conclusión de este capítulo podemos decir, como ya han resaltado algunos autores (J.I. Capafóns, 1995; Sosa et al., 1993), que el fenómeno del miedo a volar en avión supone una intrincada red de singularidades, que es necesario tener en cuenta para poder realizar con precisión cualquier estudio psicopatológico sobre el tema. Como hemos ido viendo, no se encuentra un único patrón de resultados y, aunque los individuos que sufren el trastorno comparten un mismo miedo, las diferencias encontradas exigen la utilización de un modelo amplio de interpretación.

1.2.3. ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS MÁS EMPLEADAS

Como veremos a lo largo de este capítulo, muchos de los programas terapéuticos utilizados para eliminar la fobia a volar en avión incluyen más de una técnica o procedimiento de intervención, por lo que una revisión de los trabajos realizados en este área se puede presentar de muy distintas maneras. Nosotros hemos clasificado los estudios considerados en cuatro bloques: en el primero, incluiremos aquellos estudios que se han basado esencialmente en estrategias conductuales para lograr la eliminación

o paliación de la fobia; en el segundo, aquellas publicaciones que han puesto el énfasis en factores cognitivos; en el tercero, las investigaciones cuyos programas de intervención no se decantaron de modo claro ni por elementos conductuales ni cognitivos. Finalmente, dedicaremos un cuarto bloque a revisar los trabajos que hayan utilizado el rótulo de "hipnosis" y/o "sugestión".

1.2.3.1. ESTRATEGIAS CON ÉNFASIS CONDUCTUAL.

Goorney (1970) informó que fueron Wells y Anderson los que elaboraron una de las primeras estrategias terapéuticas para tratar de eliminar el miedo a volar en avión (Anderson, 1919). La técnica, denominada "Recuperación Paulatina", se asemejaba mucho a la desensibilización sistemática de Wolpe (1958), y consistía en que los pilotos y tripulantes que sufrían la fobia, pasaran por una jerarquía de pasos graduados asistidos por un instructor de vuelo. Las tareas tenían mucho en común con las rutinas de entrenamiento que habían recibido, y se llevaban a cabo durante un período de unos 10 meses. En cuanto a la eficacia de la Recuperación Paulatina, un estudio retrospectivo realizado por el equipo de Goorney (Goorney & O'Connor, 1971), señaló que la eficacia de la técnica descrita por Anderson se podía determinar en aproximadamente dos tercios de todos los casos tratados.

Con el doble objetivo de mejorar ese nivel de eficacia y acortar el tiempo dedicado a la terapia, Goorney (1970) diseñó un programa de intervención inspirándose en el trabajo de Anderson y en el de Wolpe. Consistía en entrenar a los pacientes en relajación muscular y seguidamente aplicarles una desensibilización en imaginación. Cuando se superaban todos los estímulos de la jerarquía sin experimentar ansiedad, se consideraba que el paciente ya estaba en condiciones de afrontar una desensibilización en vivo en la que él mismo establecía su propio ritmo de progresión. Este tratamiento alcanzó los dos objetivos que se había marcado, ya que

tuvo una duración media de menos de cinco meses, y alcanzó un gran nivel de eficacia, pues cinco de los seis pacientes tratados se reincorporaron a sus tareas de vuelo con normalidad, resultado que se mantenía en un seguimiento realizado tres años más tarde. Estos resultados rechazaban las conclusiones pesimistas expuestas por diversos autores que mostraban su escepticismo sobre la posibilidad de que se pudiera eliminar la fobia a volar en avión, al menos, con psicoterapia de corte psicodinámico (Morgenstern, 1966; Reinhardt, 1970).

Otra publicación apareció en el mismo año con un tratamiento muy parecido, y también aplicado a personal de las fuerzas aéreas británicas (Aitken, Daly, Rosenthal, & Lister, 1970). La estrategia terapéutica era novedosa porque incorporaba instrumentación para que el terapeuta pudiera tener en cuenta diversas constantes vitales de los pacientes durante la desensibilización en imaginación (tasa cardíaca, resistencia de la piel y respiración). Este estudio también alcanzó buenos resultados, ya que nueve de los catorce pacientes que participaron en el programa de tratamiento consiguieron retornar a sus puestos de trabajo.

Si todos los estudios anteriormente mencionados se referían a profesionales de vuelo (pilotos y tripulación de vuelo), el trabajo de Bernstein y Beaty (1971) fue el primero que se aplicó a una persona que nada tenía que ver profesionalmente con los aviones. La paciente, una mujer de 29 años, recibió un tratamiento consistente en una desensibilización, primero en imágenes, y posteriormente, *in vitro* (simulador de vuelo); e *in vivo* (aproximación al aeropuerto, circular en avioneta por la pista, despegar unos metros y 3 vuelos programados por el terapeuta). Al cabo de los 5 meses que duró el tratamiento, su problema desapareció de modo total, generalizándose sus efectos terapéuticos a otras áreas no tratadas.

Scrignar, Swanson y Bloom (1973) también trabajaron con no profesionales de vuelo. Emplearon únicamente un procedimiento de desensibilización sistemática en imaginación. De los nueve pacientes que completaron la terapia, siete no experimentaron ningún tipo de ansiedad cuando realizaron el vuelo de comprobación post-tratamiento.

En ese mismo año, otro grupo de trabajo (Solyom, Shugar, Bryntwick, & Solyom, 1973), realizó un estudio en el que no sólo interesaba comprobar el grado en que la desensibilización sistemática era capaz de eliminar la fobia a volar, sino que también tenía como objetivo el comparar su eficacia con otros procedimientos terapéuticos. En concreto, se comparó la técnica de Wolpe con otras dos técnicas de terapia de conducta: el alivio de la aversión y la habituación. Al confrontar los resultados de las tres estrategias se vio que eran igualmente eficaces en el tratamiento de la fobia a volar. Como podemos ver, este trabajo supuso un gran avance metodológico respecto a los trabajos presentados con anterioridad, y se puso de manifiesto que las tres fórmulas de intervención psicológica tenían en común una característica que poco tiempo antes (Marks, 1972), había sido aceptada como tratamiento: la exposición de forma repetida al estímulo que dispara las reacciones de ansiedad hasta que éstas desaparecen de modo total.

Estudio como el de la investigación anterior que avanzó en el control metodológico de las variables extrañas que pueden influir en el cambio, contrasta con el trabajo realizado un año más tarde por Cantón-Dutari (1974). Utilizando una metodología de estudio de caso, no ofrece mucha información acerca de las evaluaciones realizadas, salvo la constatación de que el paciente voló con éxito. Este estudio aplicó un procedimiento novedoso que hoy se conoce como desensibilización enriquecida (Cruzado, Labrador & Muñoz, 1993). En concreto, el autor acompañó la desensibilización

sistemática en imaginación con el uso de estímulos auditivos para facilitar la imaginación de las escenas de la jerarquía elaborada.

Sobre la misma época que el estudio anterior, Denholtz y colaboradores informaron de un trabajo mucho más controlado. Diseñaron un programa de tratamiento de la fobia a volar para que fuera puesto en práctica por no profesionales (Denholtz & Mann, 1974; Denholtz & Mann, 1975; Denholtz, Hall, & Mann, 1978). El programa, totalmente automatizado, era una modalidad de desensibilización sistemática. En primer lugar, la persona aprendía relajación muscular a través de una cinta magnetofónica en seis sesiones de media hora. En las siguientes sesiones, se utilizaba una cinta grabada que iba dando instrucciones mientras la persona contemplaba una filmación compuesta de escenas ansiógenas dispuestas jerárquicamente en cuanto a la ansiedad que elicitan. Cada exposición a una escena ansiógena iba seguida de la presentación de una escena agradable y, a continuación, la cinta daba instrucciones de relajación en las que aparecían elementos de modelado y refuerzo positivo. En este procedimiento era el propio paciente el que ejercía el control para progresar a través de la jerarquía de escenas ansiógenas. Los autores de este trabajo emplearon, a parte del grupo experimental, varios grupos control y placebo, informando de unos resultados muy positivos ya que el 78,4% de las 51 personas tratadas volvieron a volar tras completar el programa de intervención. En el seguimiento que se realizó entre tres años y medio y cinco años y medio más tarde, se comprobó que los resultados se mantenían en la mayoría (82%) de los que habían superado con éxito el programa. Es de destacar que los autores también ofrecieron información sobre variables de generalización, comunicando que los efectos beneficiosos del programa se extendían a otras áreas no tratadas, pues los pacientes fueron más capaces de relajarse en otras situaciones estresantes una vez había finalizado la intervención psicológica.

Como ya había ocurrido con el grupo de Solyom en la década anterior, otros autores (Howard et al., 1983), compararon la eficacia de la desensibilización sistemática con otras estrategias terapéuticas en un estudio mejor controlado que aquel. En esta ocasión la técnica reina de la terapia de conducta fue confrontada con la implosión, la inundación, la relajación muscular con un componente de meditación y un grupo control de lista de espera. Todos los grupos de tratamiento recibieron 8 sesiones, participando en total 56 personas. Los resultados estuvieron en la línea de lo sucedido en el trabajo de Solyom y colaboradores: no se registraron diferencias significativas entre los cuatro grupos de tratamiento y sí entre los distintos grupos tratados respecto al grupo control. Hay que señalar que los distintos tratamientos empleados fueron eficaces en reducir la ansiedad anticipatoria (reserva de billetes, ir al aeropuerto y subir al avión), pero no redujeron significativamente la ansiedad durante el vuelo (despegue, en vuelo y aterrizaje), por lo que los autores proponen combinar los programas con exposición en vivo para un mejor resultado.

Finalmente, y para completar este apartado dedicado a los estudios que han utilizado estrategias esencialmente conductuales, mencionemos un estudio realizado por nuestro equipo de investigación (J.I. Capafóns, Sosa, & Avero, 1997). En este trabajo se utilizó un programa de desensibilización sistemática en imaginación junto con detención de pensamiento para favorecer la subsiguiente exposición en vivo. La muestra estaba compuesta de 41 pacientes que se asignaron aleatoriamente a los grupos de tratamiento (21) y control de espera (20). Para valorar el éxito terapéutico se utilizaron escalas de autoinforme, entrevista y registro de variables psicofisiológicas (tasa cardíaca, temperatura palmar y tensión muscular) ante una situación análoga. Comparado con el grupo control, el grupo de tratamiento redujo de modo significativo su

ansiedad en las distintas variables dependientes consideradas, tras las 8 semanas que duró la intervención terapéutica.

1.2.3.2. ESTRATEGIAS CON ÉNFASIS COGNITIVO.

En este apartado se incluyen estudios de autores que consideran que un tratamiento adecuado para eliminar las reacciones fóbicas ante el uso del avión, debe incluir de modo esencial estrategias para cambiar los pensamientos y las creencias de las personas que sufren esas reacciones desadaptativas. Como veremos, la mayoría de esos estudios han utilizado el acercamiento propuesto por Meichenbaum en diversas ocasiones (1975, 1977). Así, el primer estudio que utilizó esta orientación fue el llevado a cabo por Girodo y Roehl (1978), en el que compararon dos tratamientos cognitivos, solos o en combinación. La muestra de 56 estudiantes femeninas fue asignada a uno de los cuatro grupos de tratamiento que utilizó el estudio: 1) entrenamiento en inoculación de estrés (autoafirmaciones); 2) información de diversos procedimientos relativos al vuelo, como el despegue y el aterrizaje, y la relativa al entrenamiento que reciben los pilotos; 3) una combinación de los dos anteriores; y 4) control placebo (hablar de su problema y ver una película de la historia de la aviación). Se tomaron como variables dependientes la ansiedad subjetiva medida en tres momentos de cada uno de los dos vuelos preceptivos (antes del despegue, durante el vuelo y después del aterrizaje). Los resultados señalaron que no había diferencias significativas entre los cuatro tratamientos tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento que se realizó cuatro meses y medio después.

Beckham, Vrana, May, Gustafson y Smith (1990) también aplicaron un programa de inoculación de estrés, pero en esta ocasión con el propósito de ver la eficacia de la técnica cuando se empleaba una mínima intervención por parte del terapeuta (que se redujo a una entrevista inicial y una serie de contactos telefónicos

realizados con periodicidad). El tratamiento, a través de un manual de autoayuda, constaba de entrenamiento en relajación, estrategias cognitivas de afrontamiento (distracción, imaginar escenas agradables) y el manual de Meichenbaum (1977). Las 28 personas que participaron fueron distribuidas aleatoriamente en dos grupos: tratados y no tratados. Comparadas con el grupo de no tratamiento, las personas tratadas redujeron más su miedo a volar y estuvieron más dispuestas a participar en el vuelo que se realizó después del tratamiento/periodo de espera. Los autores también informaron que las personas que mostraron cambios sincronizados en las medidas fisiológicas y subjetivas durante el vuelo de exposición, mejoraron más que aquellas que no mostraron esa sincronía de respuesta.

Como hemos ido viendo hasta aquí, la inmensa mayoría de los trabajos sólo tenían en cuenta distintas variables de ansiedad subjetiva, siendo pocos los que tomaban medidas fisiológicas y/o motoras. Una de las excepciones a destacar, fue el estudio realizado por el grupo de trabajo de Hugdahl (Haug et al., 1987). Además de tener el objetivo de estudiar un tratamiento para la fobia a volar controlando la información del triple sistema de respuesta, puso a prueba la afirmación de Öst, Johansson y Jerremalm (1982) sobre la consonancia entre el tratamiento y el componente del triple sistema de respuesta más alterado del paciente. Es decir, que los pacientes que se caractericen por tener muchos pensamientos negativos deberían recibir tratamientos que pongan su acento en el componente cognitivo y los que se quejen principalmente de alteración fisiológica, deberían recibir un tratamiento basado en la relajación. El grupo de Hugdahl utilizó para su propósito las técnicas de inoculación de estrés y relajación, y controló de modo adecuado las medidas motoras, fisiológicas y cognitivas. Los autores informaron que los resultados demostraban que los tratamientos consonantes eran superiores a los no consonantes en disminuir las calificaciones de los pacientes en las variables de experiencia subjetiva de arousal fisiológico y en la de intensidad de miedo a

volar, pero no eran superiores en la variables de cambios en tasa cardíaca y autocalificaciones de ansiedad. Es de destacar, también, que el estudio mostró que los dos tratamientos, consonantes o no, eran eficaces.

Para finalizar este apartado dedicado a los programas de tratamiento que ponen mayor énfasis en los aspectos cognitivos de la persona para lograr eliminar la fobia a volar, citaremos otro trabajo realizado por nuestro equipo de investigación (J.I. Capafóns, Sosa, & Viña, en preparación), en el que se utiliza un programa de Entrenamiento Reatribucional que consta de 13 (+/- 2) sesiones. Este programa persigue que el paciente se convierta en un "experto" en su propio problema, siendo capaz de analizar las causas de su fobia y de los factores que la mantienen, pudiendo generar y llevar a cabo, con ayuda del terapeuta, estrategias de autointervención que le sirvan para paliar o eliminar su problema. A través de distintas medidas de ansiedad subjetiva y de registro psicofisiológico (tasa cardíaca y tensión muscular) tomadas ante una prueba análoga (J.I. Capafóns et al., 1997), se comprobó que el grupo experimental mejoró de modo significativo mientras el grupo control se mantuvo en similares puntuaciones después del período de espera. La mejora del grupo tratado también se vio plasmada al realizar análisis multivariados (análisis discriminante), viéndose que este estadístico no era capaz de diferenciar a los grupos control y experimental en el primer pase de pruebas, y en cambio, sí los diferenciaba en la evaluación posterior al tratamiento (un 90% de casos correctamente clasificados). Además de lo anterior, se efectuó un tercer análisis discriminante en el que se incluyeron los grupos control y experimental (en el segundo pase de pruebas), y un grupo no fóbico extremo, con ningún miedo a volar. En este nuevo análisis se vio que los tratados habían mejorado hasta el punto de que un 58,33% se clasificaron junto con el grupo extremo de ningún miedo, frente a ninguno del grupo control. En el seguimiento, los tratados mantenían los resultados obtenidos.

1.2.3.3. ESTRATEGIAS MIXTAS.

El primer estudio que podemos incluir dentro de este apartado de estrategias mixtas es el realizado por Karoly (1974). Este autor utilizó un paquete de tratamiento compuesto por desensibilización en imaginación aplicada por el terapeuta y, en los períodos intersesiones, la paciente tenía que autoadministrársela como forma de lograr un mayor autocontrol. Esa fase fue seguida de exposición graduada en vivo, mientras la mujer grababa en una cassette lo que le iba sucediendo. Las grabaciones se utilizaron, posteriormente, para escucharlas mientras estaba relajada y lograr un proceso de contracondicionamiento (este último punto lo justifica el autor desde un modelo de autoinstrucciones). Después de una serie 7 vuelos, la paciente voló con poca ansiedad, resultado que se mantenía a los 6 meses del tratamiento. Hay que señalar que este estudio tiene la deficiencia de que se fue elaborando sobre la marcha y no partiendo de unas premisas previas.

Un año más tarde, Reeves y Mealiea (1975) diseñaron una estrategia de intervención que, según los autores, modificaba la técnica de Wolpe en algunos puntos. El primer cambio fue que para conseguir la relajación de los pacientes (tres hombres) se utilizó biofeedback del músculo frontal. Una vez conseguida, los pacientes asociaban las sensaciones de relajación a una clave o palabra pensada (relax), en la línea de lo propuesto por Cautela (1966). Conseguido esto, se aplicaba la desensibilización con la particularidad -segunda modificación-, de que cuando el paciente experimentaba ansiedad, se le invitaba a emplear la palabra clave para afrontarla en vez de terminar con la escena, al estilo de lo planteado por Goldfried (1971). Es de lamentar en este estudio que los autores no hablen de las variables dependientes que se tomaron en cuenta, salvo la constatación de que los pacientes disfrutaron de sus vuelos post-tratamiento. Sí informaron, en cambio, de los efectos positivos de generalización que tuvo la estrategia terapéutica y de

que los resultados se mantenían en el seguimiento que se realizó un año más tarde.

Con el principal objetivo de diseñar un tratamiento que fuera aplicable a grupos más o menos numerosos, un equipo de trabajo británico (Walder, McCracken, Herbert, James, & Brewitt, 1987) diseñó un programa de intervención que constaba de 3 sesiones de 3 horas cada una. En la primera, educativa, un psicólogo daba información sobre el control fisiológico y conductual del miedo; y un piloto la que correspondía a los procedimientos de vuelo y elementos de seguridad aérea. En la segunda, los participantes acudían al aeropuerto y simulaban durante una hora las rutinas acostumbradas en un vuelo comercial, recibiendo apoyo social cuando era necesario. Una vez en el avión, con los reactores en marcha, el piloto explicaba todo el proceso sin que el avión despegara. Finalmente, en la tercera sesión, subgrupos de entre 6 y 8 personas realizaban un vuelo real acompañados por personal del grupo que realizaba la investigación. Tanto antes como después del vuelo, permanecieron durante media hora en el avión, recibiendo refuerzo social al final del mismo por las estrategias de afrontamiento que habían utilizado. Se comparó al grupo de tratamiento formado por 38 personas con un grupo control de 12. Los resultados fueron claros ya que el grupo tratado disminuyó significativamente sus puntuaciones en ansiedad subjetiva en los diferentes momentos considerados. En los seguimientos realizados 1 año y 3 años después, se vio que un 39% y 61% respectivamente, habían realizado al menos un vuelo más, siendo el 84 % de las personas tratadas las que seguían experimentando menos ansiedad cuando volaban que antes de recibir el tratamiento.

En nuestro país Bados y Genís (1988) describieron un estudio de caso de un hombre de 30 años. El programa de tratamiento utilizado constó de 21 sesiones y consistió en entrenar al paciente en habilidades de afrontamiento (relajación progresiva y autoverbaliza-

ciones, siguiendo el esquema elaborado por Meichenbaum). Con posterioridad, en la fase de aplicación, después de elaborar una jerarquía de situaciones ansiógenas, se le presentaron las primeras 4 escenas en imaginación siguiendo las pautas de la desensibilización sistemática, y en el resto de las escenas se le pidió que las imaginara y pusiera en funcionamiento las habilidades de afrontamiento aprendidas. Finalizada la presentación de la jerarquía en imaginación, le siguió una exposición graduada en vivo en la que se proporcionó al paciente una cinta grabada con autoverbalizaciones e instrucciones de relajación. Tras realizar ocho vuelos reales podía volar sin ningún problema, resultado que se mantenía en los seguimientos realizados uno, tres y nueve meses después.

Un trabajo que no utilizó el esquema de Meichenbaum fue el llevado a cabo en Australia por Roberts (1989). Utilizó un programa multicomponente aplicado durante 8 semanas en sesiones de 3 horas cada semana. Incluía un amplio abanico de estrategias: 1) lo que él llama técnicas conductuales (relajación, desensibilización sistemática y la reestructuración cognitiva de Ellis); 2) educación (información acerca del miedo a volar, del funcionamiento de los aviones, formación de pilotos, meteorología, control de tráfico aéreo, etc.); 3) apoyo de grupo; y 4) exposición en vivo (aeropuerto, simulador de vuelo, avión estacionado, etc.). Aunque participaron 158 personas en total, los contrastes antes-después los realizó Roberts sólo con 53 participantes. Los resultados mostraron que habían mejorando de modo significativo en una escala subjetiva. El seguimiento realizado alrededor de 6 años después, hizo ver que los participantes en el estudio habían mejorado todavía más, pero sin que la diferencia entre las dos medidas alcanzara significación estadística.

Un programa no muy distinto al anterior es el realizado por Ekeberg et al. (1990). Fue llevado a cabo en grupos de 12 personas, durante 6 sesiones de 3 horas y media cada una, y consistía en un

paquete de tratamiento compuesto por varios elementos: 1) educación (charlas acerca de todo lo relativo al vuelo, con filmaciones cortas que mostraban los distintos controles que se realizaban sobre los diversos componentes mecánicos y electrónicos de los aviones; orientaciones acerca de las manifestaciones de la ansiedad y su manejo); 2) entrenamiento en relajación progresiva; 3) apoyo grupal; 4) exposición en vivo (demostraciones en pequeños grupos dentro de un simulador de vuelo y la realización de tres vuelos de corta duración). Participaron 83 personas de las que 14 formaron un grupo control de espera, y se realizaron seguimientos a los 6 meses y a los 2 años. Mientras en el grupo de tratamiento se redujo de modo significativo la ansiedad subjetiva en el vuelo -y se incrementaba el número de vuelos realizados después del tratamiento respecto a antes del mismo-, en el grupo control las personas permanecieron sin cambios significativos en las variables estudiadas. Las ganancias terapéuticas obtenidas por el grupo que había recibido el programa de intervención se mantuvieron en los dos seguimientos realizados.

Y, para terminar este apartado dedicado a las estrategias mixtas podemos mencionar el trabajo de Rubio, Cabezuelo y Castellano (1996) que informaron de un programa multicomponente realizado en 8 sesiones en el que se proporcionó información relativa al funcionamiento de los aviones, a los mecanismos de seguridad, al entrenamiento del personal, etc. Acto seguido, se aplicó reestructuración cognitiva tipo Ellis, desensibilización sistemática aplicada en grupo y autoadministrada, con entrenamiento en visualización y, finalmente, exposición graduada en vivo de modo individualizado. En una primera aproximación a la valoración de los efectos del paquete terapéutico, los autores señalaron que la terapia fue eficaz comparando las medidas pre y post tratamiento en autoinformes y en número de vuelos realizados. Además, las ganancias terapéuticas se mantuvieron en los dos seguimientos que

se realizaron seis meses y un año después de la administración del programa.

1.2.3.4. ESTRATEGIAS QUE UTILIZAN HIPNOSIS.

Aunque desde los inicios de la terapia de conducta (Wolpe, 1958), la hipnosis se ha utilizado como técnica auxiliar de tratamientos esencialmente conductuales, incluimos en este apartado todos los estudios que hayan empleado el rótulo de hipnosis o de sugestión debido a que, por una parte, es en este área donde se sitúa la estrategia de intervención que ponemos a prueba en este trabajo y, por otra parte, como ya avanzó Lazarus (1973), el efecto de rotular o no como hipnosis un tratamiento, hace que éste sea visto de distinta forma según las preferencias y/o nivel de sugestionabilidad de la persona. Razón por la cual mencionamos aquí el estudio realizado por Levitt (1975). Este autor describe, en un estudio de caso, la aplicación de una desensibilización sistemática a una mujer con fobia a volar, que no respondió a la relajación muscular como procedimiento para lograr la relajación. Sin embargo, cuando se utilizó hipnosis sí consiguió relajarse y avanzar en la jerarquía de escenas relacionadas con volar en avión, volando al completar el tratamiento. Este desenlace animó a otros autores (Deyoub & Epstein, 1977) a utilizar un procedimiento muy similar al de Levitt (desensibilización con hipnosis como procedimiento de relajación), lo que también les llevó a obtener óptimos resultados.

Por esa misma época, se publicaron otros estudios que también utilizaron la técnica de Wolpe en combinación con una estrategia de autohipnosis (en este caso el entrenamiento autógeno de Schultz) para eliminar la fobia a volar (Agathon, 1977; Gelly, Agathon, & Duffaut, 1975; Lamontagne & Roy, 1978). La combinación fue eficaz en todos los casos, pero quedó empañada metodológicamente por la utilización de un diseño de caso en todas las ocasiones, con la opinión de los pacientes y clínicos como única medida de éxito.

Otro trabajo que también utilizó un procedimiento de desensibilización sistemática fue el llevado a cabo por Timm (1977). También en un estudio de caso, aplicó la técnica señalada a un varón de 27 años, profesional de vuelo en helicóptero. La novedad de este trabajo, consistió en añadir sugerencias hipnóticas para que el paciente experimentara intensos deseos de encontrarse dentro del aparato y volar en él como hacía anteriormente. Tras el tratamiento de cuatro meses de duración, el piloto voló sin mayores problemas, viéndose que se mantenía la mejora en un seguimiento realizado seis meses después.

Quizás hayan sido los resultados de estos estudios los que han llevado a diversos autores (T.X. Barber, 1985; Crawford & Barabasz, 1993; Gibbons, 1990; Golden, Dowd, & Friedberg, 1987), a describir tratamientos de la fobia a volar de forma pormenorizada, que recogieran el uso combinado de la exposición graduada al estímulo fóbico y la potencia de la sugestión en formato de hipnosis como elemento motivador para lograr la exposición real.

No obstante, todos los estudios considerados hasta aquí en este apartado son estudios de caso, siendo el trabajo realizado por Burrows (1978) el primer estudio que utiliza la sugestión hipnótica con un número importante de pacientes. Este autor describió un trabajo en el que 43 pacientes recibieron un paquete de tratamiento durante 8 sesiones de media hora de duración. La estrategia de intervención consistía en que a los participantes -después de ser adiestrados en técnicas de relajación y recibir información acerca de su fobia-, se les administraba en cada sesión una inducción hipnótica con sugerencias para que se sintieran como si estuvieran dentro del avión y experimentaran todas las fases de un vuelo de forma agradable. En el caso de que manifestaran ansiedad en algún momento del vuelo, se les daban sugerencias de relajación. Además, los pacientes tenían que llevar a cabo ciertas tareas para casa: escuchar diariamente una cinta con instrucciones de relajación, y

seguidamente imaginar un viaje en avión; o ir al aeropuerto y permanecer allí, ayudándose de los procedimientos de relajación en caso necesario. De los 43 participantes del estudio, 39 consiguieron realizar el vuelo post-tratamiento experimentando ninguna o mínima ansiedad. En el seguimiento realizado un año y medio después, los 39 seguían volando sin excesivos problemas. A pesar de estos brillantes resultados, hay que señalar que el estudio adolecía de una serie de deficiencias metodológicas: algunos pacientes que sufrían depresión fueron tratados con antidepresivos tricíclicos; otros fueron llevados al aeropuerto por el terapeuta y a uno lo acompañó en el vuelo, mientras al resto, no; unos reunían los criterios de fobia específica, otros presentaban agorafobia.

En un estudio todavía menos controlado que el anterior, Bakal (1981) parte de la premisa de que la fobia a volar no se suele producir por experiencias aisladas, traumáticas, sino por el continuo bombardeo de sugerencias negativas que recibimos sobre el hecho de volar ("última llamada", "terminal", aproximación final, etc). Por ello, en el tratamiento de 3 sesiones que describe, dedica la primera sesión a señalar todas las palabras que ofrecen esa carga negativa y a informar de los posibles ruidos que se escuchan en un avión y sus causas. Posteriormente, después de la inducción hipnótica, vuelve a insistir en esas palabras negativas, describe todo un vuelo, dando sugerencias para que las sensaciones que suelen provocar determinadas condiciones de vuelo, se experimenten de forma más agradable (turbulencias como ir en todoterreno por carreteras de montaña). En la segunda sesión, después de la inducción, se vuelve a repetir el proceso pero empleando respuestas ideomotoras. En la tercera, se solicita al paciente que verbalice lo que oye y ve en cada parte del vuelo. Aunque el autor señala que los resultados fueron excelentes (21 personas consiguieron divertirse en el vuelo y sólo una experimentó ansiedad), y que estos resultados se mantenían a los tres años, no queda claro cuantas personas participaron en el

estudio, ni ofrece información alguna de las medidas utilizadas en la evaluación del trastorno.

En la misma línea de falta de control de variables extrañas del estudio anterior se encuentra la investigación realizada por Spiegel, Maruffi, Frischholz y Spiegel (1981). Estos autores informaron de un tratamiento que constaba de una sola sesión, en la que se adiestraba en autohipnosis a los participantes. Una vez relajados debían experimentar el avión como una prolongación de su cuerpo, sintiendo que flotaban agradablemente con el avión. También debían concentrarse en la diferencia radical entre probabilidad y posibilidad de sufrir un accidente aéreo. A los 178 pacientes que participaron en el trabajo, se les contactó por carta o por teléfono entre 6 meses y 10 años y medio después, y se obtuvo que un 52% había mejorado parcial o de modo total.

Como hemos podido observar a lo largo de este capítulo, los estudios dedicados a examinar la eficacia de distintos tratamientos psicológicos para eliminar o paliar la fobia a volar difieren grandemente en diversos factores relevantes. Entre esos factores podemos señalar los relativos al número de participantes, grado de control de posibles variables espúreas, duración temporal de la estrategia terapéutica empleada, formato (individual/grupal) y propósito de la investigación (ver la eficacia de un tratamiento en sí mismo o en comparación con otros). No obstante, a pesar de esas diferencias, la mayoría de los trabajos citados comparten unos niveles de eficacia aceptables cuando no importantes.

Es de destacar que los trabajos que han utilizado intervenciones terapéuticas más puras (concretamente los que han puesto su énfasis en los elementos conductuales o cognitivos) son también los que han empleado un mayor rigor metodológico en sus diseños, primando en ellos los estudios experimentales frente a los estudios clínicos que

son los que imperan en los trabajos que han utilizado las estrategias mixtas y las hipnóticas y/o sugestivas.

Por lo que respecta a los estudios que han utilizado la hipnosis o alguna otra técnica sugestiva, hay que indicar que los resultados han sido más que aceptables ya que, con la excepción de un único trabajo, todos los demás han arrojado resultados brillantes. No obstante, ninguno de ellos merece la calificación de estudio controlado, pues adolecen de muchas deficiencias metodológicas de diferente índole que, en más de una ocasión, induce a pensar que nos encontramos realmente ante tratamientos anecdóticos.

Por lo tanto, animados por los resultados obtenidos en los trabajos que utilizan técnicas sugestivas y el afán de conseguirlo dentro de un marco de control de las distintas variables relevantes, es por lo que se pone a prueba el programa de tratamiento de Auto-Regulación Emocional para eliminar o paliar en lo posible el miedo a volar en avión.

I.3. SOBRE LA AUTO-REGULACIÓN EMOCIONAL

Como ya se ha señalado con anterioridad, el programa de intervención que se pone a prueba en este trabajo se fundamenta en la Terapia de Auto-Regulación Emocional, estrategia terapéutica que se encuentra enmarcada en la perspectiva cognitivo-comportamental de la hipnosis. En concreto, esta técnica surgió del paradigma experimental de incremento de la sugestionabilidad, y está formada por un conjunto de procedimientos que suponen un punto de encuentro entre la tecnología aportada por la Intervención Comportamental y los fenómenos sugestivos que han sido etiquetados a lo largo de los tiempos como "hipnóticos" (A. Capafons, 1993a).

La influencia que la terapia de conducta ha ejercido en el nacimiento de la técnica, se examinará cuando se trate de los procedimientos para incrementar la sugestionabilidad. Por lo que respecta a los aspectos relativos a la justificación de la hipnosis como antecedente importante de la técnica sugestiva empleada para eliminar o paliar la fobia a volar en avión, pasamos a considerarlos seguidamente.

Comenzaremos comentando el papel que, en la actualidad, desempeña la hipnosis en la intervención terapéutica. Continuaremos ofreciendo unas páginas dedicadas al recorrido histórico-conceptual experimentado por las teorías que han intentado explicar la naturaleza de la hipnosis, el papel atribuido al hipnotizador y al hipnotizado, y los distintos métodos de "inducción" que se han empleado. Finalizaremos el capítulo dedicado a la influencia de la hipnosis, perfilando las teorías más importantes que existen en la actualidad.

Posteriormente, dedicaremos un capítulo a exponer aspectos importantes de la Terapia de Auto-Regulación: sus diferencias con respecto a la hipnosis tradicional, su modelo de funcionamiento y, finalizaremos esta parte teórica mostrando, mediante unas breves

pinceladas, las áreas en las que se ha aplicado la Terapia de Auto-Regulación Emocional.

1.3.1. LA HIPNOSIS.

1.3.1.1. LA HIPNOSIS COMO CATALIZADOR TERAPÉUTICO.

Como señalan Lynn, Kirsch, Neufeld y Rhue (1996), la hipnosis está disfrutando de una nueva ola de popularidad, que es superior a la de otros finales de siglo (Pérez, 1996). En efecto, hoy en día la utilización de la hipnosis en la investigación y en la práctica terapéutica ha recobrado una gran importancia, como lo prueba la cantidad de artículos de revistas y libros que se publican sobre este área de la psicología. Esa relevancia también se observa en las diversas asociaciones y sociedades de hipnosis que se van constituyendo por todo el mundo (A. Capafons, 1991; Lynn & Rhue, 1991). Evidentemente, con estos datos se puede afirmar que estamos ante otro resurgimiento del empleo de la hipnosis, que pudiera ser el último y definitivo de ese perpetuo movimiento pendular entre la aceptación y el total rechazo que ha experimentado la hipnosis a lo largo de su ya dilatada historia (A. Capafons & Amigó, 1993b; Tortosa, González Ordi, & Miguel-Tobal, 1993).

Una de las diferencias más importantes de la utilización de la hipnosis en este nuevo resurgimiento respecto al de otras épocas es que, en los períodos anteriores, se contemplaba la hipnosis como un modo diferenciado de tratamiento con sugerencias directas para la eliminación de los síntomas (Kirsch, Montgomery, & Sapirstein, 1995), y ahora se suele emplear dentro del marco de un acercamiento terapéutico más amplio (González-Ordi & Miguel-Tobal, 1993; Kirsch, 1990; Lynn, Kirsch, & Rhue, 1996; Rhue, Lynn, & Kirsch, 1993; Spinhoven, 1987). En esta línea de trabajo se encuentra nuestra perspectiva, en la que la hipnosis no es

considerada como una terapia en sí misma, sino como un adjunto a las diferentes terapias existentes o, expresado al modo de T.X. Barber, como un catalizador de las psicoterapias (T.X. Barber, 1985). Así, a través de diversos estudios se ha comprobado empíricamente que la hipnosis, como adjunto de las terapias conductuales, potencia factores comunes tales como la expectativa de éxito y la credibilidad del tratamiento (Spinhoven, 1987); fomenta la eficacia de diferentes tratamientos cognitivo-comportamentales en un amplio abanico de problemas, tanto en medidas de cambio conductuales como de autoinforme (Kirsch et al., 1995), de modo particular cuando a los clientes se les enseña autohipnosis para practicar en casa (Kirsch, 1990). Estos resultados concuerdan con lo ya señalado por Lazarus (1973), en el sentido de que la hipnosis puede ser utilizada como un facilitador de las estrategias conductuales.

Aunque veremos más adelante que los diferentes clínicos e investigadores que emplean la hipnosis en su quehacer distan de compartir unas mismas premisas teóricas y metodológicas, la mayoría participa de una serie de aspectos que han sido confirmados de forma empírica (Kirsch & Lynn, 1995; Lynn et al., 1996): la hipnosis no tiene nada que ver con el sueño; depende más de los esfuerzos y habilidades del hipnotizado que del hipnotizador; la capacidad para experimentar los fenómenos hipnóticos no implica ni credulidad ni debilidad; el hipnotizado conserva la capacidad de control sobre su conducta, así como su capacidad para negarse a las sugerencias e, incluso, para oponerse a ellas; la mayoría de los hipnotizados no describen su experiencia como "trance" sino como una focalización de la atención en los eventos sugeridos; la amnesia posthipnótica espontánea es bastante rara y puede prevenirse; las sugerencias pueden responderse con o sin hipnosis, y la inducción sólo incrementa la sugestionabilidad en un pequeño grado; los procedimientos hipnóticos no son peligrosos cuando son aplicados por personal cualificado; la mayoría de los

hipnotizados ni fingen ni simplemente acatan las sugerencias; la hipnosis no incrementa la precisión de la memoria ni fomenta una reexperiencia literal de los sucesos de la infancia; no es un método fiable para recuperar recuerdos reprimidos y, por contra, incrementa la probabilidad de crear falsos recuerdos; y, para finalizar, podemos decir que hay una ligera diferencia en eficacia a favor de las técnicas que utilizan sugerencias directas, tradicionales, frente a las que emplean sugerencias más indirectas o permisivas.

Para llegar a desarrollar todos estos puntos de concordancia se ha tenido que recorrer un largo camino, jalonado casi alternativamente de consideración mística o esotérica de la hipnosis, y de intentos de investigarla con rigor metodológico. Recorrido que describimos a continuación.

1.3.1.2 RECORRIDO HISTÓRICO-CONCEPTUAL DE LA HIPNOSIS.

Existen algunos autores (Kroger & Fezler, 1976), que han señalado que los procedimientos hipnóticos comenzaron a practicarse hace unos siete mil años por los Asirio-Babilonios. Incluso alguno (Odessky, 1991) llega a afirmar que comenzaron a aplicarse desde que el hombre empezó a comunicarse a través del lenguaje. No obstante, sin entrar en la controversia que existe entre muchos autores sobre si es o no adecuado colocar el rótulo hipnótico a esos procedimientos y a otros que les siguieron en el tiempo, comenzaremos a estudiar la evolución de la hipnosis desde el siglo XVIII con Franz Anton Mesmer (1734-1815). Médico alemán del que surgen las modernas ideas respecto a la hipnosis (Spanos & Chaves, 1991). Aunque, dada la diferencia de sus procedimientos para magnetizar a las personas con los métodos de inducción hipnótica, es difícil de aceptar que fuera el primer hipnotizador moderno (Chaves, 1989). No obstante, es evidente que

sus métodos de intervención sí se sustentaban en el uso de la sugestión (A. Capafons & Amigó, 1993b).

Mesmer postuló su teoría sobre el magnetismo animal basándose en autores previos tales como Paracelso (siglo XVI), Van Helmont y Maxwell (ambos del siglo XVII), entre otros, que defendían que el cuerpo humano recibe influencias magnéticas de los planetas, y que pueden transmitirlas a su vez a otras personas, a los animales y a las plantas. Para Mesmer la enfermedad se originaba por la desigual distribución de ese fluido magnético en el cuerpo humano, y la recuperación se lograba cuando se volvía a conseguir el equilibrio. Con la ayuda de ciertas técnicas, se podían provocar "crisis" en los pacientes y curar las enfermedades" (Ellenberger, 1970).

Estas "crisis" caracterizadas por ataques convulsivos, reír, llorar, etc., que se convirtieron en el *criterio de curación* para Mesmer, han sido atribuidas por Kirsch (1990, 1991) a las expectativas, ya que la primera paciente que trató Mesmer con sus métodos sufría un trastorno de conversión cuyo principal síntoma eran las convulsiones. Las "crisis", no obstante, han merecido otra explicación, Spanos y Chaves (1991) las han atribuido a la activación de uno de los roles de una forma de interacción social anterior y coetánea (la del exorcista con la persona endemoniada o poseída).

En un principio el *método terapéutico* de Mesmer consistió en la utilización de láminas de acero magnetizado que depositaba en el cuerpo del paciente para lograr el equilibrio. Más adelante, consideró que no eran necesarios los magnetos ya que el fluido magnético también se encontraba en gente especial como era su caso y, pensó, que el proceso podía ser inducido mediante pases de manos alrededor del cuerpo de la persona para irradiar el fluido del magnetizador al magnetizado (Odessky, 1991). Afirmó que el fenómeno del magnetismo animal que había descubierto, tan sólo se

podía aplicar a las personas que estuvieran enfermas, es decir, que tuvieran algún tipo de desequilibrio magnético. Vemos que es aquí, en esta afirmación, donde se asienta una idea que se ha mantenido durante más de dos siglos: que para ser hipnotizado es necesario tener algún tipo de patología, que no se puede hipnotizar a una persona sana o normal. También vemos en sus métodos de magnetizar que los roles de los magnetizadores y de los magnetizados eran opuestos: Los primeros, eran los agentes activos (transmitían el fluido que curaba); los segundos, se limitaban a ser meros receptores pasivos de ese fluido. Mesmer daba mucha importancia al ambiente físico en el que trataba a sus pacientes: se escuchaba música relajante, la luz era débil y controlaba la temperatura, la humedad y la presión del aire. Según Gravitz (1991), Mesmer dio también relevancia a la relación entre el magnetizador y el paciente (el rapport magnético).

Mesmer, cuyas concepciones terapéuticas y modos de exponerlas ya habían provocado reacciones adversas en su país natal, volvió a reproducir ese rechazo cuando se instaló en París. El cuerpo médico se veía amenazado por las afirmaciones de Mesmer que llegaba a decir que ningún medicamento curaba por sí mismo sino que curaba por efecto del magnetismo aunque los médicos no fueran conscientes de ello (Ellenberger, 1970). Dado este estado de cosas, el Rey de Francia designó dos comisiones investigadoras formadas, una por miembros de la Academia de las Ciencias y la Academia de la Facultad de Medicina (de la que formaban parte Franklin, Lavoisier y Guillotin) y, la otra, por miembros de la Sociedad Real de Medicina. Las dos comisiones llegaron a la conclusión de que no había pruebas de la existencia del llamado fluido magnético. No se negaban sus efectos beneficiosos aunque se justificaban mejor por el contacto, la imitación y, sobre todo, por la imaginación (Perry, 1978). Dado que en esa época la imaginación no era aceptable como objeto de estudio, no se tomó en cuenta, ya que, como señala Ellenberger (1970), no era suficiente curar la

enfermedad, era preciso realizarlo con los métodos que estaban aceptados por la sociedad. De los resultados de los informes de las comisiones también se extraen, según Tortosa y colaboradores (1993), otras enseñanzas, pues no se considera que el magnetismo animal funcione por razones físicas, sino que se desprenden algunos mecanismos de funcionamiento como el aprendizaje vicario, las expectativas positivas ante la tarea y la relación terapeuta-paciente.

Tras la publicación de los informes de las comisiones, Mesmer y su magnetismo animal se eclipsaron en su mayor parte (Gravitz, 1991). No obstante, Mesmer tuvo seguidores que continuaron su trabajo aunque aportando otras explicaciones teóricas a las prácticas terapéuticas. Uno de los más importantes fue su discípulo el marqués de Puységur que, habiendo magnetizado a su criado, advirtió que éste no sufría las convulsiones u otro tipo de "crisis" que acompañaban al proceso magnético. Por contra, se sumergió en un sueño en el que parecía estar más alerta de lo habitual, hablaba con un tono más alto, con más confianza (la "crisis perfecta"). Cuando se "despertó" no recordaba nada de lo que había sucedido. Puységur, observando la similitud entre este sueño magnético y el sonambulismo natural, le puso el nombre de "sonambulismo artificial" (Ellenberger, 1970). Hay que señalar que este nombre y las concepciones teóricas que se le asociaron por estar supuestamente relacionado con el sueño, supusieron una gran rémora en la investigación científica de la hipnosis. Para este magnetizador, el "sonambulismo artificial" no era producto de una fuerza magnética o física, sino que era una forma de transferencia mental del magnetizador al sujeto (Perry, 1978). Es decir, con Puységur se dio un nuevo paso: se adoptó una teoría psicológica en la que el principio activo de la curación era la voluntad del magnetizador, con lo que se enfatizaba la relación magnetizador-magnetizado (Ellenberger, 1970).

Otra concepción teórica distinta fue la de un magnetizador contemporáneo a los dos anteriores, Guisepe Balzamo (siglo XVIII). Este magnetizador, que fue el primero en aplicar el procedimiento magnético al parto, aseguraba que el fenómeno se producía debido a que las sugerencias actuaban sobre los centros visuales y auditivos. Es decir, daba explicaciones teóricas que se basaban en la fisiología (Odesky, 1991).

Con estos tres autores quedaron perfiladas tres corrientes teóricas: la *físico-magnética* de Mesmer, la *psicológica* de Puységur y de la Comisión de Franklin, y la *fisiológica* de Balzamo. Como veremos en las próximas páginas, tanto la postura psicológica como la fisiológica han seguido teniendo defensores hasta nuestros días (por supuesto, con matices distintivos). Por el contrario, la postura de Mesmer no ha vuelto a ser retomada de modo científico.

El estudio del magnetismo tuvo un continuador con el abate Faria (1756-1819). Abrió en 1813 una academia de "sueño lúcido" en París, en la que criticaba la teoría del fluido físico de Mesmer, así como la de la relación de Puységur y afirmaba que el proceso esencial de la magnetización se debía más a la persona magnetizada que al magnetizador (Ellenberger, 1970). Su respuesta dependía de su voluntad y de sus habilidades para concentrarse, lo que justificaba la existencia de las diferencias individuales que se encontraban (a las que dio prominencia en su teorización), poniendo los cimientos de la teoría de hipnosis de rasgo y habilidad. En el marco clínico, la sugestión era fundamental para Faria, hasta el punto de que científicos como Bernheim y Gilles de la Tourette le vieron como el inventor de la teoría de la sugestionabilidad (Perry, 1978). Además de la habilidad de la persona para experimentar el sueño lúcido, algunos autores (Laurence, & Perry, 1988; Perry, 1978; Tortosa et al., 1993), han señalado que Faria hacía depender la respuesta hipnótica de las exigencias contextuales de la situación, así como de las creencias, expectativas y motivaciones del individuo

adelantándose a las concepciones más actuales de la hipnosis. Su contribución más importante reside en que cambió radicalmente los procedimientos de inducción. Sustituyó los complicados rituales de los mesmeristas por métodos sugestivos más simples. En concreto, solicitaba a la persona que cerrara los ojos y que focalizara su atención en el sueño. Pocos segundos después, le ordenaba de modo autoritario que durmiera. También empleaba el método de fijar la atención en su mano.

Otro autor relevante, Alexandre Bertrand (1795-1831), consideró, en un principio, que las experiencias que se producían por el magnetismo animal eran debidas no al fluido proveniente del magnetizador sino que se derivaban de un trastorno orgánico (Tortosa et al., 1993). Como señalan estos autores, si Faria fue el precursor de la tesis de las diferencias individuales en relación a la sugestionabilidad, Bertrand fue el primero que expuso la teoría de estado patológico especial que sucede a las prácticas magnéticas. Posteriormente, a instancias del magnetizador Noizet que había conocido a Faria, retomó una de las conclusiones de la Comisión Investigadora de Franklin, la de que la imaginación era fundamental en la respuesta magnética. Prolongando estas interpretaciones psicológicas, Noizet, afirmaba que los resultados eran debidos a la confianza que tenían los pacientes en las virtudes magnéticas, a la sugestión, a la anticipación positiva y los sentimientos mutuos de confianza entre el magnetizador y el paciente (Gravitz, 1991).

La era científica de la hipnosis comenzó según Odesky (1991), con la investigación de James Braid (1795-1860). Popularizó para el mesmerismo el término hipnotismo que, según señala Gravitz (1991), fue utilizado por primera vez por un autor llamado D'Henin de Cuvillers. Braid conocía las teorías de Faria y Bertrand, y aunque se basó en ellas extrajo conclusiones diferentes. Señaló que la hipnosis se parece al sueño e insistió en que la hipnosis es una

condición natural producida por causas naturales, fisiológicas. Afirmaba que se originaba por el agotamiento de los músculos oculares. Creía que era el hipnotizador quien activaba esas fuerzas en el individuo hipnotizado. Según Sarbin y Coe (1972), aunque en su teoría se centró en los efectos fisiológicos su idea de la hipnosis era esencialmente psicológica. Reconoció la importancia de la imaginación, de las expectativas y, sobre todo, de la atención. En su última teorización afirmaba que la fenomenología hipnótica se derivaba de la concentración mental en una única idea: "monoideísmo" con sus antecedentes de sugestión, aprendizaje y transferencia de entrenamiento. Por lo que respecta a su método de inducción, también se parecía a Faria y a Bertrand aunque con cambios: sustituyó el método de fijación en la mano por el de fijación en un objeto luminoso. En cuanto a sus logros prácticos es de señalar que aplicó la hipnosis a la cirugía (Ellenberger, 1970).

Según Maher y Maher (1995), la teoría de Braid de que la sugestión inducía una clase especial de estado de sueño, aunque fuera vaga, podía recibir mejor aceptación por los investigadores y por los médicos. La idea de que las fuerzas nerviosas se originaban únicamente dentro del paciente y eran activadas por el hipnotizador, era mucho más aceptable que la idea de que fuerzas externas ocultas fuesen manipuladas por el que dirige la actividad. Posiblemente por ello, la hipnosis vivió un nuevo período de auge.

Dos razones señala Gravitz (1991) para explicar el declive oficial de la hipnosis en el tercer cuarto de siglo XIX: la primera, la introducción de los anestésicos químicos en cirugía, ya que éstos eran más aceptables para la comunidad médica y exigían menos entrenamiento y esfuerzo a la hora de aplicarlos; la segunda razón la encuentra en el hecho de que la hipnosis también se utilizaba por multitud de actores de teatro, charlatanes y espiritistas lo que provocaba que se reforzara el recelo tradicional hacia el hipnotismo.

Ellenberger (1970) señala que entre 1860 y 1880 la hipnosis estuvo tan desprestigiada que pocos se atrevían a utilizarla de modo abierto. Esa situación comenzó a cambiar cuando Jean-Martin Charcot (1825-1893), considerado como la mayor autoridad en neurología de su época, emprendió el estudio del entonces llamado hipnotismo, probablemente influenciado por Richet que, posteriormente, recibiría el premio Nobel en Fisiología. Charcot trabajaba en el gran hospital de la Salpêtrière de París y comenzó el estudio del hipnotismo considerándolo más como un instrumento de investigación que como una herramienta terapéutica (Tortosa et al., 1993). Tras sus estudios, Charcot concluyó que el hipnotismo y la hipnotizabilidad estaban determinados somáticamente. La hipnotizabilidad era una condición patológica y el hipnotismo sólo se podía conseguir con pacientes histéricos. Defendía que la susceptibilidad hipnótica de las personas se apoyaba en una debilidad nerviosa, y por tanto diferente a la sugestionabilidad que se encuentra en las personas sanas. Creía que las mujeres eran mucho más fácilmente influenciables que los hombres. Tomando como base de su investigación los datos obtenidos a partir de 12 mujeres histéricas que conocían sus teorías, y a las que nunca hipnotizó personalmente, postuló que en el hipnotismo se daban tres estados nerviosos con sus características distintivas: *Cataléptico* (pérdida de la conciencia, acompañada de rigidez de los músculos); *letárgico* (entumecimiento o somnolencia anormal; y, finalmente, *sonambulismo* (capacidad para levantarse y moverse estando en trance) (Maher & Maher, 1995).

Otro autor preponderante de la Escuela de la Salpêtrière y discípulo destacado de Charcot fue Janet, que también concibió la hipnosis como una histeria artificial, como un estado patológico. No obstante, enfatizó más los aspectos psicológicos como la disociación, en detrimento de los neurológicos como había sucedido con su maestro.

Como opuestos a las teorías presentadas por Charcot y su escuela de la Salpêtrière surgió en Nancy (Lorena), la escuela que lleva su nombre. Esta escuela nació con Augusto Liébeault (1823-1904), que ya había aplicado la hipnosis desde el año de la muerte de Braid (1860), y tuvo como director a Hipólito-María Bernheim (1840-1919). Los dos concibieron la hipnosis como un estado normal de la mente, no patológico, que no sólo se da en los histéricos, y en el que la sugestión desempeña un papel muy importante si no esencial (Gravitz, 1991). Aunque Bernheim no fue el primer autor en señalar el hecho de que las sugestiones son eficaces en ausencia de hipnosis (Braid lo avanzó en 1846), sí parece que fue el primer investigador que postuló de forma explícita que todos los fenómenos hipnóticos pueden ser producidos por sugestión sin una inducción hipnótica previa (Weitzenhoffer, 1978).

Bernheim definía la sugestionabilidad como la aptitud para transformar una idea en un acto. Es decir, para él esta cualidad psicológica tenía como eje a la acción ideomotora (Sarbin & Coe, 1972). Por tanto, el hipnotizado traduce las sugestiones del hipnotizador a representaciones o ideas. Estas ideas luego llevan de forma automática a las conductas correspondientes. Como la elicitación de las conductas es automática, éstas se experimentan como "involuntarias".

La controversia existente entre las dos escuelas se resolvió a favor de la de Nancy, que consiguió convencer de la mayor adecuación de sus postulados teóricos a autores de la talla de Binet (1900), James (1890/1981) y Wundt (1892). Este último autor, Wundt, quiso dar un paso más en la comprensión de los fenómenos hipnóticos intentando descubrir los procesos psicológicos elementales de la sugestión, y llegó a la conclusión de que se trataba de un proceso asociativo acompañado de una restricción de la

conciencia entendida como una focalización de la atención en una idea.

No obstante, como han señalado algunos autores (Spanos & Chaves, 1991), aunque las ideas de Charcot sobre la hipnosis se descartaron, quedó asociada a la hipnosis una terminología neurológica (alucinación, amnesia, hipermnesia, etc.), y una serie de concepciones implícitas difundidas por él (considerar al hipnotizado como un autómatas, y la hipnotizabilidad como un síntoma de debilidad mental), que han permanecido hasta nuestros días, ejerciendo una gran influencia sobre la imagen legítima y no tan legítima de la hipnosis.

La época dorada de la hipnosis de finales del siglo pasado acabó pronto, dándose diversas razones para justificar ese nuevo declive: el hecho de que el psicoanálisis se hiciera preponderante en la psicología clínica y el conductismo en la psicología académica (Cardeña, 1995); la muerte de Charcot, la aplicación generalizada de los anestésicos químicos y la práctica ausencia de datos experimentales sobre los efectos clínicos de la hipnosis (Tortosa et al., 1993).

A partir de ese período dorado, la hipnosis como instrumento terapéutico o de investigación solamente se utilizó de forma aislada, siendo los autores más destacados Pavlov y Hull, que también defendieron que la base de la hipnosis se encontraba en la sugestión. El primero (Pavlov, 1923), mantuvo la idea de que había similitudes entre el sueño y la hipnosis, y concibió que las sugestiones hipnóticas eran reflejos condicionados. El segundo, Hull, a finales de los años veinte introdujo la hipnosis en el laboratorio, empleando grupos control sin hipnotizar (Hull, 1933). Explicó la hipnosis en términos de aprendizaje: hábitos, estímulos y respuestas. Demostró que el sueño y la hipnosis no estaban relacionados; que las sugestiones posthipnóticas pierden su fuerza

después de un tiempo; que el material recientemente adquirido se recupera tanto en estado despierto como en hipnosis; y, según algunos autores (Sarbin & Coe, 1972), preparó el terreno para considerar la hipnosis como un fenómeno interpersonal o social-psicológico aislando la sugestión de prestigio como una formulación explicatoria.

El último resurgimiento de la hipnosis se produjo para satisfacer una necesidad social urgente provocada por la Segunda Guerra Mundial (como ya había ocurrido en la Primera): las neurosis de guerra de los soldados que precisaban de una resolución rápida y eficaz (A. Capafons & Amigó, 1993, b y c; Tortosa et al., 1993). A raíz de ese momento, se originó en los Estados Unidos un aumento progresivo del número de investigadores dedicados al estudio experimental de la hipnosis, partiendo la mayoría de los autores de una concepción de la hipnosis tranceática, de estado especial de conciencia, debido a la influencia que Janet y su teoría de la disociación habían ejercido en ese país, por sí mismo y a través de Prince y Sidis (Ellenberger, 1970).

No tardó mucho tiempo en reproducirse una controversia similar a la que se había planteado a finales del siglo pasado. En efecto, a raíz de las críticas de Sarbin y T.X. Barber a la noción de estado del paradigma tradicional (T.X. Barber, 1969; Sarbin, 1950), se fueron perfilando dos campos teóricos contrapuestos en su concepción de la naturaleza de la hipnosis (Fellows, 1990), que en la década de los años sesenta y setenta se llamaron campos del estado y del no estado; y en los ochenta cambiaron las etiquetas por las de proceso especial y proceso socialpsicológico (Kirsch & Lynn, 1995).

El primer campo, el del estado o del proceso especial, defiende que la respuesta hipnótica es cualitativa y esencialmente diferente de la no hipnótica y producto de un estado alterado de conciencia, o trance, resultado de una inducción hipnótica previa. Asimismo, esta

perspectiva postula que la conducta hipnótica se lleva a cabo por la persona hipnotizada de una forma involuntaria, y que la capacidad para ser hipnotizado es un rasgo bastante estable, poco susceptible de ser modificado por cualquier tipo de estrategia emprendida a tal efecto.

Como reacción a la posición de discontinuidad del paradigma tradicional, la llamada perspectiva cognitivo-comportamental o socialpsicológica de la hipnosis postula que los fenómenos hipnóticos pueden ser explicados por las mismas variables que la conducta y la experiencia no hipnóticas. Además, se rechaza la noción de involuntariedad y pérdida de control en sus respuestas hipnóticas del hipnotizado abogándose, en cambio, por el automatismo o la no volición. Finalmente, se insiste en que la capacidad para ser hipnotizado, o hipnotizabilidad, puede ser modificada en un grado importante por distintos procedimientos creados y depurados de manera experimental para cumplir con ese cometido.

1.3.1.3. TEORÍAS DE LA HIPNOSIS, HOY.

Ese panorama de controversia en su "versión fuerte" de las décadas anteriores se ha ido suavizando, produciéndose una aproximación entre los dos campos (Tortosa et al., 1993). Este acercamiento se ha debido a dos grupos de datos (Kirsch & Lynn, 1995): el primero, porque la inducción hipnótica produce poco aumento de la sugestionabilidad; el segundo, porque no se ha encontrado ningún indicador fiable (conductual, fisiológico o de autoinforme) de ese estado alterado hipnotizado. Además, estos últimos autores señalan que, aunque no se ha llegado a un consenso acerca de la naturaleza de la hipnosis, ya no es apropiado hablar de dos campos contrapuestos en la década de los noventa, debido a que no existe ninguna cuestión que separe a todos los teóricos de un lado de todos los autores del otro, describiéndose mejor las distintas

posturas sobre muchas cuestiones relevantes (estado alterado/no estado; rasgo/contexto), como puntos en diferentes continuos, en distintas dimensiones ortogonales entre sí.

Siguiendo este planteamiento de continuo propuesto por estos investigadores, vamos exponer las teorías sobre hipnosis más representativas en la actualidad, situando en *un extremo del continuo* a los que consideran que la hipnosis es un estado alterado distinto del estado normal de vigilia y de otros estados alterados como la ensoñación y la relajación. Aquí encajarían la mayoría de los psicólogos aplicados, los teóricos psicoanalistas y la mayoría de los fenomenológico-existenciales (los seguidores de Milton Erickson). A continuación, señalamos los autores más relevantes.

De orientación psicoanalítica **Nash** (1991) defiende que la inducción hipnótica provoca una regresión psicológica en el hipnotizado caracterizada por alteraciones en la experiencia del yo y del ello: cambio del procesamiento secundario (pensamiento) al primario (imágenes); mayor receptividad del ego; mayor espontaneidad e intensidad en las emociones; sensaciones corporales inusuales; cambios en la experiencia de la volición; y, finalmente, transferencia.

En su modelo ecléctico del "Cerrajero" **J. Barber** (1991) plantea que la inducción hipnótica provoca un estado alterado en el hipnotizado, que en interacción con el desarrollo de una terapéutica relación arcaica con él, consigue "abrir" sus capacidades disociativas e imaginativas. Defiende que la hipnotizabilidad es modificable variando los procedimientos de inducción y/o el tipo de relación transferencial que se establezca con el paciente.

Bánjai es una autora que también defiende que la hipnosis provoca cambios en el estado o condición del hipnotizado. Ha elaborado un modelo complejo biopsicosociológico para explicar la

experiencia y la conducta hipnótica (Banjai, 1991), en el que se da un peso similar a las dimensiones conductual, experiencial, de relación y fisiológica. Ha diseñado métodos de inducción activos/alerta (Bánjai & Hilgard, 1976; Bányai, Zseni, & Túri, 1993), no basados en la relajación.

Finalmente, hay que destacar dentro de este grupo a **Bowers** (Bowers & Davidson, 1991). Este autor elaboró su Teoría del Control Disociado partiendo de la Neodisociativa de Hilgard (1977), que postula la existencia de un ego ejecutivo como estructura de control central con funciones de planificación y regulación de la conducta y, debajo de él, una serie de sistemas cognitivos y conductuales subordinados con una autonomía relativa. La función que cumplirían las sugerencias hipnóticas, según Bowers, sería la de activar de forma directa los subsistemas de control, después que la inducción hipnótica haya debilitado el control que sobre ellos ejerce el ego ejecutivo. Por lo tanto, las respuestas del hipnotizado serían totalmente involuntarias y fruto de un estado alterado de conciencia, siendo la capacidad para ser hipnotizado un rasgo estable en el tiempo.

En el *otro extremo del continuo* estado alterado/no estado, tendríamos a teóricos como **Hilgard** (Hilgard, 1977, 1991, 1992), que han ido evolucionando en su concepción de la naturaleza de la hipnosis, y ahora utilizan el término estado sólo de forma descriptiva y no para indicar que explique o cause la conducta y experiencia hipnóticas. Su Teoría Neodisociativa postula que las sugerencias hipnóticas actúan sobre el Ego-ejecutivo creando una división en la conciencia: los actos son intencionales, pero los hipnotizados los perciben como involuntarios porque están controlados por una porción del ego separada de la conciencia.

También se encuentran en este extremo del continuo autores clínicos como **Zeig y Renning** (1991), que, aunque se basan en las

aportaciones realizadas por Erickson, han desarrollado un modelo de comunicaciones para explicar la naturaleza de la hipnosis, en el que el concepto de trance es irrelevante y afirman que es mejor eliminarlo para poder ver la hipnosis en su auténtica dimensión: como un proceso interpersonal, centrado en el cliente.

Para completar los autores que se encuentran en *este extremo del continuo* habría que señalar a aquellos que se encuentran en su punto final, que son los que rechazan de forma explícita el constructo de estado por considerarlo engañoso. Aquí se encuadrarían los autores cognitivo-conductuales o social-psicológicos, para los que la conducta hipnótica es sobre todo una conducta social. Postulan que son los aspectos sociales y situacionales del contexto hipnótico en interacción con elementos cognitivos tales como las actitudes, las expectativas y las creencias los que dan cuenta de la experiencia y la conducta hipnótica.

El teórico inicial de este grupo fue **Sarbin**, que creó y, junto a Coe, ha desarrollado la teoría del rol para explicar los fenómenos hipnóticos (Coe & Sarbin, 1991; Sarbin, 1950; Sarbin & Coe, 1972). Según esta teoría definir una situación como hipnótica activa unos esquemas sociales en el hipnotizado (que implican conductas y experiencias subjetivas), que le llevan a representar su papel en la medida que tenga las capacidades adecuadas (de representación del rol, imaginación, concentración, etc.).

T.X. Barber (T.X. Barber, 1969, 1979), ha postulado que la conducta y la experiencia hipnótica son el resultado interactivo de diferentes variables contextuales, cognitivas y sociales. En concreto, serían las actitudes, las creencias y la motivación de las personas para ser hipnotizadas, en conjunción con las características de los procedimientos de inducción hipnóticos y de las sugerencias que recibieran, las que consiguen que la persona piense "como si"

estuviera protagonizando una escena de una película: la de ser hipnotizado.

Spanos (Spanos, 1991; Spanos & Chaves, 1989), es el autor más prolífico de todos los teóricos de la hipnosis, y postula que la hipnosis es como cualquier otra conducta social, una actividad dirigida a una meta en el que el agente es el hipnotizado, que sintoniza con las demandas contextuales y guía su conducta y experiencia hipnótica en función de las interpretaciones que haga de las contingencias situacionales y de los objetivos que quiera alcanzar.

Kirsch (1985, 1990, 1991, 1993), por su parte, defiende una postura de aprendizaje social para la hipnosis. Aunque no excluye la posibilidad de que un factor cognitivo como la imaginación, la absorción o la propensión a la fantasía puedan intervenir a la hora de producir la conducta y la experiencia hipnótica, postula que son esencialmente las expectativas de respuesta las que provocan la respuesta hipnótica, ya que tienden a ser autoconfirmatorias.

Lynn y Rhue (1991) han elaborado un modelo teórico integrador, en el que se concibe al hipnotizado como a un activo buscador e integrador de toda la información que recibe de las distintas fuentes personales, situacionales e interpersonales presentes en la situación hipnótica. Situación que tiene paralelismo con conductas en contextos cooperativos caracterizados por relaciones asimétricas, con guión preestablecido entre los participantes (psicoterapia).

Finalmente, dentro de este extremo de rechazo al concepto de estado se sitúa **Fourie** (1991) que, en su Teoría Ecosistémica postula, que la hipnosis no es una entidad sino un concepto que comprende una situación en la que cierta tipo de conductas se ven como "hipnóticas" y/o "involuntarias" por un proceso de calificación mutua

continua, de co-construcción de los participantes (observadores incluidos).

*Entre los dos extremos anteriores respecto al estado, se encontraría un grupo de autores que defienden la existencia de un trance o estado alterado, pero que no es único de la hipnosis. Así, **Spiegel** (Spiegel, 1994; Spiegel & Spiegel, 1978) considera que la hipnosis es un estado intrapersonal, de trance, que tiene como característica principal una intensa focalización de la atención, que también se da en otras situaciones distintas al contexto hipnótico como son: el efecto placebo, el enamoramiento, la concentración intensa y en los trastornos disociativos.*

Finalmente, podemos hacer mención de **Edmonston** (1991). Autor que aunque considera que en la hipnosis también se dan procesos disociativos y de regresión psicológica, dedica su tarea investigadora a demostrar la validez de su identificación de la hipnosis con otro estado alterado, la relajación, a la que llama "anesis" (del griego anesis: "relajarse, dejarse ir").

1.3.2. LA TERAPIA DE AUTO-REGULACIÓN EMOCIONAL

La estrategia terapéutica que se ha utilizado en este trabajo es heredera de la perspectiva teórica de la hipnosis iniciada por la Comisión Investigadora de Franklin, y seguida con posterioridad por Faria, Bertrand, Braid, Bernheim y la escuela de Nancy, y los autores del enfoque cognitivo-comportamental o socialpsicológico de la hipnosis, en especial de Kirsch y su teoría de la expectativa de respuesta.

No obstante, aunque enmarcada en esa perspectiva, la Terapia de Auto-Regulación surgió para superar las dos principales limitaciones que presenta el empleo de la hipnosis como herramienta de intervención (Amigó, 1990, 1992a, 1993a): la

primera, el rechazo a ser hipnotizados que manifiestan algunos pacientes debido a los distintos mitos que impregnan la sociedad (pérdida del control, sólo funciona con las personas crédulas, existe el riesgo de quedar en trance permanente, etc.); la segunda, que muchos de los pacientes a tratar muestran un nivel bajo de sugestionabilidad hipnótica, lo que ocasiona un escaso, cuando no nulo, aprovechamiento de la sugerencias terapéuticas.

Para resolver dichas limitaciones, el autor creó las distintas variantes de la Terapia de Auto-Regulación (Emocional, Fisiológica, Motivacional, etc.), que rompen con la idea tradicional de la hipnosis en diversos aspectos que pasamos a describir a continuación.

I.3.2.1. DIFERENCIAS CON LA HIPNOSIS TRADICIONAL

I.3.2.1.1. LA HIPNOSIS DESPIERTA.

El primero de los aspectos diferenciadores, es que en los distintos procedimientos de la Terapia de Auto-Regulación Emocional no se alude para nada a la hipnosis, eliminando la posibilidad de elicitar los miedos asociados a ella. Además, no se da ninguna sugestión, ni directa ni veladamente, para provocar sensaciones de relajación y/o sueño en el paciente sino que, por el contrario, se insiste en la activación mental. La persona mantiene los ojos abiertos, puede moverse con total normalidad y mantener un diálogo fluido, a través del cual se pueden detectar las dudas y reticencias -denominadas "interferencias" por Amigó (1992a)-, y disiparlas.

Esta forma *activa* de manejar la sugestión, como se ha visto más arriba, tiene sus antecedentes en Braid y en Bernheim, que insistieron en que se podían conseguir los mismos fenómenos de un estado hipnótico, sin necesidad de utilizar previamente una

inducción hipnótica. No obstante, fue Wells (1924) quien, inspirándose en Coué, diseñó una serie de experimentos que comprobaban la eficacia de esta nueva estrategia, acuñando para ella la expresión de "hipnosis despierta" por oposición a la "hipnosis dormida" tradicional.

Otros antecedentes en esta línea activa de utilizar la sugestión, se encuentran en autores como Bánjai (Bányai & Hilgard, 1976; Bányai, Zseni, & Túri, 1993) y Gibbons (1979), que han propuesto métodos hipnóticos que eliminan la presencia de sugestiones de relajación y/o de sueño en sus procedimientos. Los primeros utilizan una bicicleta estática, en la que el paciente pedalea para activar su cuerpo y su sensibilidad a las sugestiones, estando con los ojos abiertos y conversando de una forma normal (teniendo en cuenta el ejercicio). El otro autor, Gibbons, utiliza un conjunto de sugestiones de alerta y de expansión de la mente al que llama "Hiperempiria".

A. Capafons, por su parte (A. Capafons, 1998; Cardeña et al., 1998), ha desarrollado un método de hipnosis activo-alerta alternativo para superar las deficiencias de los dos anteriores (la hiperempiria se realiza con los ojos cerrados y el método de Bánjai precisa de una bicicleta o de una sala amplia para andar). Su método de "vigilia-alerta" utiliza el movimiento de una mano para lograr la activación física. Una vez que ésta se percibe como automática debido a las instrucciones, se dan sugestiones de expansión de la mente y de sentir la necesidad de caminar por la habitación. Tras la inducción se realizan algunos ejercicios clásicos para "demostrar" al hipnotizado lo que su mente es capaz de hacer (ej.: levitación del brazo). Se ha comprobado que este método se percibe como más agradable y es preferido al método de Bánjai (Cardeña et al., 1998).

I.3.2.1.2. ÉNFASIS EN EL AUTOCONTROL.

Se han señalado distintos aspectos en los que la Terapia de Auto-Regulación Emocional enfatiza el autocontrol del paciente (A. Capafons, en prensa; A. Capafons & Amigó, 1995). Entre esos elementos se puede destacar el estilo permisivo en el que se dan las sugerencias, transmitiéndole al paciente la responsabilidad de elegir entre muchas estrategias alternativas, basadas tanto en la imaginación como en el recuerdo sensorial. También se insiste en la idea de que la técnica permite aumentar el potencial personal y su "control mental". Todo esto tiene como consecuencia que la persona se perciba más activa, más participativa y, por lo tanto, con mayor control sobre la situación de trabajo terapéutico.

Además de estos aspectos que se despliegan dentro de las sesiones de terapia, existe otro elemento de la técnica en el que se subraya el autocontrol del paciente y que se manifiesta de forma más clara fuera de ellas. Nos referimos al entrenamiento que recibe el paciente para que pueda realizar los ejercicios para "auto-regularse" allí donde las circunstancias lo exijan (p.e.: unas turbulencias inesperadas), y acomodar las sugerencias a las necesidades del momento. Con ello, el paciente asume el rol de terapeuta de sí mismo, con lo que se gana en flexibilidad y en sentimientos de autoeficacia (Bandura, 1977).

Esta forma de proceder obvia el problema de la pérdida de eficacia que, con el tiempo, sufren las sugerencias "post-hipnóticas" (Hull, 1933), al acercar el espacio temporal entre la sugestión y el momento de su "cumplimiento" (A. Capafons, en prensa). Este sistema ya fue avanzado por autores que vieron la posibilidad de utilizar la autohipnosis como un método para reforzar de forma indefinida las sugerencias hipnóticas (Wolberg, 1948). No obstante, la insistencia en ver la hipnosis como una herramienta para lograr un mayor autocontrol del paciente es más reciente (Diamond, 1989;

Gibbons, 1979; Katz, 1978; Lazarus, 1958; Spiegel & Spiegel, 1978), alcanzando su momento álgido en la presente década (A. Capafons, en prensa; González-Ordi & Miguel-Tobal, 1993).

En definitiva, podemos decir que la Terapia de Auto-Regulación Emocional con su énfasis importante en el autocontrol, es una técnica terapéutica de los años noventa, década en la que la sociedad demanda terapias más "democráticas", con mayor protagonismo por parte del paciente y que tengan una relación coste/beneficio lo más óptima posible. Estrategias de intervención que sean, como la utilizada en este trabajo, agradables, rápidas y flexibles. Es decir, que persigan cumplir el criterio de "utilidad" (Capafons, 1992, 1993 a y b).

I.3.2.1.3. INCREMENTO DE LA SUGESTIONABILIDAD

Como última diferencia importante, podemos señalar que la Terapia de Auto-Regulación Emocional tiene la originalidad de haber sustituido los métodos de inducción de la hipnosis tradicional por un conjunto de ejercicios basados en el concepto de "recuerdo sensorial" (Kroger & Fezler, 1976), y diseñados de modo específico para incrementar la sugestionabilidad de los pacientes.

Amigó (1990, 1992a), partió de los distintos estudios realizados por autores de la perspectiva cognitivo-conductual de la hipnosis para desarrollar programas de incremento de la hipnotizabilidad (Sachs & Anderson, 1967), y de programas basados en instrucciones y de estrategias para responder de forma adecuada a las mismas (T.X. Barber & Wilson, 1977; Katz, 1975). Sachs y Anderson fueron quienes más influyeron sobre el creador de la técnica. Estos autores se sirvieron de estímulos físicos (p.e. libros) para instigar respuestas en los participantes (sensaciones de pesadez), y a través del moldeado (graduación de tareas, refuerzo positivo y aproximaciones sucesivas), y el desvanecimiento fueron configurando las respuestas

a las sugerencias hipnóticas. Amigó (1992a), siguiendo este enfoque aunque desde una perspectiva más cognitiva, ideó un conjunto de procedimientos para manejar e incrementar la sugestionabilidad y añadió tres instigadores físicos (agua fría, ceniza y zumo de limón), para conseguir acceder a mayor número de personas.

En conjunto, sus procedimientos contienen los tres componentes postulados por Diamond para lograr incrementar la respuesta a las sugerencias hipnóticas (Diamond, 1974; 1977a; 1977b, -en Coe, 1980-):

1. *Factores para el aprendizaje óptimo*: aumento de la motivación y de la atención hacia el examinador y los procedimientos de entrenamiento. También conviene el empleo de aproximaciones sucesivas a la respuesta objetivo, practicar las respuestas recién aprendidas y proporcionar feedback y refuerzo de los éxitos.

2. *Actitudes y predisposición*: reducción de actitudes y expectativas que interfieran con la tarea y desarrollo de un rapport adecuado.

3. *Estrategias cognitivas*: el factor más importante para Diamond. Pretende con ellas enseñar a los participantes las formas óptimas de responder internamente a las instrucciones, mediante el alejamiento de las preocupaciones cotidianas, el control de la imaginación y la concentración de la atención en la tarea.

I.3.2.2. EL MODELO DE LA TERAPIA DE AUTO-REGULACIÓN

El creador de la técnica ha señalado (Amigó, 1992a), que las diversas variantes de la Terapia de Auto-Regulación (Emocional, Fisiológica, etc.), tienen en común cuatro elementos importantes: a) enseñan al paciente a emplear la sugestión o auto-habla de forma eficaz; b) el paciente responde a fuertes demandas ambientales pero sin realizar un duro o considerable esfuerzo; c) aumentan la sensación de eficacia y capacidad en los pacientes; y, por último, d)

se presentan como procedimientos que enseñan a "hablar con eficacia al cerebro", potenciando sus recursos menos utilizados.

Para describir los mecanismos de funcionamiento de la Terapia de Auto-Regulación en sus distintas variantes, Amigó (1992a), ha presentado un modelo de cambio que pretende dar cuenta de fenómenos tales como el placebo y la sugestión. Es un modelo que se basa en la cadena Estímulo-Organismo-Respuesta-Consecuencias, con circuito reverberante entre sus diferentes componentes que lo convierte en un sistema, y que tiene como eje central los mecanismos automáticos o procesos no controlados del Organismo.

Así, el conjunto estimular de entrada está conformado por los elementos del ambiente físico, las propias autoinstrucciones conscientes del paciente o sus procesos de pensamiento, las instrucciones o sugerencias terapéuticas, y un conjunto de aspectos relacionados con la influencia social (rapport, modelado, prestigio del terapeuta, etc.).

Mediando entre los estímulos de entrada y la respuesta se encuentra el organismo, que debe procesar de forma adecuada toda la estimulación que recibe para producir los efectos deseados. Según el autor, en el organismo se pueden observar tres conjuntos de características:

a) Variables de personalidad y capacidades como el recuerdo sensorial (capacidad para reproducir ante un estímulo las respuestas que previamente se le asociaron), la absorción, la imaginación, etc.

b) Condiciones psicológicas motivacionales y actitudinales: motivación, actitud positiva, expectativas de que la respuesta se produzca, no interferencia con pensamientos negativos y el no forzar la aparición de las sensaciones.

c) Condiciones físicas óptimas de activación cortical y relajación autonómica.

Además de lo señalado, en el organismo se dan una serie de procesos como la transformación en imágenes del estímulo de entrada y recuerdo sensorial, el cambio del foco atencional y dirección de la atención, la huella neuronal y el lenguaje simbólico y figurativo. Estos procesos representarían, según Amigó, los mecanismos automáticos de acción que, en su interrelación con las demás variables del organismo, determinan la aparición de la respuesta.

Cuando aparece un estímulo dado, éste se procesa, y si concurre el mínimo suficiente y adecuado de las condiciones anteriormente indicadas, las respuestas podrían ser de tres clases:

a) Sensaciones "sorprendentes". Son respuestas desproporcionadas respecto a la intensidad del estímulo que las elicit (la palabra del terapeuta o una autoinstrucción del propio paciente), impactan sobre las variables orgánicas incrementando las expectativas de consecución de futuras respuestas, las expectativas de autoeficacia y las expectativas de éxito terapéutico.

b) Constatación indirecta del éxito. Cuando el paciente no es consciente de sus respuestas, los comentarios del terapeuta pueden proporcionar la información adecuada.

c) Adoptar un rol. El paciente adopta el rol de persona libre del trastorno y se involucra en él, refocalizando la atención sobre las señales internas de relajación y de no preocupación sobre el problema, reduciendo la atención sobre las señales de tensión o ignorándolas por completo.

Con independencia de cual de las tres respuestas se presente, se incrementarían las expectativas de autoeficacia y de respuesta que facilitarían la aparición de nuevas respuestas a los mismos o diferentes estímulos o sugerencias terapéuticas, influyendo de modo decisivo en la consecución de los objetivos de la terapia.

1.3.2.3. ÁREAS DE APLICACIÓN DE LA TÉCNICA

En la década escasa que abarca la corta historia de la Terapia de Auto-Regulación Emocional, ésta se ha aplicado con éxito a distintos problemas psicológicos y físicos (A. Capafons, en prensa), siendo el tabaquismo y la obesidad media las áreas que, hasta ahora, han sido investigadas a través de estudios de resultado con grupos de control.

Respecto al tabaquismo, se ha comprobado la eficacia de un programa multicomponente basado en la Terapia de Auto-Regulación Emocional que se administra en 6 sesiones, a las que se pueden añadir 2 ó 3 sesiones adicionales (Bayot, 1994; Bayot, A. Capafons, & Amigó, 1995; Bayot, A. Capafons, & Cardeña, 1997; A. Capafons, 1993; A. Capafons, 1994; A. Capafons & Amigó, 1995; A. Capafons, Amigó, & Bayot, 1992). De las 38 personas que completaron el tratamiento, el 82% dejó de fumar y un 13% más redujo su tasa de consumo de forma importante. En cambio, en el grupo control de no tratamiento (N= 37), sólo el 8% lo consiguió. El seguimiento realizado a los 6 meses, mostró que el 66% de las personas que erradicaron su hábito, se mantenía abstinentes y con pocas molestias debidas al síndrome de abstinencia.

Por lo que se refiere a la obesidad media, se ha puesto a prueba un programa de tratamiento que consta de 8 sesiones (A. Capafons, Casas, & Amigó, 1997; Casas & A. Capafons, 1996). Se compararon tres grupos: el grupo de Terapia de Auto-Regulación, el grupo de control de lista de espera, y el grupo control placebo. Se encontraron diferencias a favor del grupo de Terapia de Auto-Regulación Emocional en peso e índice de masa corporal respecto a los grupos control y placebo; y respecto al grupo control de espera en el índice cintura/cadera. En los seguimientos realizados 3 y 6 meses después se mantenían las reducciones logradas sobre todo en la última variable señalada.

También hay evidencia empírica de la eficacia de la técnica, esta vez con diseño de N= 1, en la reducción del consumo de sustancias como la efedrina, la cocaína y el éxtasis (Amigó, 1993b; 1994). El diseño del tratamiento en estos casos persigue que los pacientes puedan llegar a reproducir de forma voluntaria, las reacciones de esas drogas a través del recuerdo sensorial.

La Terapia de Auto-Regulación Emocional se ha empleado también en la dismenorrea. Sánchez y Moix (1993) informaron de la aplicación de la técnica a 4 mujeres, a las que el tratamiento consiguió disminuir sus molestias menstruales. Por su parte, Amigó y A. Capafons (1996) aplicaron la técnica a una mujer, consiguiendo reducir de forma drástica el dolor menstrual y la ansiedad e irritabilidad que experimentaba. Resultado que se mantenía en un seguimiento realizado a los tres meses de finalizar el tratamiento aplicado en 6 sesiones.

Finalmente, otro campo en el que se ha aplicado la Terapia de Auto-Regulación Emocional ha sido el del miedo a volar, tema del que se ocupa este trabajo de investigación. Veamos a continuación los resultados obtenidos con ella.

II. PARTE EXPERIMENTAL

Esta segunda parte la vamos a destinar a ofrecer información acerca de la metodología general empleada en este trabajo y de los resultados obtenidos en la comprobación de la eficacia terapéutica del programa de Auto-Regulación Emocional para la fobia a volar en avión.

Comenzaremos con la exposición de los principales objetivos que perseguimos con este trabajo y se formularán las predicciones sobre los resultados que se esperan obtener. Seguidamente, describiremos el proceso de selección de las personas que han participado en este estudio y analizaremos las características demográficas de las personas, con o sin miedo a volar, que se han constituido como las muestras de este trabajo. Proseguiremos con la presentación de información pormenorizada acerca de todos los instrumentos de evaluación utilizados en cada una de las áreas estudiadas. Asimismo, dedicaremos un capítulo a describir las características del programa de intervención del que se ocupa esta tesis y las fases de las que se compone. Finalizaremos este primer título, exponiendo las características del diseño que hemos empleado, especificando el procedimiento seguido a lo largo de toda la investigación.

Se continuará esta parte experimental con un título destinado a presentar la información relativa a todos los resultados obtenidos en esta investigación. Se comenzará por aportar los datos resultantes de estudiar los tres grupos considerados -control de lista de espera, de tratamiento de Terapia de Auto-Regulación Emocional¹ y de ningún miedo- en las variables demográficas (edad, sexo, nivel académico, ocupación y estado civil).

Posteriormente, con los dos primeros grupos mencionados, se estudiará la homogeneidad que presentan en las variables

¹ A partir de aquí grupo control y grupo experimental.

dependientes que hemos utilizado por estar directamente implicadas en el miedo a volar en avión, y en las variables que se han empleado para estudiar los posibles efectos de generalización del programa de intervención (capacidad de relajación, otros miedos en general, estrategias de afrontamiento y sintomatología psicopatológica).

Seguidamente, se estudiarán las consecuencias que tiene, tanto en las variables dependientes como en las variables de generalización, la aplicación del programa terapéutico en el grupo experimental o el transcurso del período de espera en el grupo control.

A continuación se examinará el grado de eficacia del programa de Auto-Regulación Emocional con distintos criterios, realizando comparaciones entre los grupos control y experimental y entre los dos grupos fóbicos juntos con el grupo que no tiene ningún miedo a volar en avión.

En penúltimo lugar, se examinará el mantenimiento de los resultados en las variables dependientes y de generalización, a los seis meses de aplicado el programa de intervención.

Se finalizará esta parte experimental, estudiando la predicción de los resultados terapéuticos que pudieran conseguir ciertas variables del conjunto total utilizado.

II.1. METODOLOGÍA GENERAL Y CARACTERÍSTICAS DEL PROGRAMA

II.1.1 OBJETIVOS Y PRINCIPALES PREDICCIONES DE ESTE TRABAJO

La realización de este trabajo de investigación persigue, esencialmente, una serie de objetivos fundamentales que pasamos a especificar en los siguientes puntos:

a) Elaboración de un programa de intervención psicológica de administración individual, basado en la Terapia de Auto-Regulación Emocional, para eliminar la fobia a volar en avión, que reúna las características de ser estándar y flexible a la vez. Estándar, para que cualquier psicólogo, suficientemente experimentado en la intervención psicológica en general y en los procedimientos y fundamentos de la Terapia de Auto-Regulación Emocional en particular, pueda aplicar eficazmente este programa con el grado de homogeneidad exigido en toda investigación terapéutica. Flexible, para que este programa pueda ser adaptado a las características personales de todas y cada una de las personas que, sufriendo este tipo de fobia, pretendan erradicarla.

b) Valoración del grado de eficacia terapéutica de este programa de intervención, en función de las variables dependientes utilizadas, para el conjunto de la muestra de personas a las que se les ha administrado el programa.

c) Detección de la variable o variables, si existen, que determinen la conveniencia de la elección de dicha técnica terapéutica en la intervención psicológica sobre este tipo de fobia. Se tendrán en cuenta las variables demográficas utilizadas tradicionalmente, las variables que miden de modo específico el miedo a volar, las variables de generalización ya señaladas con anterioridad, y las variables que miden las expectativas de éxito terapéutico.

d) Estudio de los posibles efectos de generalización que tenga este programa de intervención psicológica en áreas de funcionamiento personal no tratadas directamente.

Con estos objetivos señalados aspiramos a que, a lo largo de este trabajo, se obtengan resultados que nos permitan comprobar la validez de las predicciones principales que enumeramos seguidamente:

1.- El programa elaborado sobre la base de los procedimientos de la Terapia de Auto-Regulación Emocional, como estrategia terapéutica, puede eliminar o reducir el miedo a volar en avión.

Para anticipar esta predicción nos apoyamos en el hecho de que la Terapia de Auto-Regulación ha mostrado su eficacia como adjunto en las diferentes investigaciones llevadas a cabo por el equipo de A. Capafons en las distintas áreas mencionadas en la parte teórica y en los resultados que se han obtenido con otras técnicas basadas en la sugestión (hipnosis y entrenamiento autógeno) para el tratamiento de la fobia a volar (Bakal, 1981; Burrows, 1978; Deyoub & Epstein, 1977; Levitt, 1975; Spiegel, Marruffi, Frischholz, & Spiegel, 1981).

2.- La predicción de eficacia depende, en parte, de la expectativa de éxito que las personas atribuyan a la terapia. Esta predicción se basa en el estudio realizado por Villamarín y Bayés (1985) y en los estudios realizados por Kirsch (Kirsch, 1985, 1990, 1991, 1995) en los que demuestra que las expectativas median, de forma clara, en las respuestas a la sugestión.

3.- El éxito no depende de la puntuación alcanzada en la escala de Auto-Regulación Emocional (de la cual no existen hasta la fecha de estudios de fiabilidad y validez, aunque hay un investigación en curso en la Universidad de Valencia), como se ha visto en repetidos

trabajos de investigación realizados por el equipo dirigido por el Dr. A. Capafons (Bayot, A. Capafons, & Amigó, 1995, Casas & A. Capafons, 1996).

4.- Se espera que el programa de Auto-Regulación tenga efectos positivos de generalización en los miedos más relacionados con la fobia a volar en avión (acrofobia y claustrofobia). Para realizar esta predicción nos basamos en los resultados obtenidos por Sosa y colaboradores (1995), donde se encuentra que la escala del Inventario de Miedos (IM) que más correlaciona con las escalas de miedo a volar es, justamente, la escala de "Acrofobia y Claustrofobia".

Sin apoyo empírico y, por lo tanto, desde un punto de vista fundamentalmente racional, presuponemos que:

5.- La aplicación del programa de Auto-Regulación tendrá efectos positivos de generalización en la capacidad de relajación general de las personas tratadas, medida por el cuestionario CAP-REL. Esta predicción se basa en el supuesto de que si una persona gana en capacidad para conseguir estar relajado ante los estímulos relacionados con el avión, también aplicará esa habilidad en otras facetas de su vida.

6.- El programa de intervención terapéutica se generalizará positivamente a la capacidad de afrontamiento, medida por el ESAFAC, de las personas que reciban el tratamiento. Esta predicción se basa en el hecho de que la Terapia de Auto-Regulación es, como se ha comentado en la parte teórica, una técnica de autocontrol, y su dominio afectará en consecuencia a la percepción de la capacidad de afrontamiento de las personas a las que se les administre.

7.- Dado que según el DSM-IV (APA, 1994), las personas que padecen trastornos fóbicos suelen sufrir otros trastornos de ansiedad, podemos suponer que si se produce una mejora en el trastorno fóbico de los pacientes tratados con la técnica de Auto-Regulación, dicha mejora afectará al nivel de ansiedad debido a un proceso de *transfer* positivo. Asimismo, una mejora en el trastorno fóbico puede afectar positivamente a los niveles de hipocondría dado que el paciente puede sentir un mayor control sobre sus problemas e incrementar sus expectativas de mejora en general.

8.- El programa de Auto-Regulación Emocional no se encuentra comprometido con el tipo de respuesta de ansiedad del sujeto. Será, por lo tanto, tan eficaz en los sujetos donde prevalezcan las alteraciones de las respuestas psicofisiológicas como en aquellos en que predominen las alteraciones cognitivas o motoras. Esta predicción se realiza pensando en que la persona puede lograr el control, mediante la sugestión empleada por la Terapia de Auto-Regulación Emocional, tanto de sus respuestas cognitivas, fisiológicas como motoras.

II.1.2. PARTICIPANTES

II.1.2.1 SELECCIÓN DE LAS PERSONAS QUE TOMARON PARTE EN ESTE ESTUDIO

La selección de las personas se llevó a cabo después de una campaña de difusión realizada por el equipo de investigación a través de los medios de comunicación de masas: radio, prensa y televisión. En esa campaña se informaba que los que tuvieran miedo a volar, podrían eliminarlo participando en unos programas de tratamiento que se habían puesto en marcha en la Facultad de Psicología. Estos programas eran de aplicación individual y gratuitos, ya que estaban subvencionados por la Consejería de Educación del Gobierno de Canarias.

La muestra de participantes fóbicos fue seleccionada para formar parte del presente trabajo, en función de los siguientes requisitos:

El primero de ellos consistió en que los pacientes acudiesen por sí mismos en busca de tratamiento para su problema. Con ello se perseguía conseguir una muestra clínicamente relevante. Gracias a la campaña de difusión comentada más arriba, se facilitó que quienes sufrieran este trastorno pudieran contactar con nuestro equipo de investigación.

El segundo de los requisitos fue el que no padecieran otros trastornos psicológicos o que, de tenerlos, su fobia a viajar en transporte aéreo fuera el más importante. De hecho, todos los pacientes cumplían el criterio para el diagnóstico de *Fobia Específica* [300.29]. Tipo situacional según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (APA, 1994 40 edición), y se descartaron otros trastornos susceptibles de ser confundidos con éste (por ejemplo, *Agorafobia sin historia de trastorno de angustia* o *Trastorno de Angustia con Agorafobia*).

El tercer requisito se basa en un criterio independiente extraído de la información recogida en la entrevista IDG-FV. El mencionado criterio ha sido desarrollado por J.I. Capafóns (1991) y ha demostrado su utilidad diagnóstica en la validación de distintos instrumentos de evaluación del miedo a volar (J.I. Capafóns et al., 1997; Herrero, 1993; Sosa et al., 1995; Viña, 1993) y como criterio clínico de eficacia terapéutica (Avero, 1996; López, 1996; Viña, 1996). Dicho criterio se refiere a que las personas con miedo a volar debían de alcanzar una puntuación mínima en tres preguntas de la entrevista, para ser seleccionadas como muestra de este trabajo de tesis doctoral.

Las preguntas en cuestión son las siguientes: la número 37, que interroga sobre el nivel de miedo a viajar en avión en una escala de cuatro puntos ("Nada", "Algo", "Mucho" o "Muchísimo"); la número 40, variable de evitación conductual, que evalúa la predisposición de la persona a viajar en avión en una escala de cinco puntos ("No tiene miedo, viaja siempre"; "Sí viaja, pero se lo pasa bastante mal"; "Sí viaja, pero se lo pasa muy mal" y "No, nunca viaja") y, por último, la pregunta número 43, que chequea detalladamente la presentación, durante el vuelo, de veintiún manifestaciones o sensaciones molestas. Manifestaciones que son, sobre todo, de tipo fisiológico ("Dificultades para respirar", "Taquicardia", "Opresión o dolor en el pecho", etc.), aunque algunas acogen manifestaciones de corte cognitivo ("Miedo a volverme loco", "Miedo a perder el control de sí mismo"). La probabilidad de presentación de todas y cada una de las manifestaciones se sondea a través de una escala de cuatro puntos ("No"; "Alguna vez"; "Muchas veces" y "Siempre"). En esta pregunta se contempla una última categoría de respuesta ("Nunca ha viajado"), para todas aquellas personas que debido a un intenso miedo jamás han volado y desconocen, por lo tanto, qué tipo de manifestaciones perturbadoras tendrían lugar si lo hicieran.

Las combinaciones de las distintas respuestas a estas tres preguntas, dan lugar a cinco niveles diferentes en cuanto a la intensidad del miedo a volar que pueden sufrir las personas:

1) **Miedo Muy Alto:** Las personas de este nivel máximo de miedo han contestado de una de las dos formas siguientes a las tres preguntas criterio: a) tienen "**muchísimo**" miedo a viajar en avión (pregunta n1 37) y "**nunca**" viajan en avión, aunque no les quede otro remedio (pregunta n1 40); b) tienen "**muchísimo**" miedo a viajar en avión (pregunta n1 37), sí viajan en avión cuando no les queda otro remedio, pero se lo pasan "**muy mal**" (pregunta n1 40) y han alcanzado un sumatorio superior a 15 en la pregunta n1 43 referida a las manifestaciones molestas.

2) **Miedo Alto:** En este nivel han sido incluidas las personas que han contestado de alguna de las tres maneras siguientes: a) tienen "**muchísimo**" miedo a viajar en avión (pregunta n1 37), viajan cuando no les queda otro remedio, pero pasándoselo "**muy mal**" (pregunta n1 40) y tienen un sumatorio de manifestaciones molestas en la pregunta número 43 igual o inferior a 15; b) han manifestado como las anteriores que tienen "**muchísimo**" miedo (pregunta n1 37), se lo pasan "**bastante mal**" cuando vuelan (pregunta n1 40) y tienen cualquier sumatorio en la pregunta número 43; c) tienen "**mucho**" miedo a volar (pregunta n1 37), contestan a la pregunta n1 40 indicando que se lo pasan "**muy mal**" o "**bastante mal**" cuando vuelan y el sumatorio que alcanzan en la pregunta número 43 es superior a 15.

3) **Miedo Moderadamente Alto:** En esta categoría quedarían englobadas las personas que se han manifestado de una de estas dos formas: a) afirman tener "**mucho**" miedo a volar (pregunta n1 37), se lo pasan "**muy mal**" o "**bastante mal**" (pregunta n1 40) y tienen un sumatorio en la pregunta n1 43 igual o inferior a 15; b) han contestado "**mucho**" en la pregunta n1 37, "**algo mal**", en la número 40 y tienen un sumatorio en la pregunta n1 43 superior a 15.

4) **Miedo Moderadamente Bajo:** En este nivel se clasifican las personas que han combinado sus respuestas de una de estas tres maneras: a) han expresado su "**mucho**" miedo a volar (pregunta n1 37), se lo pasan "**algo mal**" cuando vuelan (pregunta n1 40) y presentan un sumatorio igual o inferior a 15 en la pregunta número 43; b) contestan "**algo**" a la pregunta n1 37, afirman "**Sí, pero me lo paso bastante mal**" o "**Sí, pero me lo paso algo mal**" ante la pregunta número 40 y reflejan cualquier sumatorio en la pregunta número 43; c) afirman tener "**algo**" de miedo (pregunta n1 37), se lo pasan "**muy mal**" cuando vuelan (pregunta n1 40) y tienen un sumatorio igual o inferior a 15 en la pregunta número 43 referida a las manifestaciones molestas.

5) **Ningún Miedo**. Aquí, quedan encuadradas las personas que manifiestan no tener "**nada**" de miedo a viajar en avión (pregunta n1 37), viajan en avión "**siempre**" que tienen oportunidad (pregunta n1 40) y alcanzan en la pregunta n1 40 un sumatorio igual o inferior a 15.

Estos cinco niveles se recogen en el Cuadro n1 1 con las diferentes combinaciones de preguntas claves de la IDG-FV y sus posibles respuestas.

CUADRO Nº 1: NIVELES DE MIEDO SEGÚN EL CRITERIO DE LA IDG-FV

NIVEL DE MIEDO	PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA IDG-FV		
	37. <i>Cuánto miedo</i>	40. <i>¿Viaja?, ¿cómo?</i>	43. <i>Manifestaciones</i>
Muy Alto	Muchísimo	No, nunca	$\sum = 0$
	Muchísimo	Sí, muy mal	$\sum > 15$
Alto	Muchísimo	Sí, muy mal	$\sum \geq 15$
	Muchísimo	Sí, bastante mal	$\sum = x$
	Mucho	Sí, muy mal o Sí, bastante mal	$\sum > 15$
Moderadamente Alto	Mucho	Sí, muy mal o Sí, bastante mal	$\sum \geq 15$
	Mucho	Sí, algo mal	$\sum > 15$
Moderadamente Bajo	Mucho	Sí, algo mal	$\sum \geq 15$
	Algo	Sí, bastante mal o Sí, algo mal	$\sum = x$
	Algo	Sí, muy mal	$\sum \geq 15$
Ningún Miedo	Nada	Viaja siempre	$\sum \geq 15$

Nota: X = Cualquier puntuación.

Una vez que se han visto los distintos niveles de miedo a volar que hemos considerado a partir de la entrevista diagnóstica IDG-FV, ya podemos señalar que el tercer requisito para que las personas que acudían para ser tratadas fueran seleccionadas para este trabajo, era que debían quedar englobadas en uno de los tres niveles siguientes: de "Miedo Muy Alto", "Miedo Alto" o "Miedo Moderadamente Alto".

Además de cumplir con los requisitos anteriores, las personas que fueron tratadas con esta estrategia terapéutica tenían que comprometerse previamente a: no realizar viajes en avión durante el período de tiempo que durara el tratamiento, y a viajar en avión inmediatamente después de terminada la intervención, si el problema se hubiera superado.

Finalizamos este epígrafe señalando que, además de la muestra de personas con fobia a volar en avión, se empleó una muestra de personas sin ningún miedo a volar, esto es, personas que se encuadran en el nivel de "Ningún Miedo" según el criterio ya señalado que nos permitirá realizar las comparaciones oportunas entre fóbicos a volar en avión y no fóbicos.

II.1.2.2 CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS CON FOBIA A VOLAR QUE PARTICIPARON EN ESTE ESTUDIO

Como producto de la aplicación de los criterios de selección especificados en el epígrafe anterior, la muestra disponible de personas con fobia a volar en avión que participó en este estudio, quedó formada por 42 personas, de las cuales 30 (71,4%) son mujeres y 12 (28,6%) son varones. La edad de las personas que componían la muestra fóbica oscila entre los 17 y los 50 años, con una media de 32,98 años y una desviación típica de 7,71. Todas las personas que formaron parte de esta muestra eran residentes de la Comunidad Autónoma de Canarias.

En la Tabla N1 1 se presenta la distribución de la muestra de personas fóbicas en función de las variables demográficas edad y sexo. Como puede observarse en dicha tabla, resulta evidente que existe una clara predominancia de las mujeres en todos los niveles de edad y en el total de la muestra fóbica. Esta distribución no sorprende si se tienen en cuenta que los datos de prevalencia sobre la fobia a volar van en una línea similar y que las mujeres parecen más dispuestas a reconocer que tienen este tipo de trastorno que los hombres. Asimismo, puede comprobarse en la tabla, que el rango comprendido entre los treinta y uno y los cuarenta años de edad es el más numeroso en los dos sexos, alcanzando éste prácticamente a la mitad o más de la mitad de la muestra. El resto de los rangos de edad estudiados se distribuye de manera desigual entre hombres y mujeres. En el caso de las mujeres el siguiente rango más frecuente es el de menos de 30 años y, en el caso de los varones, el de más de 40.

TABLA N° 1

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE PERSONAS CON FOBIA EN FUNCIÓN DE LA EDAD Y EL SEXO.

EDAD	<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>TOTAL</u>	
	N	%*	N	%*	N	%*
≥ 30 años	2	16.7	12	40.0	14	33.3
Entre 31 y 40 años	7	58.3	13	43.3	20	47.6
> 40 años	3	25.0	5	16.7	8	19.1
TOTALES	12	100.0	30	100.0	42	100.0

NOTA: *: porcentajes parciales para cada grupo de sexo.

Por lo que respecta a la variable "Nivel Académico" en relación al sexo, podemos apreciar en el Tabla N1 2, que casi un sesenta por ciento de las personas con fobia a volar que han participado en este trabajo han cursado estudios universitarios, habiéndolos completado un 42,9% y estando pendientes de conseguirlo un 16,7%. Asimismo, podemos comprobar en la tabla, que un 30,9% de personas han cursado estudios de enseñanzas medias y que, finalmente, la proporción más baja ha correspondido a aquellas personas que no han cursado estudios superiores a la E.G.B.

TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE PERSONAS CON FOBIA EN FUNCIÓN DEL **NIVEL ACADÉMICO Y EL SEXO.**

NIVEL ACADÉMICO	<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>TOTAL</u>	
	N	%*	N	%*	N	%*
E.G.B.	2	16.7	2	6.7	4	9.5
EE.MM.	3	25.0	10	33.3	13	30.9
Est. Univ. N.T.	0	0.0	7	23.3	7	16.7
Est. Univ. Terminados	7	58.3	11	36.7	18	42.9
TOTALES	12	100.0	30	100.0	42	100.0

NOTA: *: Porcentajes parciales para cada grupo de sexo; E.G.B.: Enseñanza General Básica. EE.MM.: Enseñanzas Medias; Est. Univ.: Estudios Universitarios. N.T.: No terminados.

Seguidamente, en la Tabla N1 3, se presenta la distribución de la muestra de fóbicos en función de la variable "Ocupación" en relación al sexo. De todos los niveles, el que ha obtenido más representación (38,0%) ha sido el de los profesionales con título universitario, como se podía sospechar a la vista de la tabla anterior

relativa al nivel académico. Les siguen con porcentajes idénticos (16,7%) los técnicos y los estudiantes, teniendo un nivel muy similar las amas de casa (14,3%). No muy lejos (9,5%), se encuentran los obreros especializados que prácticamente doblan el porcentaje de los empresarios (4,8%).

TABLA N° 3

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE PERSONAS CON FOBIA EN FUNCIÓN DE **LA OCUPACIÓN Y EL SEXO.**

OCUPACIÓN	<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>TOTAL</u>	
	N	%*	N	%*	N	%*
Amas de casa	0	0.0	6	20.0	6	14.3
Obreros Espec.	2	16.7	2	6.7	4	9.5
Técnicos	1	8.3	6	20.0	7	16.7
Profesiones T.U.	7	58.3	9	30.0	16	38.0
Empresarios	2	16.7	0	0.0	2	4.8
Estudiantes	0	0.0	7	23.3	7	16.7
TOTALES	12	100.0	30	100.0	42	100.0

NOTA: *: Porcentajes parciales para cada grupo de sexo. Espec.: Especializados; T.U.: Con título universitario.

II.1.2.3. CARACTERÍSTICAS DE LAS PERSONAS SIN MIEDO A VOLAR QUE PARTICIPARON EN ESTE ESTUDIO.

El grupo de personas que constituyó la muestra sin miedo a volar estuvo formada por 50 personas, de las cuales 22 eran varones (44%) y 28 eran mujeres (56%) con un rango de edad entre los 18 y los 60 años. La media de edad se situó en 32,3 años con una desviación típica de 9,9. Como ocurrió con la muestra fóbica,

también la totalidad de las personas sin miedo eran residentes en Canarias.

En la Tabla N1 4 se puede observar la distribución de la muestra no fóbica en función de la edad y el sexo. Se puede comprobar en ella que, justo la mitad de las personas pertenecientes a esta muestra, tienen una edad igual o inferior a los treinta años y que, el porcentaje de personas incluidas en cada rango, va descendiendo progresivamente a medida que aumenta la edad. Este último hecho sucede de igual manera en la muestra total como en las muestras de hombres y mujeres, aunque ocurre de forma más clara con los hombres.

TABLA N° 4

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE PERSONAS SIN MIEDO A VOLAR EN FUNCIÓN DE **LA EDAD Y EL SEXO.**

EDAD	<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>TOTAL</u>	
	N	%*	N	%*	N	%*
≥ 30 años	14	63.6	11	39.3	25	50.0
Entre 31 y 40 años	6	27.3	9	32.1	15	30.0
> 40 años	2	9.1	8	28.6	10	20.0
TOTALES	22	100.0	28	100.0	50	100.0

NOTA: *: porcentajes parciales para cada grupo de sexo.

En la Tabla N1 5 se presenta la distribución de la muestra no fóbica en función del nivel académico y el sexo. Como se puede apreciar, al igual que ocurría con el grupo fóbico, los mayores porcentajes se concentran en los niveles con mayores estudios

siendo, en esta muestra, aquellos que no han completado sus estudios universitarios los que alcanzan el mayor porcentaje de la misma.

TABLA N° 5

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE PERSONAS SIN MIEDO A VOLAR EN FUNCIÓN DEL NIVEL ACADÉMICO Y EL SEXO.

NIVEL ACADÉMICO	<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>TOTAL</u>	
	N	%*	N	%*	N	%*
Leer y escribir	0	0.0	3	10.7	3	6.0
E.G.G.	0	0.0	3	10.7	3	6.0
EE.MM.	9	40.9	7	25.0	16	32.0
Est. Univ. N.T.	9	40.9	8	28.6	17	34.0
Est. Univ. Terminados	4	18.2	7	25.0	11	22.0
TOTALES	22	100.0	28	100.0	50	100.0

NOTA: *: Porcentajes parciales para cada grupo de sexo.
E.G.B.: Enseñanza General Básica. EE.MM.: Enseñanzas Medias;
Est. Univ.: Estudios Universitarios. N.T.: No terminados.

Para finalizar, en la Tabla N1 6 se muestra la distribución de las personas sin miedo a volar en función de la variables demográficas ocupación y sexo. Como se puede apreciar, los porcentajes en cada nivel de ocupación son bastante similares a los reflejados en el grupo fóbico, con excepción del nivel de "Estudiantes" que aquí es el más numeroso de todos (36,0%).

TABLA N° 6

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE PERSONAS SIN MIEDO A VOLAR EN FUNCIÓN DE **LA OCUPACIÓN Y EL SEXO.**

OCUPACIÓN	<u>VARONES</u>		<u>MUJERES</u>		<u>TOTAL</u>	
	N	%*	N	%*	N	%*
Amas de casa	0	0.0	7	25.0	7	14.0
Obreros Espec.	3	13.6	3	10.7	6	12.0
Técnicos	6	27.3	3	10.7	9	18.0
Profesiones T.U.	3	13.6	6	21.4	9	18.0
Empresarios	1	4.5	0	0.0	1	2.0
Estudiantes	9	41.0	9	32.2	18	36.0
TOTALES	22	100.0	28	100.0	50	100.0

NOTA: *: Porcentajes parciales para cada grupo de sexo;
 Espec.: Especializados;
 T.U.: Con título universitario.

II.1.3. INSTRUMENTOS.

En este capítulo vamos a exponer los aspectos más relevantes de cada uno de los instrumentos que se utilizaron en este trabajo para poder evaluar, en toda su complejidad, el fenómeno del miedo a volar y los aspectos de generalización que pudieran estar relacionados con él. Distribuiremos el capítulo en siete apartados: la entrevista IDG-FV, instrumentos específicos sobre miedo a volar, instrumentos de evaluación psicopatológica, instrumentos de evaluación de la capacidad de relajación, instrumentos de evaluación de estrategias de afrontamiento y de expectativas de éxito terapéutico, la Escala de Auto-Regulación Emocional y, por

último, dedicaremos un apartado a la descripción del material auxiliar utilizado.

II.1.3.1 LA ENTREVISTA: INFORMACIÓN DIAGNÓSTICA GENERAL SOBRE FOBIA A VOLAR (IDG-FV).

La **IDG-FV** fue elaborada de forma específica para el proyecto de investigación mencionado más arriba (J.I. Capafóns, 1991) y recoge muchas más cuestiones que las utilizadas en este trabajo. Se trata de una entrevista semiestructurada, integrada por un total de 52 preguntas que se responden por medio de una serie de alternativas de respuesta cerrada y, además, contienen una alternativa de respuesta abierta para incluir cuestiones no contempladas previamente. Estas preguntas se pueden dividir en varias partes: una primera, pide información sobre diversos datos sociodemográficos como sexo, edad, estado civil, ocupación, nivel educativo, etc.; una segunda, sondea en la infancia de la persona entrevistada sobre posibles problemas físicos, acontecimientos significativos, problemas de aprendizaje, miedos y la dificultad para superarlos, rendimiento académico, adaptación en el colegio y relaciones con los hermanos y padres; una tercera, explora, ya en la actualidad, los problemas que pueda tener el entrevistado en áreas como la salud, acontecimientos significativos, problemas psicológicos en general y miedos en particular; y, la cuarta y última, entra de lleno en la cuestión del miedo a volar, interrogando sobre cuestiones como si tiene miedo a volar y en qué grado, orígenes, posibles factores etiológicos, repercusiones negativas, estrategias que utiliza para enfrentarlo, conducta de evitación, manifestaciones cognitivas y fisiológicas que suelen producirse cuando vuela, estímulos que en concreto le eliciten el miedo a viajar en avión y, finalmente, rastrea las atribuciones causales y posibles soluciones que la persona entrevistada vea en relación a su problema.

Esta versión completa de la entrevista se administra, tan sólo, en la evaluación pre-tratamiento. En las evaluaciones post-tratamiento (o después del período de espera) y de seguimiento, se aplicaba una entrevista reducida de la IDG-FV (llamada IDG-FV-post) que constaba sólo de las cuestiones relativas a si, en la actualidad, la persona tenía problemas en el área de la salud, acontecimientos significativos, miedos y preguntas relativas a su eventual miedo a viajar en transporte aéreo. En el Apéndice N1 1 se encuentra una copia de la versión reducida de dicha pauta de entrevista, por contener ésta la información que será empleada en el presente trabajo.

II.1.3.2 INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS SOBRE MIEDO A VOLAR

A la hora de evaluar la fobia a viajar en avión, había que utilizar una serie de instrumentos que capturasen los diversos eventos y situaciones que provocaran ansiedad y los correlatos fisiológicos y cognitivos en que se manifestara. Para conseguirlo se utilizaron medidas de autoinforme y medidas psicofisiológicas ante una situación análoga al vuelo. Vamos a comenzar por describir las dos escalas autoinformadas empleadas.

El primer instrumento es la **Escala de Miedo a Volar (EMV)** que se puede encontrar íntegro en el Apéndice N1 2. La EMV es una adaptación de la "Fear of Flying Scale" de Haug et al. (1987) realizada por J.I. Capafóns y validada psicométricamente en sucesivas ocasiones (Sosa et al., 1995; Viña, 1993). Consta de 21 ítems que se cumplimentan en una escala de cinco puntos (de cero o "Ninguna ansiedad" hasta cuatro o "Muchísima ansiedad"). Mide el nivel de ansiedad percibido que provocan distintas situaciones relacionadas con el viajar en avión. Se han aislado tres subescalas factoriales que describimos a continuación.

La primera, denominada **Miedo a los Preliminares del Vuelo**, comprende ocho items (del 5 al 12 en la escala) tiene un Alpha de Cronbach de 0,97 y un coeficiente Pearson de estabilidad temporal de 0,92 para 6 meses. Los items se relacionan con situaciones previas al vuelo, ejemplos de las cuales serían: "Tomar la decisión de viajar en avión (con el billete comprado)", "Esperar el momento de la salida" y "El avión toma la salida por la pista de despegue".

La segunda subescala, **Miedo Durante el Vuelo**, agrupa a nueve items (del 13 al 21 en la escala) y tiene un índice de consistencia interna medida por el Alpha de Cronbach de 0,95 y un coeficiente Pearson de estabilidad temporal de 0,90. Los items de los que está compuesta esta escala se refieren a situaciones relacionadas directamente con el vuelo. Como ejemplos de esta escala se pueden citar: "Oír la aceleración del motor", "El avión vibra por una turbulencia" y "El avión pone el freno y reduce la velocidad".

La tercera y última subescala, denominada **Miedo a Volar sin Autoimplicación**, está compuesta por cuatro items (del 1 al 4 en la escala), y tiene un Alpha de Cronbach de 0,67 y un coeficiente Pearson de estabilidad temporal de 0,72. Los items se relacionan, aquí, con diversas situaciones referidas con el viajar en avión pero en las que no está directamente implicada la persona que contesta el instrumento. Ejemplos de esta escala serían: "Ver un avión en vuelo", "Ver un avión en Tv o en una película y "Oír hablar a otros sobre un viaje en avión".

El segundo instrumento que evalúa específicamente el miedo a volar es la **Escala de Expectativas de Peligro y Ansiedad para el Miedo a Volar (EPAV)**. Es una adaptación de la "Expectancy Scale for Fear of Flying" de Gursky y Reiss (1987), adaptada igual que la EMV por J.I. Capafóns (1991) y validada psicométricamente por su equipo de investigación (Sosa et al., 1995; Viña, 1993). La escala, que se puede encontrar en el Apéndice N1 2, está compuesta por

diecinueve items que evalúan la frecuencia de distintos pensamientos y manifestaciones fisiológicas que pueden aparecer durante un vuelo. Se han aislado dos subescalas factoriales que pasamos a describir.

La primera subescala ha sido denominada **Pensamientos Catastrofistas (EPAV-A)** y está formada por nueve items que se responden en una escala de cuatro puntos (de cero o "Nunca lo pienso" hasta tres o "Muchas veces lo pienso"). Se refieren a pensamientos sobre posibles eventos catastróficos que pudieran suceder durante un viaje en avión. Como ejemplos podemos citar: "El avión podría caerse desde el cielo y estallar", "Un ala podría caerse" y "El avión podría entrar en medio de una tormenta". Esta subescala tiene un Alpha de Cronbach de 0,86 y un coeficiente Pearson de estabilidad temporal de 0,84.

La segunda subescala ha recibido el nombre de **Ansiedad Fisiológica (EPAV-B)**. Está formada por diez items que se contestan en una escala de cinco puntos (de cero o "Es muy difícil que ocurra" hasta cuatro o "Es muy fácil que ocurra"). Los items hacen referencia a las distintas manifestaciones fisiológicas que pueden ocurrir durante un vuelo. Ejemplos de las cuales serían las siguientes: "Vd. podría sentir náuseas", "Vd. podría ponerse a temblar o tener sensación de inestabilidad" y "Podría ponerse nervioso". La subescala tiene un Alpha de Cronbach de 0,91 y un coeficiente Pearson de estabilidad temporal de 0,85.

Una vez descritos los dos instrumentos de papel y lápiz vamos a pasar describir la prueba empleada para medir las dos variables fisiológicas utilizadas en este trabajo. Esta prueba ha recibido el nombre de **Test de Evaluación del Miedo a Volar a través de una Situación Análoga a un Viaje en Avión (TEMV-SAVA)** y ha sido creada y validada por el equipo de investigación que dirige el Dr. J.I. Capafóns (J.I. Capafóns et al., 1997; Herrero, 1993). En

concreto, el TEMV-SAVA consiste en una situación en la cual la persona evaluada tiene que visionar un vídeo, con imágenes relativas a un vuelo normal, conectada a una serie de aparatos para poder registrar sus respuestas fisiológicas. El vídeo tiene una duración de treinta minutos y diez segundos y recoge las escenas más representativas de un viaje en avión: desde que la persona prepara la maleta hasta el momento en que los pasajeros comienzan a levantarse después de haber aterrizado y frenado el avión (un guión detallado se encuentra en el Apéndice N1 3). La prueba está diseñada con el objetivo de conseguir que la persona "se meta en la situación" y se sienta el/la protagonista de la historia. Para lograrlo, el vídeo ha sido grabado con la técnica de cámara subjetiva y, además, la persona recibe instrucciones específicas para que se implique en la situación nada más comenzar la cinta.

En el TEMV-SAVA se evalúan dos clases de respuestas: de autoinforme y, como se ha apuntado más arriba, respuestas fisiológicas. Vamos a comenzar por describir la prueba de papel y lápiz.

Esta medida de papel y lápiz es el cuestionario de Ansiedad Situacional (AS) de Pelechano (1973). Este cuestionario está construido para evaluar la ansiedad subjetiva experimentada por el individuo antes y después de visualizar el vídeo. El AS es una adaptación, realizada por parte de dicho autor, del ESL (Eigenschafts Situations Leistung, de Brengelmann, 1967) y ha sido investigado en diversas ocasiones (Brengelmann, 1975; Pelechano, 1973; Pelechano & Avia, 1975; Pelechano & Ayuso, 1975; Pelechano & Botella, 1985). El AS (Ver Apéndice N1 4), está destinado a evaluar cuatro dimensiones sensibles a la reactividad situacional a partir de pares de adjetivos (similar al Diferencial Semántico). Consta de 60 items. Este cuestionario, concretamente, mide:

1. **Dificultad:** Determina el grado de dificultad que la persona percibe de la situación en la que se encuentra (ejemplo de items: la situación me parece fácil-difícil, cómoda-incómoda, fatigosa-descansada). Está compuesta por los items del 1 al 15 del cuestionario.

2. **Cooperación:** Establece el nivel de cooperación con que la persona se autopercibe ante la tarea que debe realizar (ejemplo de items: durante la situación me siento cordial-frío, fuera de ella-dentro de ella, paciente-impaciente). Consta de los items 16 al 30 del cuestionario.

3. **Ansiedad:** Señala el nivel de ansiedad percibido por la persona durante la situación a través de 15 items (del 31 al 45 del cuestionario). Algunos ejemplos de estos items son: durante la situación me siento tranquilo-nervioso, malhumorado-de buen humor, esperanzado-desesperanzado.

4. **Motivación:** Determina el nivel de motivación y activación percibido de la persona durante la situación (ejemplo de items: durante la situación me siento relajado-en tensión, pasivo-activo, responsable-irresponsable). Está formada también por 15 items (del 46 al 60).

Hay que señalar que se utilizaron dos versiones del AS: el AS-Antes y el AS-Después. La única diferencia entre las dos versiones reside en las instrucciones. En la primera, se le pregunta sobre cómo le parece la situación de estar en la sala de registro y cómo se siente, sin conectarle los electrodos y antes de visualizar el vídeo; en la segunda, se le pregunta, después de que haya visionado el vídeo y haberle desconectado los electrodos, cómo le ha parecido la situación de haber estado visionando la cinta y cómo se ha sentido durante la visualización de la misma.

Por lo que respecta a las medidas fisiológicas consideradas en este estudio (tasa cardíaca y tensión en el músculo frontal), se utilizaron dos aparatos para recogerlas y, posteriormente, poder analizarlas estadísticamente:

El primero de ellos, LE 135 CARDIOBACK, LETICA SCIENTIFIC INSTRUMENTS está destinado a registrar, conectado a un ordenador, la tasa cardíaca a través de un pletismógrafo fotoeléctrico de reflexión colocado en la primera falange del dedo corazón de la mano derecha. El registro de la tasa cardíaca de la persona se hace de forma continua.

El segundo, es el LE 136 MIOBACK, LETICA SCIENTIFIC INSTRUMENTS. Va recogiendo, también sin interrupción, el grado de tensión (medido en milivoltios) que se detecta en los músculos frontales, registrado por medio de tres electrodos de superficie conectados a un ordenador. Los electrodos son de nitrato de plata, de forma circular de 0,5 cm de diámetro que se colocan de la siguiente forma: los dos activos, un centímetro por encima de las cejas y en la vertical de las pupilas; el tercero, en el centro de la frente, cerca del nacimiento del pelo.

Del total de las escenas recogidas en el vídeo, se tuvieron en cuenta, en este estudio, los veinte momentos más representativos según los primeros resultados de validación del TEMV-SAVA obtenidos por el equipo del Dr. J.I. Capafóns (Herrero, 1993). Estos momentos fueron los siguientes: 1) **Maleta**, el/la protagonista prepara la maleta en casa; 2) **Taxi**, dentro del taxi, se encamina hacia el aeropuerto; 3) **Letrero**, el/la protagonista mira el letrero que señala la desviación hacia el aeropuerto; 4) **Ver Aeropuerto**, la persona ve la terminal del aeropuerto; 5) **"Salidas"**, la cámara enfoca el letrero de "Salidas" mientras se encuentra dentro del taxi; 6) **Facturación**, mientras le facturan el equipaje, mirando a la empleada; 7) **Llamada a embarcar**, sentada en la sala de espera,

escucha la llamada de su vuelo y se levanta; 8) **Levantarse**, ve a la gente moverse en dirección a la puerta que comunica con la pista, se levanta y les sigue; 9) **Ver el avión**, siguiendo a la gente por la pista, ve el avión; 10) **Subir al avión**, va subiendo por la escalerilla para introducirse en el avión; 11) **Interior del avión (I)**, sentada, ve las cabezas de los demás pasajeros; 12) **Mirar por la Ventanilla**, mira al exterior, a través de la ventanilla llena de gotas de agua; 13) **Rodando por la pista**, mira al exterior y ve moverse el avión, lentamente, por la pista de rodadura; 14) **Acelerar en pista**, mirando a través de la ventanilla, ve como el avión se pone en marcha y va cogiendo velocidad; 15) **Despegue**, ve por la ventanilla que la velocidad va aumentado hasta que, el avión, se inclina y despegue; 16) **Interior del avión (II)**, nuevamente mira al interior del avión, viendo como una azafata se desplaza por el pasillo; 17) **Todo Nubes**, a través de la ventanilla la persona únicamente ve cúmulos de nubes; 18) **Ver montañas**, mirando al exterior ve como se están sobrevolando una serie de montañas; 19) **Aproximación**, se ve que el avión vuela progresivamente más bajo, acercándose a la pista; 20) **Aterrizaje**, mirando al exterior se ve, por un movimiento brusco de la ventanilla, que el avión toma tierra. El intervalo de tiempo que se ha considerado en cada uno de los momentos, para su posterior análisis, se encuentra en un rango de 4 a 14 segundos, siendo el intervalo más frecuente de diez segundos. Además de esos veinte momentos citados, se registraban las respuestas fisiológicas de la persona durante dos minutos, a modo de línea base, justo antes de que la persona comenzara a visionar el vídeo.

A todas las personas que se les administraba el TEMV-SAVA, se les aplicaba una sesión previa, que reunía iguales características que la siguiente -conexión de los electrodos, apagado de la luz, temperatura constante (22" C más/menos un grado)- con la excepción, claro está, de la exposición a la situación análoga, para que se habituarán a la situación de registro y se redujeran, en lo

posible, los efectos de reactividad situacional (J.I. Capafóns et al., 1997; Herrero, 1993).

II.1.3.3 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN PSICOPATOLÓGICA

Para este trabajo se han empleado dos instrumentos que permiten sondear la existencia de posibles trastornos psicopatológicos. Estos instrumentos utilizados han sido dos: **El Inventario de Síntomas Psicopatológicos (PSI-2)** adaptado por Sosa (en preparación) y el **Inventario de Miedos (IM)** de Pelechano (1981).

El primer instrumento, el **PSI-2**, es un cuestionario de tipo autoinforme que evalúa la existencia de diferentes síntomas psicopatológicos (se puede encontrar completo en el Apéndice N1 5). Este instrumento está integrado por 160 ítems redactados afirmativamente y las posibles respuestas admitidas son dicotómicas: SI/NO. Sosa (en preparación) ha aislado siete factores empíricos que han constituido las escalas que describimos a continuación.

La primera escala ha sido denominada "**Manifestaciones Depresivas**" y tiene un coeficiente de consistencia interna medida por el Alpha de Cronbach de 0,91. Está formado por 21 ítems (3, 4, 13, 15, 35, 56, 62, 68, 69, 71, 85, 86, 89, 98, 110, 112, 123, 124, 130, 148 y 157). Estos ítems hacen referencia a diversas manifestaciones del estado de ánimo deprimido como alteraciones del sueño y apetito, pérdida de interés en las cosas e ideas de suicidio. También forman parte de esta escala diversos síntomas de desrealización y despersonalización.

A la segunda escala se le ha llamado "**Manifestaciones de Ansiedad**" y el contenido de sus ítems refleja preocupaciones constantes, inquietud, agitación y miedos a distintas situaciones y

personas. Está formado por 30 ítems (números 17, 18, 57, 60, 70, 73, 75, 77, 87, 90, 91, 97, 109, 111, 115, 119, 122, 126, 127, 129, 135, 138, 140, 145, 147, 150, 151, 152, 153 y 160). El Alpha de Cronbach alcanzó el 0,92.

La tercera escala ha recibido el nombre de "**Delirios**" y el contenido de sus ítems recoge alteraciones del contenido del pensamiento como delirios de persecución, de control, de referencia, de inserción y de robo de pensamiento. Además recogen alteraciones perceptivas del tipo de alucinaciones auditivas. Esta escala está formada por 19 ítems (números 1, 24, 25, 29, 34, 45, 47, 49, 54, 81, 94, 96, 103, 107, 125, 128, 131, 133 y 158). El coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach alcanzado por esta escala es de 0,89.

"**Manifestaciones Maníacas**" es el nombre que ha recibido la cuarta escala. Su contenido refleja un estado de ánimo anormalmente elevado, expansivo, irritable, autoestima excesiva, disminución de la necesidad de dormir y fuga de ideas. Está compuesta por 16 ítems (números 10, 19, 30, 31, 37, 42, 72, 74, 102, 104, 106, 114, 120, 141, 149 y 156). El Alpha de Cronbach alcanzado por esta escala fue de 0,81.

La quinta escala ha sido llamada "**Esquizofrenia**". Formado por 17 ítems (números 2, 7, 8, 11, 12, 14, 23, 26, 28, 33, 38, 43, 48, 53, 67, 82 y 159). Su contenido refleja alteraciones de la percepción como alucinaciones visuales, auditivas, táctiles y de cambio corporal. También incluye alteraciones del contenido del pensamiento como delirios de persecución. El coeficiente Alpha de Cronbach es de 0,83.

Son 13 ítems los que componen la sexta escala (los números 22, 41, 44, 51, 64, 65, 80, 105, 108, 113, 132, 136 y 143). que ha sido denominada "**Somatización**" y sus ítems se relacionan con

sintomatología somatoforme y la hiperactividad autonómica reflejada en síntomas como náuseas, palpitaciones, sudoración, temblores y sofocos. El Alpha de Cronbach es de 0,80.

La séptima y última escala ha recibido la denominación de "**Hipocondría**". La sintomatología esencial recogida en esta escala refleja la creencia de sufrir una enfermedad grave, que persiste a pesar de las explicaciones médicas. Esta escala está compuesta por 7 ítems (números 6, 39, 50, 79, 121, 146 y 155) y tiene un coeficiente de consistencia interna medida por el Alpha de Cronbach de 0,71.

El segundo instrumento mencionado en este epígrafe, el **Inventario de Miedos**, se ofrece en el Apéndice N1 6. Está formado por 101 ítems, cada uno de los cuales ha de ser valorado en una escala de tres puntos que evalúa el grado de miedo que le provoca a la persona. La escala es la que sigue: **Ningún Miedo** (0), **Bastante Miedo** (1) y **Mucho Miedo** (2). Estos ítems, abarcan un amplio abanico de objetos, situaciones o personas que pueden producir miedo a una persona. Ofrecemos a continuación la factorización que se ha logrado en distintos estudios (Sosa et al., 1995; Viña, 1993), en las que se aislaron 13 escalas empíricas.

"**Miedo a la Reprobación Social**" se denomina a la primera escala. Su contenido se refiere a situaciones que pueden provocar el ridículo, o el miedo a ser criticado o rechazado socialmente. Está compuesta por 13 ítems (los números 9, 17, 27, 37, 43, 48, 50, 66, 67, 78, 83, 84 y 87). El coeficiente de consistencia medido por el Alpha de Cronbach es de 0,87. Ejemplos de ítems son: "Cometer errores en el trabajo diario", "Que me consideren tonto" y "Que me humillen o se burlen de mí".

El miedo a la muerte (entendida como sentimiento de pérdida) y a las circunstancias que pueden provocarla conforman el contenido de la segunda escala "**Miedo a la Muerte**". Está

compuesta por 7 ítems (40, 69, 81, 82, 89, 99 y 100). Tiene un Alpha de Cronbach de 0,89 y, como ejemplos, se pueden poner los siguientes: "La muerte", "Perder el cariño de las personas que más quiero" y "Ser sometido a intervenciones quirúrgicas".

La tercera escala es la de "**Miedo a Aspectos Relacionados con la Medicina**". Está configurada por los ítems número 12, 30, 35, 54, 76, 77 y 96. Su contenido se refiere a situaciones que guardan relación con las prácticas usuales de la medicina. Ejemplos de esta escala son "Los dentistas", "Los médicos" y "Que me saquen sangre de las venas". El coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach es de 0,82.

La cuarta escala hace referencia a aspectos relacionados con el daño físico o a situaciones que potencialmente sean susceptibles de causar deterioro o lesión física. Se le ha denominado "**Miedo al Daño Físico**". Está configurado por 7 ítems (números 20, 33, 36, 41, 49, 73 y 93). Ejemplos de los cuales son los siguientes: "Ver heridas abiertas", "Los cuchillos" y "El fuego". El Alpha de Cronbach es de 0,78.

Los ítems 1, 4, 5, 15, 16, 19, 21, 31, 39, 44 y 57 conforman la quinta escala denominada "**Miedo a la Agresión**". El contenido de dichos ítems hace referencia a diferentes personas, aspectos o situaciones que pueden ser fuente de distintos niveles de violencia física. El Alpha de Cronbach es de 0,82. Como ejemplos de esta escala se pueden poner los de "La guerra", "Amenazas de que me peguen" y "Que alguien me ataque y me haga daño en la calle".

La sexta escala está configurada por los ítems 2, 28, 46, 47, 55, 85, 86 y 98. Su contenido hace referencia a distintas situaciones sociales, por lo que se ha llamado a este factor "**Fobia Social**". Tiene un Alpha de Cronbach de 0,78. Ejemplos de esta escala son los siguientes: "Hablar delante de mucha gente", "Entrar en una

reunión donde ya está la gente sentada" y "Reuniones con gente desconocida".

"Miedo a los Fenómenos Naturales" es el nombre que ha recibido la séptima escala. Ésta formada por 4 ítems (números 26, 51, 65 y 97). Su contenido hace referencia a diferentes fenómenos de la naturaleza como "Los relámpagos", "Los truenos" y "Las tormentas". Tiene un coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach de 0,83.

La octava escala está formada por 6 ítems (números 24, 29, 68, 71, 80 y 101). El contenido de los mismos hace referencia a diferentes situaciones de ficción, a seres imaginarios y a las situaciones en las que es más probable que esos aparezcan, por lo que ha recibido el nombre de **"Miedo a la Ficción de Terror"**. Ejemplos de estos ítems son: "Las películas de terror", "La oscuridad" y "Los fantasmas y los monstruos". El Alpha de Cronbach es de 0,80.

Cinco ítems forman la novena escala (6, 11, 34, 53 y 56). Tiene un Alpha de Cronbach de 0,80. El contenido de sus ítems se relaciona con el mismo tema que la segunda escala, la muerte, pero en esta escala se refiere, más exactamente, a los objetos y situaciones que la representan de alguna manera. Es por esto que ha recibido el nombre de **"Miedo a Signos Relacionados con la Muerte"**. Ejemplo de sus ítems son: "Ver ataúdes y coches fúnebres", "Los entierros" y "Lugares donde ha muerto alguien".

"Miedo a los Animales" es el nombre que ha recibido la décima escala. El contenido de sus ítems refleja claramente este nombre. Está configurado por 9 ítems (los números 13, 22, 23, 42, 61, 63, 64, 74 y 79) y tiene un coeficiente Alpha de Cronbach de 0,76. Ejemplos de sus ítems: "Las serpientes", "Las ratas" y "Las arañas".

La undécima escala ha sido denominada **"Miedo a los Medios de Transporte"**. Está conformada por cinco items (números 3, 59, 91, 94 y 95). Su contenido se relaciona con los medios de transporte en general, aunque no con el viajar en avión. Ejemplos de sus items son: "Viajar en barco", "Viajar en coche" y "Viajar en tren". Su Alpha de Cronbach es de 0,62.

La duodécima escala se refiere al miedo que puede provocar lo sobrenatural y la vida extraterrestre. Por ello ha recibido el nombre de **"Miedo a lo Sobrenatural"**. Está formada por tres items (números 8, 10 y 38). Tiene un Alpha de Cronbach de 0,63. "Los OVNIS", "Los extraterrestres" y "Ser castigado por Dios" son sus tres items.

La última y treceava escala recoge directamente el miedo a viajar en avión por lo que se convierte en una escala muy importante para este trabajo. También se relaciona con el miedo a la altura y con los lugares estrechos y cerrados. Ha recibido el nombre de **"Acrofobia y Claustrofobia"**. Tiene cinco items (números 52, 58, 70, 75 y 90 del cuestionario). Tiene un Alpha de Cronbach de 0,75. Ejemplos de sus items pueden ser los de "Viajar en avión", "Ir en ascensor" y "Estar en lugares altos".

II.1.3.4. INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE RELAJACIÓN.

El cuestionario del área de funcionamiento personal que hemos incluido en este trabajo es el **Cuestionario de Capacidad de Relajación (CAP-REL)**, que ha sido adaptado y reducido por J.I. Capafóns (1991). Este instrumento se puede ver en el Apéndice N1 7. Fue construido para determinar el nivel de relajación física y mental de que es capaz una persona en un momento dado. Este cuestionario está compuesto por dos escalas empíricas que pasamos a describir.

La primera, denominada **'Dificultad para volver a un estado previo de relajación'**, está formada por once items (números 1, 3, 4, 6, 8, 12, 15, 16, 17, 19 y 20), y tiene un coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach de 0,77. El contenido de sus items se relaciona, como su nombre indica, con la dificultad de relajarse en distintos ámbitos de la vida cotidiana. Ejemplo de items son: "Si estoy furioso me cuesta mucho calmarme", "Me cuesta relajarme al acabar el día" y "Me cuesta trabajo calmarme cuando estoy disgustado o rabioso".

La segunda escala, **"Facilidad para obtener relajación por medio de actividades distractoras"**, recoge actividades con las que la persona logra relajarse con facilidad. Se compone de ocho items: 2, 5, 9, 10, 11, 13, 14 y 18. Ejemplos de los cuales son: "Después de un baño caliente, olvido las tensiones del día"; "Con una buena comida y en compañía agradable, consigo olvidarme de mis problemas" y "Cuando estoy mirando la tele, me olvido de todo lo que me pasa". Mostró un coeficiente de consistencia interna Alpha de Cronbach de 0,77.

II.1.3.5 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y DE EXPECTATIVAS DE ÉXITO TERAPÉUTICO

Este epígrafe está dedicado a la descripción de dos cuestionarios utilizados en el presente trabajo: el **Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (ESAFAC)** de Lazarus y Folkman (1984) y el cuestionario de **Expectativas de Éxito Terapéutico (EVEX-MV)** adaptado por J.I. Capafóns (1991).

El **ESAFAC**, tiene como meta el determinar la clase y nivel de estrategias y recursos con que la persona cuenta a la hora de enfrentarse a situaciones de estrés. (puede verse este cuestionario completo en el Apéndice N1 8). En esta tesis se ha utilizado una

versión adaptada por nosotros, en la que los items se contestan en relación con la situación de viajar en avión. El cuestionario adaptado, está formado por 69 items, que deben calificarse en una escala de cuatro puntos (de cero o "No estoy de acuerdo" hasta tres o "Estoy totalmente de acuerdo"). La factorización obtenida por Sosa (en preparación) ha arrojado un total de seis factores empíricos a partir de los cuales se han formado las siguientes escalas.

La primera escala, "**Control Personal y Reorganización**", está configurada por 18 items (números 22, 23, 24, 27, 28, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 44, 48, 50, 53, 59, 62 y 65). Con un Alpha de Cronbach de 0,86, el contenido de sus items habla de una forma positiva de enfrentarse a los problemas, de no dejarse vencer por ellos y continuar su vida cotidiana con normalidad. La persona conoce la dimensión de sus problemas y hay un replanteamiento positivo de la forma de entender la vida. Ejemplos de items: "Estoy cambiando: creo que estoy madurando como persona", "Me doy cuenta de lo que es importante en la vida" y "Mantengo el tipo y a mal tiempo, buena cara".

"**Abatimiento y Desesperanza**" es el nombre que ha recibido la segunda escala. Agrupa 17 items (números 1, 4, 7, 10, 17, 19, 20, 21, 30, 31, 33, 45, 46, 54, 56, 63 y 68) y tiene un Alpha de Cronbach de 0,85. El contenido de sus items refleja fracaso en el afrontamiento de los problemas con autocrítica, refugio en el pasado y diversas manifestaciones de alteración del estado de ánimo. Como ejemplo de items, los siguientes: "Me critico a mi mismo(a) porque creo que yo tengo parte de culpa, al menos"; "Me desespero y pienso que el mundo es injusto" y "Sueño o imagino otro tiempo en el que las cosas me iban mejor".

La tercera escala, "**Búsqueda de Guía**", tiene nueve ítems (números 2, 3, 5, 6, 8, 9, 34, 66 y 67) y un Alpha de Cronbach de 0,81. Sus ítems manifiestan la tendencia a conocer lo más posible sus problemas, buscando la mayor información posible y tratar de confirmarla acudiendo a distintas fuentes. Ítems como "Intento analizar el problema para conocerlo mejor", "Pregunto a una persona de la que me fío para que me diga qué me está pasando" y "Visito a más de un especialista para ver si me dice lo mismo porque no me acabo de fiar de ellos", conforman la escala.

Tres ítems (números 38, 57, 58) configuran la cuarta escala que ha recibido el nombre de "**Refugio Religioso**". La escala, que ha mostrado un coeficiente de consistencia interna Alpha de 0,79, tiene un contenido que habla de una forma de afrontamiento que busca el apoyo en algo trascendente para tolerar o solucionar mejor los problemas (ej.: "Busco tener fe en algo o alguien (religión o ideal de vida)").

El "**Optimismo Esperanzador**", con un Alpha de Cronbach de 0,71, agrupa a diez ítems (números 11, 16, 18, 25, 49, 51, 55, 60, 64 y 69). Recoge una forma de afrontamiento basada en devaluar la gravedad de los problemas que tiene la persona y aprovechar el problema para superarse. Ejemplos de esta quinta escala son: "Intento mirar las cosas por su lado bueno. Alguna ventaja debe tener", "Pienso que es una señal y me siento más creativo(a) que normalmente" y "Pienso que lo que me queda debe ser mejor que lo que he pasado y me propongo pasarlo mejor".

La sexta y última escala del ESAFAC es la de "**Autosuficiencia**", con un Alpha de Cronbach de 0,55 y cuatro ítems (números 13, 14, 15 y 43). El contenido de sus ítems habla de un modo de afrontamiento de los problemas en solitario, sin apoyarse en la familia ni en ninguna otra persona (ejemplos: "Evito estar con

gente" y "Voy solo(a) a un especialista y no le digo nada a mi familia").

El otro instrumento que se ha incluido en este epígrafe, el **Cuestionario de Expectativas de Éxito Terapéutico (EVEX-MV)**, se presenta en el Apéndice N1 9. Está formado por 34 items, que tienen un formato de respuesta de tipo escalar de 11 puntos (de cero o "Totalmente en desacuerdo" hasta diez o "Totalmente de acuerdo"). Las personas deben expresar con esa escala su grado de acuerdo o desacuerdo con una lista de frases relacionadas con el tratamiento, con el terapeuta que se lo va a aplicar y con la disposición que va a tener para seguir el tratamiento. Se han obtenido tres escalas empíricas (J.I. Capafóns, en preparación), que se exponen a continuación.

La primera escala ha sido denominada **"Expectativas Positivas sobre la Eficacia del Tratamiento"**. Con un Alpha de Cronbach de 0,90, tiene nueve items (números 6, 9, 11, 14, 15, 21, 24, 27 y 29). Su contenido expresa, con optimismo, el convencimiento de la persona en la lógica y eficacia del tratamiento, y en que éste solucionará su problema. Ejemplos de items son: "Me convence el tratamiento", "Creo que después del tratamiento por fin podré viajar en avión tranquilo/a" y "Estoy seguro de que conseguiré eliminar mi miedo a volar con este tratamiento".

"Adherencia al Tratamiento" es el nombre que ha merecido la segunda escala. Con un Alpha de Cronbach de 0,73 tiene, al igual que la escala anterior, nueve items (números 3, 5, 8, 12, 16, 25, 28, 30 y 33). Recoge la voluntad de la persona de seguir todas las recomendaciones de tratamiento que le haga el terapeuta, y ve las tareas como fáciles. Ejemplos de los items de esta escala son: "Seguiré todas las instrucciones del psicólogo/a con tal de solucionar mi problema", "Me será fácil seguir este tratamiento" y "Confío en la capacidad del profesional que me trata".

La última escala ha recibido el nombre de "**Expectativas Negativas sobre la Eficacia del Tratamiento**". Con un Alpha de Cronbach de 0,79 tiene diez items (números 2, 4, 7, 13, 18, 20, 22, 23, 26 y 32). Tiene un contenido psicológico opuesto a la primera escala. En ésta escala, se manifiesta una visión pesimista acerca de la marcha del tratamiento y de la capacidad de la psicología para solucionar sus problemas, por lo que no va a poner demasiado de su parte. Ejemplos: "Tengo dudas de que todo vaya tal y como me han asegurado", "Veo difícil que sin pastillas o fármacos se pueda solucionar mi problema" y "Por probar nada se pierde, pero dudo mucho que este tratamiento vaya a tener éxito".

II.1.3.6. ESCALA DE AUTO-REGULACIÓN EMOCIONAL.

Esta escala fue diseñada por el creador de la Terapia de Auto-Regulación (Amigó, 1992a), para evaluar el recuerdo sensorial y el grado de automatismo con que éste se percibe. La escala se compone de diez elementos, cuatro de los cuales utilizan estímulos físicos para evaluar el recuerdo sensorial (agua fría, libro, ceniza y zumo de limón).

Se sigue un procedimiento en el que se alterna la administración de los estímulos en los que se exige un proceso de auto-control (agua -elemento 1- y ceniza -elemento 5-), en los que la persona evaluada elige las estrategias de asociación -instrucciones- que va a utilizar, y la administración de estímulos en los que se aplica un proceso de hetero-control (libro -elemento 2- y zumo de limón -elemento 6-), en los cuales las estrategias de asociación las determina el que está administrando la escala.

Cada par de elementos que evalúa el recuerdo sensorial, va seguido de preguntas (elementos 3, 4, 7 y 8) que miden el grado de percepción de automatismo/esfuerzo con que se han reproducido las sensaciones de los dos elementos anteriores.

La escala continúa con el elemento 9, donde se mide la percepción que tenga la persona evaluada de que reproduzca las sensaciones más eficazmente con las propias instrucciones (auto-control), o con las recibidas por el evaluador (hetero-control).

Se completa la escala con el elemento 10, que mide la disposición de la persona evaluada a lo largo de la aplicación de los distintos elementos que corresponden a los estímulos físicos.

Con la escala de Auto-Regulación Emocional se obtienen distintas puntuaciones. Una, total de auto-control (elementos 1, 3, 5 y 7); otra, total de hetero-control (elementos 2, 4, 6 y 8) y, finalmente, la puntuación total de la escala (que, según la reformulación de A. Capafons (Bayot, A. Capafons, & Amigó, 1995), se obtiene a partir de los elementos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 10). Hay que señalar que en la puntuación de los elementos en que se mide la reproducción de sensaciones físicas, se tienen en cuenta tanto el tiempo que se tarda en reproducir como el número de sensaciones reproducidas. Una descripción más detallada de la administración de la escala y de cómo se determina la puntuación que merece la persona, tanto en cada elemento como en el conjunto de la escala, se encuentra dentro del programa terapéutico recogido en el Apéndice N1 10.

II.1.3.7. MATERIAL AUXILIAR.

Finalizamos el capítulo de instrumentos detallando el material auxiliar que hemos utilizado en este trabajo. En concreto, en el TEMV-SAVA se ha utilizado un reproductor de vídeo de 8 mm. marca Sony, modelo WJ-MX10, para reproducir la cinta de vídeo que contiene las imágenes del viaje en avión; un televisor marca PHILIPS, modelo Match-Line de 33 pulgadas para recoger las imágenes que le envía el reproductor de vídeo; un ordenador personal XT, marca EPSON, modelo J2 destinado a recoger los

datos suministrados por los dos aparatos de registro psicofisiológico que se señalaron más arriba.

Para la administración de la Escala de Auto-Regulación Emocional se han utilizado materiales diversos, tales como: un reloj de pulsera de la marca Casio, modelo Lithium DW-280 con cuenta atrás automática; agua fría; un calefactor de la marca Ufesa, modelo C-850; toallas de papel; un libro; un cenicero con ceniza; un vaso con zumo de limón; y, finalmente, bolígrafos y lápices.

II.1.4 DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO

El programa de Auto-Regulación Emocional para la fobia a volar que es objeto de estudio en esta tesis (se puede encontrar completo en el Apéndice N1 10), consta de ocho sesiones y se pueden distinguir en él dos partes: una de ellas referida a las distintas fases del procedimiento de Auto-Regulación Emocional, y la otra consistente en las sugerencias terapéuticas aplicadas.

Con anterioridad al comienzo del programa de intervención, existe una sesión (a la que hemos llamado **sesión cero**), en la que se expone a la persona que va a recibir el tratamiento un resumen de la información obtenida a través de todos los cuestionarios cumplimentados y de la prueba análoga TEMV-SAVA. Este resumen, se comenta con la persona con el objeto de ver si considera oportuno realizar alguna aclaración sobre algún punto o si estima conveniente añadir alguna información más a la ya obtenida por medio de la entrevista y de los cuestionarios.

Esta sesión cero continua con una explicación acerca de los fundamentos de la técnica (en términos adecuados al nivel de comprensión de la persona) que se le va a aplicar para eliminar su miedo a volar en avión. Asimismo, se le informa del número de sesiones en las que se divide el tratamiento, duración que va a tener

cada una de las sesiones, etc. Se finaliza esta sesión con la administración del Cuestionario de Expectativas de Éxito Terapéutico (EVEX-MV).

Tras esta sesión inicial, comienza el programa de intervención propiamente dicho. En la primera parte, de las dos mencionadas, se aplica el Procedimiento de Auto-Regulación Emocional (Amigó, 1992a), dentro del cual se pueden distinguir tres fases claramente diferenciadas, que pasamos a describir a continuación:

La primera fase, que conforma la Escala de Auto-Regulación Emocional, ha sido denominada fase **Persuasiva-instigativa** por A. Capafons (Bayot, A. Capafons, & Amigó, 1995). Dentro de esta fase se aplican, como se expuso anteriormente, cuatro estímulos físicos. En la presentación de los elementos de la escala referidos a esos estímulos, se pueden distinguir tres partes: en la primera, se presenta el estímulo a la persona, para que le produzca las sensaciones que de manera incondicionada provoca el estímulo en cuestión; en la segunda, la persona emplea una estrategia para lograr una asociación entre las sensaciones provocadas y una imagen o una palabra (auto-control) o nuestra voz (hetero-control); en la tercera, ha de reproducir las sensaciones valiéndose de la estrategia empleada para conseguir la asociación (centrándose en la imagen, palabra o nuestra voz). Esta fase se desarrolla en una sola sesión: **la primera**.

En la segunda fase de la Terapia de Auto-Regulación Emocional (ha recibido por A. Capafons -Bayot et al., 1995- el nombre de fase de **Desvanecimiento y Pregeneralización**), ya no se utilizan los estímulos físicos reales. Se inicia esta fase (y con ella, la **segunda sesión**), retomando el elemento de la sesión anterior que mejor haya reproducido el paciente (prefiriendo el de la mano rígida por el frío), utilizando de nuevo la misma palabra o imagen de la que se sirvió en la primera sesión. Se prosigue con nuevas asociaciones

entre las sensaciones de rigidez y distintos objetos utilizando, todavía, estrategias de asociación mediante imágenes o palabras. A medida que se logra mayor rapidez en la reproducción de la sensación requerida, se va prescindiendo de la utilización de estrategias de asociación y la persona llega a responder, enteramente, a las sugerencias directas que realice el terapeuta referentes a la reproducción de las sensaciones del estímulo trabajado.

Ese final de la segunda fase, respuesta a la sugestión directa, marca, justamente, el comienzo de la tercera fase conocida como fase de **Generalización**. La persona responde a las sugerencias del terapeuta no sólo referidas a la reproducción de sensaciones de los elementos citados, sino a cualquier sensación, aunque no se haya practicado previamente. Así, con sugestión directa se pueden producir sensaciones de alegría, desagrado, relajación, activación, inmovilidad, etc. Es, en esta tercera fase, donde ya se pueden dar las sugerencias terapéuticas adecuadas al problema de la fobia a volar (estas sugerencias se detallan en la segunda parte de esta descripción).

Esta fase final del procedimiento de Auto-Regulación Emocional tiene un tercer ingrediente: la señal para que, en las siguientes sesiones, no sea necesario repetir todo el procedimiento mencionado. Es decir, al modo de sugestión "posthipnótica", se enlaza una sesión con otra mediante la utilización del ejercicio de recuerdo sensorial que se haya ido utilizando.

En la segunda parte del programa (se ha extraído de la tercera fase, únicamente a efectos de claridad expositiva), se aplican una serie de sugerencias terapéuticas, que vamos a detallar a continuación:

Una vez la persona responde a las sugerencias directas, se prosigue la segunda sesión con una descripción del vuelo para detectar aquellos momentos del vuelo que más ansiedad producen al paciente, así como el tipo de pensamientos que le asaltan. Esta descripción tiene como objetivos, además del señalado, el que la persona vea que "vive" las situaciones como si fueran reales, que la técnica es potente para elicitación de las emociones asociadas y, finalmente, para que ésta pueda percibir el bienestar que experimentará cuando se apliquen las sugerencias terapéuticas.

A continuación, se dan sugerencias de relajación al paciente con el objeto de eliminar la ansiedad que se le pueda haber producido durante el desarrollo del ejercicio anterior. Cuando manifiesta que se encuentra totalmente relajado, se le dan indicaciones de que asocie todas las sensaciones de bienestar que está experimentando a una palabra y, realizada la asociación, se le indica que empiece a moverse despacio para activarse. Una vez se encuentra activado, se le muestra como puede volver a relajarse de forma rápida repitiéndose la palabra utilizada. Con este ejercicio se persigue el objetivo de aumentar sus expectativas de éxito al demostrarle que puede reproducir sensaciones de bienestar cuando lo desee.

Se continúa la sesión con la Técnica de Búsqueda Automática (TBA) para combatir los pensamientos ansiógenos recogidos anteriormente. La TBA, consiste en que, ya dentro de la situación de vuelo que elicitación de los pensamientos, la persona piense en la palabra alegría (que se había asociado a sensaciones de risa y/o de bienestar) y que encuentre razones dentro de la situación en cuestión, para justificar esa alegría que está experimentando.

Otra sugerencia que se practica en esta sesión es la que pretende conseguir que el paciente asocie el tocar el brazo del sillón del avión a sensaciones de aburrimiento y relajación de tal intensidad que

llegue a dormirse e incluso tenga sueños agradables durante el vuelo.

También se pone en práctica la sugestión llamada "disociación del entorno", mediante la cual se persigue que la persona consiga volar tan concentrada en un tema elegido de forma previa, que el desplazarse en un avión le sea totalmente indiferente, como si no fuera con ella.

Le sigue la sugestión de "proyección temporal", con la que se aspira a que el paciente logre realizar todo el vuelo concentrado en la idea de lo bien que se lo va a pasar en el lugar al cual se dirige, con las personas que le acompañan o con aquellas que espera encontrar.

Tras estas dos sugerencias terapéuticas, que tienen como objetivo lograr la distracción de la persona del hecho de estar volando, se finaliza la segunda sesión con otra sugestión que intenta provocar una distorsión temporal de la duración del vuelo, en el sentido de acortar la percepción del tiempo que dura el vuelo hasta su destino.

Antes de finalizar la sesión, se instruye al paciente sobre cómo utilizar la técnica fuera de las sesiones, partiendo siempre del ejercicio de recuerdo sensorial que mejor le haya funcionado de los cuatro de que se compone la escala. Además, se insiste en la necesidad de que practique en su casa los ejercicios que se hayan trabajado en la sesión, para que vaya desarrollando maestría en su manejo y, en que el paciente se dé sugerencias para su vida cotidiana, si lo considera pertinente.

Las dos sesiones siguientes, **tercera y cuarta**, se destinan a seguir trabajando con las tres sugerencias que mejor le han funcionado hasta ese momento. Además, también se incluye una nueva

estrategia para que la persona pueda afrontar adecuadamente las situaciones en que, ya en vuelo, le sobrevengan pensamientos de peligro. Esta nueva estrategia consiste en que la persona escoja una serie de pensamientos positivos, piense en la palabra clave que le induce sensaciones de relajación y asocie tanto los pensamientos adecuados como la relajación con la acción de apretar el brazo del sillón del avión. Esta nueva asociación tiene, lógicamente, el objetivo de que pueda utilizarla en el avión en el caso de que lo necesite. Estas sesiones se completarán con el suministro de la información que se considere oportuna para cada cliente, acerca del comportamiento del avión en el aire y los sonidos que, siendo normales en todo vuelo, pueden disparar la ansiedad de la persona que no sepa interpretarlos de la forma adecuada.

La **quinta** sesión se dedica a trabajar, nuevamente, aquellas sugerencias de la segunda sesión que quedaron por practicar, debido a que su rendimiento fue menor. Si, tras este nuevo ensayo, no se obtienen mejoras en el resultado de esas sugerencias, se abandonan de modo definitivo. En esta sesión se comienza a realizar el modelado de cuál debe ser su actuación ante un viaje en avión. Se modela la forma en que debe actuar la noche previa al vuelo, la mañana del día señalado para volar y cómo debe proceder en caso de que sienta alguna ansiedad en cualquier momento del viaje.

La **sexta** sesión se dedica a la repetición de aquellas sugerencias que mejores resultados hayan mostrado hasta ese momento. Se continúa con la introducción de ejercicios específicos para determinados momentos del vuelo como son el despegue, las turbulencias, el aterrizaje, etc. En esos ejercicios se aprovecha que la persona disfrute de actividades que tienen algunos puntos en común con esos momentos. Por ejemplo, quien sufra en el despegue o en el aterrizaje y le gusten la noria, la montaña rusa u otra actividad similar y placentera, se puede lograr que, en esas circunstancias del vuelo, experimente lo que siente de placer o de excitación agradable

cuando está subido en alguno de esos aparatos. Se finaliza la sesión insistiendo en el modelado de cómo debe actuar cuando se aproxime un viaje, utilizando las sugerencias que le han funcionado en un grado óptimo.

En la sesión **séptima**, después de realizar diversos ejercicios de prevención de recaídas, se vuelve a insistir en la práctica de las sugerencias óptimas para la persona, se persiste en el modelado de cómo afrontar el vuelo y se comienzan a dar sugerencias para que vaya asumiendo que, el viajar en avión le es indiferente o, incluso, empieza a gustarle de veras (y se le recomienda al cliente de que, fuera de las sesiones, se vaya dando instrucciones en ese sentido).

Se finaliza el programa de intervención con la sesión **octava**, donde se repite prácticamente la sesión anterior y se concluye dando una sugerencia al modo posthipnótico que incluye las instrucciones que, al final, se ha determinado que son más eficaces para que la persona vuele sin experimentar sufrimiento.

II.1.5. DISEÑO Y PROCEDIMIENTO EMPLEADOS

En este estudio se ha empleado un diseño experimental de medidas repetidas en la inmensa mayoría de las variables (únicamente dos pruebas se aplicaron sólo en el primer pase y en el grupo experimental: el Cuestionario de Expectativas de Éxito Terapéutico y la Escala de Auto-Regulación Emocional). En concreto, las variables que se consideraron en los dos pases de pruebas fueron las siguientes: por una parte, las incluidas en la instrumentación específica sobre el miedo a volar (IDG-FV, EMV, EPAV, AS y las medidas psicofisiológicas -tasa cardíaca y tensión muscular- del TEMV-SAVA), que conformaron las variables dependientes de este trabajo; por otra parte, se incluyeron las variables obtenidas a través de los cuestionarios de síntomas psicopatológicos y de distintas áreas de funcionamiento personal y

(PSI-2, IM, CAP-REL y ESAFAC), que constituyeron las variables de generalización.

Estos dos conjuntos de variables se evaluaron en dos grupos de personas: en el grupo experimental, que recibió el programa de tratamiento de Auto-Regulación Emocional y en el grupo control de lista de espera, al que no se le aplicó ningún tratamiento. El grupo experimental fue evaluado en tres ocasiones en las variables citadas: antes y después de la aplicación del programa de intervención y a los seis meses de su finalización, a modo de seguimiento. El grupo control de espera experimentó sólo dos momentos de evaluación, antes y después del período de espera. Este espacio temporal tuvo la misma duración que la que se empleó en aplicar el tratamiento.

Además de las comparaciones entre los grupos experimental y control, se han examinado las diferencias que pudieran haber entre estos dos grupos, en algunas variables, con un grupo sin nada de miedo a viajar en avión. Esto se ha realizado siguiendo algunas de las sugerencias de Páez, Echeburúa y Borda (1993), sobre la evaluación de la eficacia de la intervención terapéutica.

Para llegar a la finalización de este trabajo se ha seguido el procedimiento que a continuación se pormenoriza en las siguientes fases:

FASE 1: Adiestramiento del terapeuta. Fue uno sólo, con las ventajas e inconvenientes que esto supone a nivel metodológico. El terapeuta -el que presenta esta tesis-, estuvo adiestrándose en la aplicación de la técnica en Valencia -con el Dr. Antonio Capafons y sus colaboradores (Universitat de València) y el creador de la técnica, Dr. Amigó (CITEP)-, durante un espacio de tiempo de dos semanas. Durante este período fue entrenado de forma intensiva mediante modelado, juego de roles y, posteriormente, aplicando la

técnica de Auto-Regulación a distintos pacientes reales con supervisión continuada.

FASE 2: Elaboración y perfeccionamiento del programa de intervención. El programa se elaboró basándose en los principios de la sugestión y utilizando técnicas clásicas dentro de la llamada hipnosis tradicional, como hemos visto en el capítulo precedente. Este programa fue administrado a diferentes personas, algunas sin ningún miedo y otras con niveles bajos de miedo a volar para comprobar su eficacia. Las aportaciones realizadas por estas personas que recibieron el programa hicieron que el programa fuera perfeccionado.

FASE 3: Aplicación del primer pase de pruebas. A todas las personas que acudieron manifestando sufrir miedo a volar se les administraron la entrevista diagnóstica (IDG-FV), los cuestionarios específicos sobre miedo a volar y la prueba análoga TEMV-SAVA, y todos los cuestionarios que evaluaban las variables de generalización empleados en este estudio. Este primer momento de evaluación fue el único que se aplicó a un tercer grupo de personas que se caracterizaban por no tener nada de miedo a volar y que, como se verá en el título dedicado a examinar la eficacia del programa terapéutico, se empleó como grupo criterio con el que efectuar comparaciones de los resultados obtenidos por los grupos control y experimental en el segundo pase de pruebas.

FASE 4: Selección de personas con fobia a volar. Con la información obtenida en el primer pase de pruebas y, teniendo en cuenta los criterios ya señalados en el epígrafe correspondiente, se seleccionaron a las personas que participaron en este estudio, asignando a cada persona ora al grupo que iba a recibir el programa de tratamiento basado en la Terapia de Auto-Regulación Emocional, ora al grupo control de espera. La asignación de las personas a estos dos grupos se iba haciendo de tal manera que se

consiguiera la mayor homogeneidad posible relativa a las variables demográficas y dependientes consideradas.

FASE 5: Aplicación del programa de tratamiento. Al grupo de personas que conformaban el grupo experimental se les aplicó el programa de *Auto-Regulación Emocional* para la fobia a viajar en transporte aéreo. En la sesión cero de este programa se aplicaba, tan sólo a este grupo experimental, el Cuestionario de Expectativas de Éxito Terapéutico (EVEEX-MV). Por lo que respecta a las personas del grupo control de espera, éstas permanecieron durante la aplicación del tratamiento (aproximadamente seis semanas), aguardando el comienzo de su tratamiento, siendo contactadas telefónicamente de forma regular y frecuente para que no se sintieran excluidas del programa.

FASE 6: Aplicación del segundo pase de pruebas. Después de concluir la aplicación del programa a las personas que formaron el grupo experimental (o transcurrir un período de tiempo similar, en el grupo control de espera), se les exponía de nuevo a los dos grupos a la situación análoga al vuelo (TEMV-SAVA), mientras se recogían sus respuestas fisiológicas y se le administraba el cuestionario de Ansiedad Situacional (AS). Finalizada la prueba análoga, las personas del grupo experimental tenían que realizar el vuelo preceptivo si consideraban que estaban en condiciones para realizarlo.

Una vez realizado el viaje en avión (o pasado el tiempo correspondiente), se les volvían a administrar todos los cuestionarios utilizados en el primer pase de pruebas y la versión reducida de la entrevista diagnóstica (IDG-FV-Post) a los grupos experimental y control de espera, llevándose a cabo este nuevo momento de evaluación por colaboradores independientes. Hay que señalar que aquellas personas en las que no funcionó adecuadamente el

programa de Auto-Regulación, se examinaron los resultados obtenidos en las pruebas aplicadas en este segundo pase y, de los cuatro programas terapéuticos aplicados por el equipo de investigación, fueron remitidos al programa que se consideró más adecuado para terminar de solucionar su miedo a volar en avión.

FASE 7: Comparación con el grupo sin "Ningún Miedo a Volar: Se realizaron comparaciones de los resultados obtenidos por las personas tanto del grupo control de espera como del grupo experimental, en el segundo momento de evaluación, con los alcanzados por el grupo que no tenía nada de miedo a volar, en las escalas de miedo a volar y en los registros de las dos variables psicofisiológicas de la prueba análoga al vuelo. Estas comparaciones tenían como finalidad el examinar el grado de eficacia del programa terapéutico o los cambios debidos al transcurso del tiempo.

FASE 8: Seguimiento: Transcurridos seis meses del resultado exitoso de la aplicación del programa de intervención se llevó a cabo el tercer momento de evaluación, en el que se administraron de nuevo todos los cuestionarios que miden específicamente el miedo a volar (EMV y EPAV), la prueba análoga al vuelo (TEMV-SAVA) y los cuestionarios que miden variables de generalización como la capacidad de relajación (CAP-REL), estrategias de afrontamiento (ESAFAC), el inventario de miedos (IM) y, finalmente, el inventario de sintomatología psicopatológica (PSI-2).

II.2 RESULTADOS

Este título lo vamos a destinar a ofrecer los resultados que se han obtenido al analizar las distintas variables utilizadas en este trabajo. Se comenzará aportando información sobre los análisis realizados para confirmar la homogeneidad de las muestras en las distintas variables demográficas consideradas. Asimismo, con idéntico objetivo, se presentarán los resultados de comparar, a nivel bivariado, los grupos experimental y control de espera en las variables dependientes medidas en el primer momento de evaluación. De la misma manera, se comprobará la homogeneidad de las dos muestras en las variables de generalización.

Continuaremos la presentación de los resultados proporcionando información de los análisis bivariados intragrupo realizados -tanto en el grupo control como en el experimental- entre las puntuaciones obtenidas en el primer pase de pruebas y las logradas en el segundo, por lo que se refiere a las variables dependientes y a las variables de generalización.

En tercer lugar, se aportarán los resultados de realizar comparaciones bivariadas entre los dos grupos, en los dos conjuntos de variables señalados, en el segundo momento de evaluación, una vez que al grupo experimental se le ha aplicado el programa de intervención terapéutica o ha transcurrido el período de espera en el grupo control.

Seguidamente, se facilitará la información referida al grado de eficacia del programa de tratamiento comparando al grupo experimental, a nivel multivariado, tanto con el grupo control como con el grupo extremo de personas que no tienen ningún miedo a volar.

Se continuará exponiendo los datos relativos al mantenimiento de los resultados una vez que han transcurrido seis meses desde que se aplicó el programa de tratamiento y, se finalizará la exposición de

los resultados, ofreciendo información sobre las variables que pueden predecir, en alguna medida, los resultados terapéuticos.

II.2.1. PRIMEROS RESULTADOS: HOMOGENEIDAD DE LOS GRUPOS

En un trabajo como éste que pretende comprobar la posible eficacia de un programa de intervención a través de la comparación de diversos grupos, es requisito científico ineludible analizar la homogeneidad de los grupos en diversas variables relevantes. Es por ello, que este capítulo ha sido dedicado al estudio de la homogeneidad de las tres muestras (control de espera, experimental y grupo no fóbico) en las variables que se han utilizado en este trabajo. Así, compararemos a los tres grupos en las variables demográficas (sexo, edad, nivel académico, ocupación y estado civil). También presentaremos información de las comparaciones realizadas entre los dos grupos fóbicos en las variables dependientes tanto autoinformadas (preguntas de la IDG-FV, escalas de miedo a volar y de ansiedad situacional) como fisiológicas (tasa cardíaca y tensión muscular en el músculo frontal). Finalizaremos el capítulo, dedicando un epígrafe a aportar datos sobre la homogeneidad de las dos muestras fóbicas en las variables que hemos llamado de generalización (escalas de capacidad de relajación, escalas de miedos en general, escalas de afrontamiento y escalas de sintomatología psicopatológica).

II.2.1.1. VARIABLES DE DEMOGRÁFICAS.

En este epígrafe vamos a presentar la distribución de cada una de las variables demográficas en los tres grupos que se han utilizado en este trabajo (control, experimental y sin miedo a volar). Se mostrarán tablas en las que se van a reflejar la distribución de los porcentajes de cada variable en cada grupo y, además, se ofrecerán

los resultados que ha arrojado el estadístico Ji-Cuadrado para cada variable entre los tres grupos mencionados.

En la Tabla nº 7 se presenta la distribución de la variable **Sexo** en los tres grupos. Como se puede comprobar la distribución por sexo en los grupos control y experimental es exactamente la misma, en estos dos grupos predominan de forma clara las mujeres. En el grupo de personas sin miedo a volar, aunque también predominan las mujeres, los dos sexos están bastante más equilibrados. Como se puede apreciar en la mencionada tabla, el análisis Ji-Cuadrado no muestra diferencias significativas.

TABLA Nº 7

DISTRIBUCIÓN DEL **SEXO** EN LOS TRES GRUPOS

SEXO	<u>G.CONTROL</u>		<u>G.EXPERIM.</u>		<u>G. NO FÓBICO</u>	
	N	%*	N	%*	N	%*
VARONES	6	28.6	6	28.6	22	44.0
MUJERES	15	71.4	15	71.4	28	56.0
TOTALES	21	100.0	21	100.0	50	100.0
	Ji-Cuadrado 2.33		G.L. 2		Signif. .31	

NOTA: *: porcentajes parciales para cada grupo.

Ofrecemos a continuación, en la Tabla N 8, la distribución de la variable **Edad** en los tres grupos. Como se puede observar, se han realizado tres cortes en esta variable demográfica: treinta años o menos, entre treinta y uno años y los cuarenta y, por encima de los

cuarenta años. Como se puede apreciar en la tabla, los tres grupos concentran alrededor del ochenta por ciento de su muestra en edades iguales o inferiores a los cuarenta años. En cuanto a la distribución por grupos, vemos que los grupos control y experimental son bastante similares y sitúan su porcentaje de personas más elevado en el intervalo de edad comprendido entre los treinta y uno y los cuarenta años. El porcentaje descende en los intervalos de edad extremos, siendo idéntico el porcentaje de los dos grupos en el intervalo de menos de treinta años. El grupo no fóbico, por contra, concentra su porcentaje mayoritario en el intervalo de edad de menos de treinta años, descendiendo los porcentajes a medida que aumenta la edad. A pesar de ello, el análisis Ji-Cuadrado no arroja diferencias significativas.

TABLA N° 8

DISTRIBUCIÓN DE LA **EDAD** EN LOS TRES GRUPOS

EDAD	<u>G.CONTROL</u>		<u>G.EXPERIM.</u>		<u>G. NO FÓBICO</u>	
	N	%*	N	%*	N	%*
≤ 30 años	7	33.3	7	33.3	25	50.0
Entre 31 y 40 años	11	52.4	9	42.9	15	30.0
> 40 años	3	14.3	5	23.8	10	20.0
TOTALES	21	100.0	21	100.0	50	100.0
	Ji-Cuadrado		G.L.		Signif.	
	4.11		4		.39	

NOTA: *: porcentajes parciales para cada grupo.

La distribución del **Nivel Académico** en los tres grupos se puede apreciar en la Tabla nº 9. Se han utilizado cinco niveles educativos: Leer y escribir, E.G.B., Enseñanzas Medias, Estudios Universitarios sin terminar y, por último, Estudios Universitarios terminados. En la tabla se puede advertir que, en los tres grupos, los mayores porcentajes se concentran en los niveles académicos medios o altos. Las personas que tienen estudios universitarios (terminados o sin terminar) suponen más del cincuenta por ciento de la muestra de cada uno de los tres grupos. Los grupos control y experimental son muy similares, concentrando su mayor porcentaje en el nivel académico de "Estudios Universitarios Terminados", seguido de los niveles de "Enseñanzas Medias" y "Estudios Universitarios Sin Terminar", teniendo idénticos porcentajes en los niveles de "Leer y Escribir" y E.G.B.. El grupo de personas sin miedo, sin ser idéntico a los otros dos grupos, distribuye sus porcentajes de manera similar en los distintos niveles, lo que se refleja en el análisis Ji-Cuadrado que no arroja diferencias significativas.

TABLA Nº 9

DISTRIBUCIÓN DEL **NIVEL ACADÉMICO** EN LOS TRES GRUPOS
G.CONTROL G.EXPERIM. G.NO FÓBICO

NIVEL ACADÉMICO	N	%*	N	%*	N	%*
Leer y escribir	0	0.0	0	0.0	3	6.0
E.G.B.	2	9.5	2	9.5	3	6.0
EE.MM.	7	33.3	6	28.6	16	32.0
Est. Univ. N.T.	4	19.1	3	14.3	17	34.0
Est. Univ. Terminados	8	38.1	10	47.6	11	22.0
TOTALES	21	100.0	21	100.0	50	100.0
	Ji-Cuadrado		G.L.		Signif.	
	9.15		8		.33	

NOTA: *: porcentajes parciales para cada grupo; E.G.B.: Enseñanza General Básica. EE.MM.: Enseñanzas Medias. Est. Univ.: Estudios Universitarios. N.T.: No terminados.

Por lo que respecta a la variable **Ocupación**, en la Tabla N° 10 se presenta la distribución por grupos. En esta variable se han tenido en cuenta seis niveles: "Amas de casa", "Obreros Especializados", "Técnicos", "Profesiones con título universitario", "Empresarios" y "Estudiantes".

TABLA N° 10

DISTRIBUCIÓN DE LA **OCUPACIÓN** EN LOS TRES GRUPOS

OCUPACIÓN	<u>G.CONTROL</u>		<u>G.EXPERIM.</u>		<u>G.NO FOBICO</u>	
	N	%*	N	%*	N	%*
Amas de casa	3	14.3	3	14.3	7	14.0
Obreros Espec.	2	9.5	2	9.5	6	12.0
Técnicos	4	19.0	3	14.3	9	18.0
Profesiones T.U.	7	33.3	9	42.8	9	18.0
Empresarios	1	4.8	1	4.8	1	2.0
Estudiantes	4	19.1	3	14.3	18	36.0
TOTALES	21	100.0	21	100.0	50	100.0
	Ji-Cuadrado 7.79		G.L. 10		Signif. .65	

NOTA: *: Porcentajes parciales para cada grupo; Espec.: Especializados;
T.U.: Con título universitario.

En la tabla anterior, podemos apreciar que los diferentes niveles de la variable están representados en los tres grupos de forma similar. En cuanto a grupos, el control y el experimental tienen porcentajes idénticos en tres de los niveles ("Amas de casa", "Obreros especializados" y "Empresarios") y, en los restantes, tienen porcentajes muy similares. Participan, asimismo, de la característica de tener el porcentaje más alto de personas en el nivel de "Profesiones con Título universitario". El grupo no fóbico, salvo el hecho de que concentra el mayor número de personas en el nivel de "Estudiantes", tiene unos porcentajes muy similares a los otros dos grupos, lo que se refleja en el análisis Ji-cuadrado que no presenta diferencias significativas.

A continuación, en la Tabla N° 11, se presenta la distribución por grupos de la variable **Estado Civil**, en la que los grupos han quedado representados en tres niveles: "Solteros", "Casados" y "Divorciados".

TABLA N° 11

DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL EN LOS TRES GRUPOS

ESTADO CIVIL	<u>G.CONTROL</u>		<u>G.EXPERIM.</u>		<u>G. NO FÓBICO</u>	
	N	%*	N	%*	N	%*
Solteros	9	42.9	8	38.1	19	38.0
Casados	12	57.1	13	61.9	30	60.0
Divorciados	0	0.0	0	0.0	1	2.0
TOTALES	21	100.0	21	100.0	50	100.0
	Ji-Cuadrado		G.L.		Signif.	
	.98		4		.91	

NOTA: *: Porcentajes parciales para cada grupo.

En la tabla de la página anterior se puede comprobar que los tres grupos tienen porcentajes muy similares en los tres niveles de la variable "Estado Civil". Los tres grupos concentran la mayor parte de su muestra en los casados (en torno al sesenta por ciento). Le sigue el nivel de "Solteros" y, por último, el de "Divorciados". Reflejando esta homogeneidad, el análisis Ji-Cuadrado no ha arrojado diferencias significativas.

Como se ha podido ir viendo a lo largo de este epígrafe dedicado a la descripción de la muestra, entre los grupos control y experimental no hay diferencias significativas en las variables demográficas consideradas en este trabajo. Cuando se han comparado estos dos grupos con fobia a volar en avión con el grupo de personas sin miedo, se ha visto, también, que las diferencias no eran de envergadura y, en ningún caso, alcanzaban significación estadística. Por todo ello, podemos afirmar con un mínimo de seguridad que, si se encuentran diferencias en las diversas comparaciones que se van a ir realizando más adelante, no será debido a la influencia de estas variables demográficas.

II.2.1.2. VARIABLES DEPENDIENTES

Una vez ofrecidos, en el epígrafe anterior, los datos relativos a la homogeneidad de las muestras en las variables demográficas, vamos a dedicar éste a presentar los datos relativos a la homogeneidad de los grupos control y experimental en las variables dependientes medidas en el primer pase de pruebas. Es decir, antes de la intervención en el grupo experimental y antes del período de espera en el grupo control. Se presentarán los resultados de aplicar la prueba t de Student a las preguntas de la IDG-FV consideradas en este estudio, seguidos de los obtenidos por los cuestionarios de miedo a volar, el cuestionario de Ansiedad Situacional (AS) y,

finalizaremos, con los alcanzados por las variables fisiológicas tasa cardíaca y tensión el músculo frontal.

II.2.1.2.1. PREGUNTAS DE LA ENTREVISTA IDG-FV

En la Tabla N° 12 se presentan los resultados de los análisis de diferencias de medias entre los grupos control y experimental sobre las preguntas de la entrevista IDG-FV antes del tratamiento. Podemos apreciar en ella que no se alcanza significación estadística en ninguna de las cinco variables consideradas. Las medias son muy similares y alguna que no lo es tanto ("Manifestaciones Perturbadoras") va en contra del grupo experimental. Al partir de una puntuación más alta en esa variable tendrá que bajar más nítidamente en el segundo pase para arrojar diferencias significativas con el grupo control.

TABLA N° 12

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRIMER PASE DE PRUEBAS. VARIABLES DE LA IDG-FV (N= 21).

VARIABLES IDG-FV	<u>G.CONTROL</u>		<u>G.EXPERIMENTAL</u>		t
	X	Sx	X	Sx	
Nivel de Miedo a Volar	2.76	.44	2.71	.46	.34
Conducta de Evitación	2.10	.44	2.19	.68	-.54
Manif. Perturbadoras	21.38	11.57	27.86	14.28	- 1.61
Cualidad del Miedo	5.14	1.24	5.81	2.60	-1.06
Estrategias de distracción	6.10	2.26	6.05	3.38	.05
Eficacia de las Estrateg.	8.43	4.99	6.38	4.63	1.38

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001

II.2.1.2.2. ESCALAS DE MIEDO A VOLAR.

En la Tabla N° 13 se presentan los resultados de las pruebas de diferencias de medias obtenidas entre el grupo control de espera y el grupo experimental en las cinco subescalas factoriales de los cuestionarios de miedo a volar. En ella se puede observar que las medias de los dos grupos que se comparan son o muy similares o, en todo caso, las que no lo son tanto, están lejos de alcanzar significación estadística.

TABLA N° 13

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRIMER PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DE MIEDO A VOLAR (N= 21).

ESCALAS DE MIEDO A VOLAR	<u>G.CONTROL</u>		<u>G.EXPERIMENTAL</u>		t
	X	Sx	X	Sx	
Pensamientos Catastrofistas	10.38	4.60	8.05	6.07	1.40
Manifestaciones Fisiológicas	26.24	4.59	27.10	6.30	-.50
Miedo a Volar sin Autoimpl.	2.90	1.30	3.48	3.01	-.80
Miedo Antes del Vuelo	24.86	5.28	24.71	6.64	.08
Miedo Durante el Vuelo	25.95	5.81	25.86	8.11	.04

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001.

II.2.1.2.3. ANSIEDAD SITUACIONAL SUBJETIVA (AS)

A continuación se presentan los resultados obtenidos por ambos grupos en las cuatro escalas del cuestionario de Ansiedad Situacional (AS). Como se recordará, este cuestionario se administra en dos momentos cada vez que se expone a la persona a la visualización del

vídeo. Una, antes de la visualización y, la otra, después de ésta. En la Tabla N° 14 se pueden comprobar los resultados de comparar a los grupos control y experimental en el primer pase de pruebas, apreciándose que no hay diferencias significativas en las variables del cuestionario AS, ni antes ni después de visualizar el vídeo.

TABLA N° 14

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRIMER PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DE ANSIEDAD SITUACIONAL (AS) EN LA PRUEBA ANÁLOGA (N= 21).

MOMENTOS DEL VÍDEO	G.CONTROL		G.EXPERIMENTAL		t
	X	Sx	X	Sx	
Dificultad (A.V.)	28.62	9.25	34.19	9.27	-1.95
Dificultad (D.V.)	35.10	9.49	37.76	10.75	-.85
Cooperación (A.V.)	62.00	11.68	56.29	8.66	1.80
Cooperación (D.V.)	57.43	9.61	53.14	8.93	1.50
Ansiedad (A.V.)	30.48	10.66	36.38	10.07	-1.85
Ansiedad (D.V.)	36.33	9.41	40.00	12.01	-1.10
Motivación (A.V.)	61.90	10.15	57.67	8.45	1.47
Motivación (D.V.)	57.43	11.16	51.57	9.28	1.85

NOTA:(t para muestras no relacionadas); A.V.= Antes del Vídeo; D.V.= Después del

Vídeo; X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001

II.2.1.2.4. REGISTROS PSICOFISIOLÓGICOS EN EL TEMV-SAVA

En este apartado vamos a aportar los resultados de comparar a los grupos control y experimental en las variables psicofisiológicas obtenidas en la prueba análoga en el primer pase de pruebas. Es importante señalar que, en todos los análisis realizados con las medidas psicofisiológicas, se ha seguido un procedimiento para eliminar o reducir, lo más posible, el impacto que pudieran tener tanto la variabilidad transituacional intrasujeto como la reactividad situacional tan común en este tipo de registros (J.I. Capafóns et al., 1997). El procedimiento llevado a cabo ha consistido en dividir todas las medidas tomadas de cada persona, en los diferentes momentos del vídeo, por la obtenida en su línea base medida antes de la visualización del vídeo.

Presentamos a continuación las comparaciones de las medias obtenidas por los dos grupos, control y experimental, en las dos variables fisiológicas (Tasa Cardíaca y Tensión Muscular) de dos formas diferentes: en la primera, ofreceremos veinte momentos que hemos considerado los más representativos del vídeo y, en la segunda, se aglutinarán estos momentos en dos: "Prevuelo" y "Durante el Vuelo" formado, cada uno, por diez de los momentos anteriores.

En la Tabla N° 15 se aportan los resultados de comparar a los dos grupos (control de espera y experimental) en la variable Tasa Cardíaca en los veinte momentos anteriormente citados. En dicha tabla, podemos ver que, aunque el grupo experimental refleja una tasa cardíaca superior al grupo control en diecinueve de los veinte momentos del vídeo considerados como más representativos, en ninguno de ellos la prueba t arroja diferencias significativas ni se aproxima a la significación.

TABLA N° 15

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRIMER PASE DE PRUEBAS. MOMENTOS DEL VÍDEO DIVIDIDOS POR SU LÍNEA BASE. TASA CARDÍACA (N= 21).

MOMENTOS DEL VÍDEO	<u>G.CONTROL</u>		<u>G.EXPERIMENTAL</u>		t
	X	Sx	X	Sx	
1. Maleta	1.000	.07	1.013	.07	-.55
2. Taxi	1.001	.04	1.016	.08	-.69
3. Letrero	1.005	.09	1.054	.15	-1.28
4. Ver aeropuerto	1.016	.05	1.065	.16	-1.33
5. "Salidas"	1.010	.07	1.052	.14	-1.23
6. Facturación	1.013	.05	1.025	.08	-.58
7. Llamada a embarcar	1.021	.08	1.060	.16	-.99
8. Levantarse	1.027	.10	1.032	.07	-.21
9. Ver el avión	1.027	.11	1.049	.08	-.77
10. Subir al avión	1.017	.10	1.041	.08	-.89
11. Interior del avión (I)	1.019	.07	1.042	.09	-.97
12. Mirar por la ventanilla	1.044	.10	1.058	.10	-.47
13. Rodando por la pista	1.057	.10	1.046	.10	.37
14. Acelerar en pista	1.019	.08	1.054	.09	-1.28
15. Despegue	1.030	.10	1.065	.08	-1.29
16. Interior del avión (II)	1.028	.07	1.046	.09	-.76
17. Todo nubes	1.020	.08	1.016	.08	.15
18. Ver montañas	.990	.11	1.026	.09	-1.15
19. Aproximación	1.000	.09	1.033	.10	-1.09
20. Aterrizaje	.999	.07	1.013	.08	-.61

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001

A continuación ofrecemos, en la Tabla N° 16, los resultados de la comparación de los dos grupos, en la variable Tensión Muscular, en los veinte momentos del vídeo que en este estudio se han tomado en cuenta.

TABLA N° 16

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRIMER PASE DE PRUEBAS. MOMENTOS DEL VÍDEO DIVIDIDOS POR SU LÍNEA BASE. TENSIÓN EN EL MÚSCULO FRONTAL (N= 21).

MOMENTOS DEL VÍDEO	<u>G.CONTROL</u>		<u>G.EXPERIMENTAL</u>		t
	X	Sx	X	Sx	
1. Maleta	1.208	.40	1.183	.22	.26
2. Taxi	1.230	.43	1.240	.23	-.09
3. Letrero	1.290	.44	1.211	.29	.70
4. Ver aeropuerto	1.269	.44	1.216	.27	.47
5. "Salidas"	1.323	.48	1.260	.33	.50
6. Facturación	1.292	.43	1.154	.25	1.28
7. Llamada a embarcar	1.320	.46	1.135	.24	1.65
8. Levantarse	1.251	.40	1.217	.26	.32
9. Ver el avión	1.335	.48	1.224	.29	.91
10. Subir al avión	1.269	.52	1.217	.32	.39
11. Interior del avión (I)	1.255	.43	1.191	.31	.55
12. Mirar por la ventanilla	1.343	.48	1.168	.32	1.40
13. Rodando por la pista	1.307	.46	1.184	.27	1.05
14. Acelerar en pista	1.289	.52	1.201	.28	.68
15. Despegue	1.306	.47	1.224	.26	.70
16. Interior del avión (II)	1.396	.60	1.261	.33	.90
17. Todo nubes	1.372	.52	1.218	.27	1.22
18. Ver montañas	1.361	.60	1.174	.29	1.28

19. Aproximación	1.311	.51	1.252	.45	.40
20. Aterrizaje	1.284	.40	1.212	.38	.61

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p<0.05; **= p<0.010; ***= p<0.001

Como podemos apreciar en dicha Tabla N° 16, se da el resultado, casi en espejo, de la tabla anterior. Ahora es el grupo control de espera quien refleja una tensión muscular superior al grupo experimental en diecinueve de los veinte momentos del vídeo. También, como en la tabla anterior, podemos ver que no se da en ninguno de esos momentos significación estadística.

Seguidamente presentamos, como ya se señaló, los resultados de comparar a los dos grupos (control y experimental) en los dos momentos aglutinados: Prevuelo y Durante el Vuelo. En la Tabla N° 17 se presentan estos dos momentos en las dos variables consideradas: Tasa Cardíaca y Tensión Muscular. En la mencionada tabla se puede apreciar que, en ninguno de esos momentos y variables, se alcanzan diferencias estadísticamente significativas.

TABLA N° 17

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRIMER PASE DE PRUEBAS. MOMENTOS DEL VÍDEO DIVIDIDOS POR SU LÍNEA BASE, AGLUTINADOS EN DOS: PREVUELO Y DURANTE EL VUELO. TASA CARDÍACA Y TENSIÓN EN EL MÚSCULO FRONTAL (N= 21).

	<u>G.CONTROL</u>		<u>G.EXPERIMENTAL</u>		
MOMENTOS AGLUTINADOS	X	Sx	X	Sx	t
T. C. EN EL PREVUELO	10.14	.59	10.41	.86	-1.19

T. C. DURANTE EL VUELO	10.21	.60	10.40	.70	-.95
T. M. EN EL PREVUELO	12.79	4.27	12.06	2.04	.71
T. M. DURANTE EL VUELO	13.22	4.62	12.08	2.66	.98

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p<0.05; **= p<0.010; ***= p<0.001; T.C.= TASA CARDÍACA; T.M.= TENSIÓN MUSCULAR.

Como ocurrió en el epígrafe dedicado al estudio de la homogeneidad de los grupos control y experimental en las variables demográficas, también en éste hemos visto que, en el primer pase de pruebas, no había ninguna diferencia entre los grupos que alcanzara la significación estadística, en ninguna de las variables dependientes, ya fueran autoinformadas (preguntas de la entrevista IDG-FV, cuestionarios de miedo a volar y AS) o psicofisiológicas (tasa cardíaca y tensión en el músculo frontal). Estos resultados que hablan de la homogeneidad de las muestras nos permitirá concluir, con cierta seguridad, que si aparecen diferencias en el segundo pase de pruebas será debido a la aplicación del programa de intervención al grupo experimental o al simple paso del tiempo en el grupo control de lista de espera.

II.2.1.3. VARIABLES DE GENERALIZACIÓN

De la misma manera que se han ofrecido datos relativos a la homogeneidad de los dos grupos en las variables dependientes pasamos, en este epígrafe, a presentar los resultados de analizar la homogeneidad de los grupos control y experimental en las variables de generalización.

II.2.1.3.1. ESCALAS DE CAPACIDAD DE RELAJACIÓN

En la Tabla N° 18 se presenta información sobre los resultados de la comparación de las medias de ambos grupos en las dos escalas

factoriales del cuestionario de Capacidad de Relajación (CAP-REL). Como se puede apreciar en la tabla, las medias de los dos grupos en la escala "Facilidad para obtener relajación por medio de actividades distractoras" son idénticas. En la otra escala, "Dificultad para volver a un estado previo de relajación", aunque la similitud no es tan rotunda, tampoco la prueba t arroja diferencias con significación estadística.

TABLA N° 18

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRIMER PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DE CAPACIDAD DE RELAJACIÓN DEL CUESTIONARIO CAP-REL (N= 21).

ESCALAS	<u>G.CONTROL</u>		<u>G.EXPERIMENTAL</u>		t
	X	Sx	X	Sx	
Dificultad volver relajación	14.76	3.11	15.86	3.17	-1.13
Facilidad obtener relajación	14.57	4.33	14.57	4.39	.00

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001;

II.2.1.3.2. ESCALAS DE MIEDOS EN GENERAL

En la Tabla N° 19 de la página siguiente, se presentan los resultados de comparar los dos grupos en las trece escalas factoriales del cuestionario de miedos (IM). Podemos apreciar que la media del grupo experimental es superior a la media del grupo control de espera en casi todas las escalas. No obstante, esas diferencias no alcanzan la significación estadística en ninguna de las trece escalas. Sin embargo, hay una escala ("Miedo a Aspectos Relacionados con la Muerte") que da una diferencia que se acerca a la significación

estadística a favor del grupo control. Este hecho habrá que tenerlo en cuenta, cuando se comparen los dos grupos en el segundo pase de pruebas, para interpretar de forma adecuada las diferencias significativas que puedan surgir.

TABLA N° 19

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRIMER PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DEL IM (N= 21).

ESCALAS	G.CONTROL		G.EXPERIMENTAL		
	X	Sx	X	Sx	t
1. Miedo a la R.S.	6.76	5.12	9.14	5.01	-1.52
2. M. a la Muerte	10.14	4.03	11.90	2.19	-1.76
3. M. a A.R.M.	3.14	2.89	1.76	1.61	1.92
4. M. al Daño Físico	3.38	2.58	4.10	2.63	-.89
5. M. a la Agresión	8.71	3.90	10.62	3.65	-1.63
6. Fobia Social	2.90	3.32	3.38	2.75	-.51
7. M. a los Fenómenos N.T.	1.90	2.12	2.76	2.45	-1.21
8. M. a la ficción de T.	4.52	3.06	3.67	2.42	1.01
9. M. a los Signos R.M.	2.95	2.62	2.76	2.51	.24
10. M. a los Animales	4.14	2.35	5.24	3.75	-1.13
11. M. a los M.T.	.76	1.09	.95	1.32	-.51
12. M. a los Sobrenatural	.76	1.26	1.24	1.64	-1.05
13. Acrofobia y Claustrof.	5.10	2.43	5.19	2.09	-.14

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= $p < 0.05$; **= $p < 0.01$; ***= $p < 0.001$; M.: Miedo; R.S.: Reprobación Social; A.R.M.: Aspectos Relacionados con la Medicina; N.T.: Naturales (tormentas); T.: Terror; R.M.: Relacionados con la Muerte; M.T.: Medios de Transporte; Claustrof.: Claustrofobia.

II.2.1.3.3. ESCALAS DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

En este apartado se analizan los resultados de comparar a ambos grupos (experimental y control) en las escalas del cuestionario de estrategias de afrontamiento (ESAFAC). En la Tabla Nº 20 se puede apreciar que no hay diferencias que alcancen la significación estadística, en el primer pase de pruebas, en ninguna de las seis escalas del cuestionario.

TABLA Nº 20

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRIMER PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DEL CUESTIONARIO ESAFAC (N= 21)

ESCALAS	G.CONTROL		G.EXPERIMENTAL		t
	X	Sx	X	Sx	
1. C. Personal y R.	33.10	7.65	32.19	8.41	.36
2. Abatimiento y D.	15.43	7.67	14.95	6.24	.22
3. Búsqueda de Guía	12.05	4.70	14.38	3.74	-1.78
4. Refugio Religioso	4.24	2.97	3.10	2.32	1.39
5. Optimismo Esperanzador	9.52	4.26	10.19	4.49	-.49
6. Autosuficiencia	3.10	2.49	3.81	2.46	-.94

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p<0.05; **= p<0.01; ***= p<0.001; C.: Control; R.: Reorganización; D.: Desesperanza.

II.2.1.3.4. ESCALAS DE SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA

Completando el epígrafe dedicado al estudio de la homogeneidad de las variables de generalización, presentamos, en este apartado, la información referente a la comparación de los dos grupos en relación con la sintomatología psicopatológica medida por el PSI-2. En la Tabla N° 21 se ofrecen los resultados. A la vista de esta tabla, podemos considerar que las diferencias de las medias de los dos grupos no son importantes en ninguna de las siete escalas factoriales del cuestionario, ya que no se alcanza, en ninguna de ellas, la significación estadística.

TABLA N° 21

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRIMER PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DEL CUESTIONARIO PSI-2 (N= 21)

ESCALAS	<u>G.CONTROL</u>		<u>G.EXPERIMENTAL</u>		t
	X	Sx	X	Sx	
1. Manif. Depresivas	.62	1.20	1.43	2.60	-1.30
2. Manif. de Ansiedad	9.24	6.70	10.90	7.25	-.77
3. Delirios	.81	1.47	.67	.97	.37
4. Manif. Maníacas	4.24	3.75	3.33	3.55	.80
5. Esquizofrenia	.33	.80	.76	1.34	-1.26
6. Somatización	2.90	3.25	2.05	1.96	1.03
7. Hipocondría	.76	1.34	.81	1.44	-.11

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= $p < 0.05$; **= $p < 0.01$; ***= $p < 0.001$; Manif.: Manifestaciones.

Este capítulo ha sido dedicado al estudio de la homogeneidad de los grupos que se han utilizado en esta tesis. A lo largo de él, se ha ido viendo, en los sucesivos epígrafes dedicados a las variables demográficas, dependientes y de generalización, que la homogeneidad de los grupos control de espera, experimental y no fóbico, sino perfecta es, al menos, aceptable. En ningún momento ha habido una diferencia que llegara a ser significativa.

A la luz que ofrecen estos resultados, pensamos que se podrán extraer conclusiones cuando se den cambios en los grupos. Se podrán atribuir, con un mínimo de garantía, o bien, al paso del tiempo, o bien, a la aplicación del programa de intervención.

II.2.2. EFECTOS DE LA MANIPULACIÓN DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE.

Una vez comprobada la necesaria homogeneidad de los grupos control y experimental en el capítulo anterior, vamos a ofrecer en éste información de los análisis intragrupo e intergrupos realizados sobre las variables dependientes con el objeto de saber si hay cambios en los grupos, en el primer caso, y si éstos son suficientemente importantes como para dar diferencias significativas en el segundo pase de pruebas.

II.2.2.1. ANÁLISIS INTRAGRUPPO

En este epígrafe vamos a presentar los resultados de los análisis bivariados (t de Student para muestras relacionadas) realizados en los dos grupos, comparando el primer y el segundo pase de pruebas. Se pretende saber si se ha producido algún cambio con significación estadística en las variables dependientes, después del período de espera en el grupo control, o, debido a la aplicación del programa de intervención en el grupo experimental. Aportaremos,

en primer lugar, la información que atañe al grupo control y, posteriormente, presentaremos los datos del grupo experimental.

II.2.2.1.1. DIFERENCIAS BIVARIADAS INTRAGRUPO EN EL GRUPO CONTROL (PRIMER PASE-SEGUNDO PASE).

En este apartado se presenta la información relativa al grupo control de espera, con el objetivo de descartar el hecho de que se hayan producido cambios significativos en las variables dependientes por el mero paso del tiempo. Ya que, si eso hubiera ocurrido, no se podrían atribuir los posibles cambios del grupo experimental al efecto de la aplicación del programa terapéutico.

II.2.2.1.1.1. Preguntas de la IDG-FV

En la Tabla N° 22 se aporta información de los resultados obtenidos en la comparación de las medias del primer y segundo pase de pruebas, en las variables autoinformadas de la entrevista IDG-FV.

Como se puede apreciar en dicha tabla, ninguna de las variables de la entrevista arroja diferencias significativas. No obstante, se observa que en la variable "Nivel de Miedo a Volar" se da una diferencia (con una $t = -1.83$) entre el primer y segundo pase que se acerca a la significación estadística ($p = 0,08$). Este resultado iría en la línea de indicar que el grupo control siente más miedo a volar tras el período de espera aunque, eso sí, de forma no significativa.

TABLA N° 22

GRUPO CONTROL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. VARIABLES DE LA IDG-FV (N= 21).

PRIMER PASE SEGUNDO PASE

VARIABLES IDG-FV	X	Sx	X	Sx	t
Nivel de Miedo a Volar	2.76	.44	2.90	.30	-1.83
Conducta de Evitación	2.10	.44	2.19	.40	-1.45
Manif. Perturbadoras	21.38	11.57	20.38	10.48	1.40
Cualidad del Miedo	5.14	1.24	5.00	1.34	.44
Estrategias de distracción	6.10	2.26	6.10	2.28	.00
Eficacia de las Estrateg.	8.43	4.99	7.95	4.61	1.07

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001

Con estos resultados podemos afirmar que el grupo control sufre, tras el período de espera, una intensidad de miedo a volar similar, aunque con tendencia a subir, mantiene una tendencia parecida al primer pase de pruebas a evitar un posible vuelo y percibe que sentiría, si volara, parecidas manifestaciones perturbadoras. Se mantiene, en este grupo control, la cantidad de estímulos que le elicitan miedo, percibe que utilizaría el mismo número de estrategias para combatirlo y las percibe con similar eficacia. En conclusión, se puede manifestar que no habido ningún cambio positivo significativo por el paso del tiempo o el suceso de cualquier evento.

II.2.2.1.1.2. Escalas de Miedo a Volar

En la Tabla N° 23 se aporta información relativa a las comparaciones de medias realizadas entre el primer y segundo pase del grupo control en las cinco escalas autoinformadas de miedo a volar en avión. En ella podemos observar que no se presenta ninguna diferencia significativa estadísticamente, aunque hay que mencionar que la única variable que se diferencia de las otras expresa empeoramiento. Los datos indican que no ha habido

mejoría debida al período de espera, ya que el nivel de miedo a los distintos momentos del vuelo (antes y durante el mismo), se mantienen parecidos, al igual que el miedo a aspectos relacionados con viajes en avión en los que la persona no está directamente implicada. Asimismo, se mantiene el nivel de manifestaciones fisiológicas que la persona percibe que sufriría si subiera al avión y la tasa de pensamientos de posibles catástrofes es, aunque superior, bastante similar.

TABLA N° 23

GRUPO CONTROL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DE MIEDO A VOLAR (N= 21).

ESCALAS DE MIEDO A VOLAR	<u>PRIMER PASE</u>		<u>SEGUNDO PASE</u>		t
	X	Sx	X	Sx	
Pensamientos Catastrofistas	10.38	4.60	11.48	5.98	-1.48
Manifestaciones Fisiológicas	26.24	4.59	26.33	5.96	-.11
Miedo a Volar sin Autoimpl.	2.90	1.30	2.57	2.14	.71
Miedo Antes del Vuelo	24.86	5.28	24.29	7.82	.45
Miedo Durante el Vuelo	25.95	5.81	26.43	5.86	-.57

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001

II.2.2.1.1.3. Ansiedad Situacional Subjetiva (AS)

En la Tabla N° 24 se presentan los resultados obtenidos al comparar las medias de las cuatro escalas del cuestionario de ansiedad situacional (AS) en el primer y segundo pase de pruebas, cumplimentado antes y después de la visualización del vídeo. Como

se puede comprobar, no existe ninguna diferencia que se acerque siquiera a la significación estadística. Con estos resultados podemos afirmar que, el grupo control percibe, en la situación de exposición al vídeo (previa y posterior), un nivel muy similar de dificultad en los dos momentos de evaluación, ocurriendo lo mismo con el nivel de cooperación, ansiedad y motivación.

TABLA N° 24

GRUPO CONTROL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DE ANSIEDAD SITUACIONAL EN LA PRUEBA ANÁLOGA (N= 21).

MOMENTOS DEL VÍDEO	PRIMER PASE		SEGUNDO PASE		t
	X	Sx	X	Sx	
Dificultad (A.V.)	28.62	9.25	27.95	7.72	.36
Dificultad (D.V.)	35.10	9.49	34.81	9.71	.13
Cooperación (A.V.)	62.00	11.68	62.00	9.35	.00
Cooperación (D.V.)	57.43	9.61	57.24	9.83	.09
Ansiedad (A.V.)	30.48	10.66	30.10	9.82	.17
Ansiedad (D.V.)	36.33	9.41	37.00	10.08	-.28
Motivación (A.V.)	61.90	10.15	62.90	9.68	-1.06
Motivación (D.V.)	57.43	11.16	56.86	9.59	.29

NOTA:(t para muestras relacionadas); A.V.= Antes del Vídeo; D.V.= Después del Vídeo; X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p<0.05; **= p<0.01; ***= p<0.001

II.2.2.1.1.4 Registros Psicofisiológicos en el TEMV-SAVA

En este subapartado vamos a aportar información de los resultados obtenidos en las variables psicofisiológicas siguiendo el mismo esquema que hasta ahora: primero, se presentará la información de los veinte momentos más relevantes del vídeo y, posteriormente, se ofrecerán los resultados de aglutinar esos momentos en dos.

En la Tabla N° 25 se aporta información de los resultados obtenidos por el grupo control en la comparación de las medias del primer y segundo pase de pruebas, en la variable Tasa Cardíaca. Esa tabla manifiesta con claridad que no surge ninguna diferencia significativa entre los dos pases de pruebas en ninguno de los veinte momentos del vídeo.

TABLA N° 25

GRUPO CONTROL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. DIFERENTES MOMENTOS DEL VÍDEO DIVIDIDOS POR SU LÍNEA BASE. TASA CARDÍACA (N= 21).

MOMENTOS DEL VÍDEO	PRIMER PASE		SEGUNDO PASE		
	X	Sx	X	Sx	t
1. Maleta	1.000	.07	.987	.06	.72
2. Taxi	1.001	.04	.994	.06	.52
3. Letrero	1.005	.09	1.002	.04	.14
4. Ver aeropuerto	1.016	.05	.995	.06	1.16
5. "Salidas"	1.010	.07	1.005	.05	.29
6. Facturación	1.013	.05	1.007	.04	.47
7. Llamada a embarcar	1.021	.08	.998	.06	.91
8. Levantarse	1.027	.10	1.023	.06	.20

9. Ver el avión	1.027	.11	1.005	.08	.81
10. Subir al avión	1.017	.10	1.002	.06	.64
11. Interior del avión (I)	1.019	.07	1.025	.08	-.33
12. Mirar por la ventanilla	1.044	.10	1.030	.05	.87
13. Rodando por la pista	1.057	.10	1.038	.04	.85
14. Acelerar en pista	1.019	.08	1.020	.05	-.03
15. Despegue	1.030	.10	1.022	.06	.38
16. Interior del avión (II)	1.028	.07	1.024	.06	.28
17. Todo nubes	1.020	.08	1.013	.03	.42
18. Ver montañas	.990	.11	.984	.09	.20
19. Aproximación	1.000	.09	1.000	.07	.01
20. Aterrizaje	.999	.07	.979	.10	.75

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001

A continuación, en la Tabla N° 26, se presenta los mismos veinte momentos pero, ahora, relativos a la tensión muscular en el músculo frontal. Como ocurría con la tasa cardíaca, aquí tampoco aparece ninguna diferencia entre los dos momentos de medida que alcance significación estadística, siendo las diferencias prácticamente despreciables. El tiempo o los posibles eventos que hayan podido suceder durante el período de espera, no han influido en la reacción al vídeo en lo que se refiere a la tensión muscular, al menos, a la medida en el músculo frontal.

TABLA N° 26

GRUPO CONTROL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. DIFERENTES MOMENTOS DEL VÍDEO DIVIDIDOS POR SU LÍNEA BASE. TENSIÓN DEL MÚSCULO FRONTAL (N°21).

MOMENTOS DEL VÍDEO	<u>PRIMER PASE</u>		<u>SEGUNDO PASE</u>		
	X	Sx	X	Sx	t
1. Maleta	1.208	.40	1.209	.30	-.01
2. Taxi	1.230	.43	1.272	.35	-.57
3. Letrero	1.290	.44	1.258	.33	.40
4. Ver aeropuerto	1.269	.44	1.250	.36	.19
5. "Salidas"	1.323	.48	1.264	.43	.58
6. Facturación	1.292	.43	1.256	.46	.36
7. Llamada a embarcar	1.320	.46	1.298	.41	.22
8. Levantarse	1.251	.40	1.248	.43	.03
9. Ver el avión	1.335	.48	1.313	.47	.18
10. Subir al avión	1.269	.52	1.264	.44	.05
11. Interior del avión (I)	1.255	.43	1.272	.47	-.17
12. Mirar por la ventanilla	1.343	.48	1.294	.43	.49
13. Rodando por la pista	1.307	.46	1.306	.47	.01
14. Acelerar en pista	1.289	.52	1.332	.58	-.44
15. Despegue	1.306	.47	1.293	.49	.11
16. Interior del avión (II)	1.396	.60	1.366	.42	.22
17. Todo nubes	1.372	.52	1.296	.40	.76
18. Ver montañas	1.371	.62	1.332	.45	.30
19. Aproximación	1.311	.51	1.344	.45	-.34
20. Aterrizaje	1.284	.40	1.361	.38	-.89

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.010; ***= p< 0.001

En la Tabla N° 27 se ofrece la información relativa a los resultados obtenidos al comparar los dos momentos de evaluación del grupo control en las dos variables que han surgido al aglutinar los veinte momentos en grupos de diez. Como se puede apreciar, tampoco aquí surgen diferencias significativas en ninguna de las dos variables psicofisiológicas ya sea en el prevuelo o durante el vuelo.

TABLA N° 27

GRUPO CONTROL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. MOMENTOS DEL VÍDEO DIVIDIDOS POR SU LÍNEA, AGLUTINADOS EN DOS: PREVUELO Y DURANTE EL VUELO. TASA CARDÍACA Y TENSIÓN EN EL MÚSCULO FRONTAL (N°21).

MOMENTOS AGLUTINADOS	<u>PRIMER PASE</u>		<u>SEGUNDO PASE</u>		t
	X	Sx	X	Sx	
T. C. EN EL PREVUELO	10.14	.59	10.02	.40	.81
T. C. DURANTE EL VUELO	10.21	.60	10.13	.45	.53
T. M. EN EL PREVUELO	12.79	4.27	12.63	3.76	.17
T. M. DURANTE EL VUELO	13.34	4.71	13.24	4.42	.10

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.010; ***= p< 0.001; T.C.= TASA CARDÍACA; T.M.= TENSIÓN MUSCULAR.

En este apartado, dedicado al grupo control, hemos ido comprobando que, entre el primer y segundo pase de pruebas, no ha habido mejoría en ninguna de las variables dependientes que se han utilizado en este estudio. Es más, en una de ellas ("Nivel de Miedo a Volar") ha habido un incremento que se ha aproximado a la significación estadística. En las demás variables los cambios han sido pequeños y, en ningún caso, se ha alcanzado significación estadística. A la vista de estos resultados podemos afirmar que el mero transcurso del tiempo o de los sucesos que pudieran haber sucedido durante el mismo, no han producido cambios significativos en el grupo control. Es por esto, que si se produjeran en el grupo experimental, se podrían atribuir con mayores garantías a la aplicación del programa de intervención.

II.2.2.1.2 DIFERENCIAS BIVARIADAS INTRAGRUPPO EN EL GRUPO EXPERIMENTAL (PRIMER PASE-SEGUNDO PASE).

En este apartado, vamos a presentar información de los resultados de comparar los dos pases de pruebas en las variables dependientes autoinformadas y psicofisiológicas en el grupo experimental, con el objetivo de ver si ha habido cambios en ellas por efecto del programa terapéutico.

II.2.2.1.2.1. Preguntas de la IDG-FV

En la Tabla N° 28 se ofrecen los resultados obtenidos al realizar análisis de diferencias de medias, en las seis variables extraídas de la entrevista IDG-FV, logradas por el grupo experimental antes y después de la aplicación del programa de intervención.

TABLA N° 28

GRUPO EXPERIMENTAL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. VARIABLES DE LA IDG-FV (N= 21).

VARIABLES IDG-FV	<u>PRIMER PASE</u>		<u>SEGUNDO PASE</u>		t
	X	Sx	X	Sx	
Nivel de Miedo a Volar	2.71	.46	1.14	.73	8.28***
Conducta de Evitación	2.19	.68	.48	.70	9.14***
Manif. Perturbadoras	27.86	14.28	8.33	13.54	8.10***
Cualidad del Miedo	5.81	2.60	2.76	2.68	5.93***
Estrategias de distracción	6.05	3.38	2.05	2.91	4.80***
Eficacia de las Estrateg.	6.38	4.63	3.14	4.28	2.22*

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001.

Como se puede apreciar en dicha tabla, los resultados, para el grupo experimental, son indicadores de una reducción altamente significativa en el nivel de miedo a volar autoinformado, después de la aplicación del tratamiento. También podemos observar que se da una predisposición significativamente menor a evitar un eventual viaje en avión, se ha experimentado una reducción importante en las manifestaciones perturbadoras experimentadas durante los vuelos que siguieron al tratamiento y en el número de estímulos relacionados con el volar que le provocan miedo.

Por la que respecta a la variable "Estrategias de distracción" no sorprende, por las características del programa terapéutico, que se haya reducido su número de forma significativa. En efecto, dado que al final del programa se recomienda que se den instrucciones (la noche anterior y al levantarse) en aras de sentirse mejor durante el vuelo, es lógico que se utilicen menos estrategias durante el mismo si funcionan las instrucciones. Debido a esa reducción en la

utilización de las estrategias que se incluyen en la pregunta de la entrevista en cuestión, es comprensible el resultado de que la diferencia en eficacia de las estrategias, entre los dos pases, sea significativa. Al utilizarse muchas menos estrategias, el montante de eficacia de las que se utilizan será, obviamente, menor. A pesar de ello, es necesario señalar que la relación eficacia/nº de estrategias, es mayor después del tratamiento que antes del mismo (3,14/2,05; 6,38/6,05).

II.2.2.1.2.2. Escalas de Miedo a Volar

En la Tabla Nº 29 se presentan los resultados obtenidos al comparar las cinco escalas autoinformadas de miedo a volar, antes y después del tratamiento, en el grupo experimental.

TABLA Nº 29

GRUPO EXPERIMENTAL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DE MIEDO A VOLAR (N= 21).

ESCALAS DE MIEDO A VOLAR	PRIMER PASE		SEGUNDO PASE		t
	X	Sx	X	Sx	
Pensamientos Catastrofistas	8.05	6.07	3.57	2.73	3.75**
Manifestaciones Fisiológicas	27.10	6.30	13.38	8.56	8.52***
Miedo a Volar sin Autoimpl.	3.47	3.01	1.00	1.58	3.60**
Miedo Antes del Vuelo	24.71	6.64	8.76	7.54	8.88***
Miedo Durante el Vuelo	25.86	8.11	8.95	7.11	8.13***

NOTA:(t para muestras relacionadas); X= Media; Sx= Desviación Típica; Autoimpl.=

Autoimplicación; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001

Podemos observar en la tabla, que los resultados expresan diferencias claramente significativas en las cinco escalas, entre el primer y segundo pase. En las tres escalas del EMV ("Miedo a Volar sin Autoimplicación", "Miedo Antes del Vuelo" y "Miedo durante el Vuelo") se puede apreciar que, el miedo experimentado durante los vuelos que siguieron al tratamiento, se ha reducido hasta quedarse por debajo o en torno a la tercera parte del que se sufría anteriormente a la aplicación del programa de intervención. En las variables del cuestionario EPAV ("Pensamientos Catastrofistas" y "Manifestaciones Fisiológicas"), por su parte, se puede ver que la puntuación ha quedado, después del tratamiento, reducida a menos de la mitad. Con estos datos en su conjunto, se puede afirmar que las personas del grupo experimental, a las que se les administró el tratamiento, han reducido drásticamente su malestar en todos los momentos relacionados, directa o indirectamente, con la experiencia de volar en avión, sufriendo menos ansiedad fisiológica subjetiva y menos pensamientos catastrofistas.

II.2.2.1.2.3. Ansiedad Situacional Subjetiva (AS)

A continuación, en este subapartado, vamos a presentar la información de los resultados obtenidos, por el grupo experimental, al analizar las medias de las cuatro escalas factoriales del cuestionario de ansiedad situacional (AS), antes y después de la aplicación del programa de tratamiento y cumplimentado tanto antes como después del visionado del vídeo. Estos datos se pueden ver en la Tabla Nº 30. En ella podemos apreciar que las diferencias de medias en las ocho variables, entre los dos pases de pruebas, son significativas o muy próximas a la significación estadística.

TABLA N° 30

GRUPO EXPERIMENTAL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DE ANSIEDAD SITUACIONAL (AS) EN LA PRUEBA ANÁLOGA (N= 21).

MOMENTOS DEL VÍDEO	PRIMER PASE		SEGUNDO PASE		
	X	Sx	X	Sx	t
Dificultad (A.V.)	34.19	9.27	28.33	8.87	1.98
Dificultad (D.V.)	37.76	10.75	26.24	10.33	3.65**
Cooperación (A.V.)	56.29	8.66	61.43	8.02	-2.42*
Cooperación (D.V.)	53.14	8.93	62.05	8.56	-4.05**
Ansiedad (A.V.)	36.38	10.07	28.67	8.97	2.76*
Ansiedad (D.V.)	40.00	12.01	26.33	9.71	4.96***
Motivación (A.V.)	57.67	8.45	62.67	9.63	-2.04
Motivación (D.V.)	51.57	9.28	62.33	10.58	-4.46***

NOTA:(t para muestras relacionadas); A.V.= Antes del Vídeo; D.V.= Después del

Vídeo; X= Media; Sx= Desviación Típica; *= $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$

Por lo que respecta a la administración del cuestionario antes de la visualización del vídeo, vemos que las personas, después de la aplicación del programa de intervención, ya se aproximaban a la situación de forma más cooperativa y experimentando menos ansiedad. Hay que decir, también, que se acercaban a la situación percibiéndola menos difícil y con más motivación aunque, eso sí, de forma estadísticamente no significativa.

Por lo que se refiere a las diferencias en las cuatro variables, entre los dos pases, cuando el cuestionario se había administrado con posterioridad al visionado del vídeo, se puede ver en la tabla, que aumenta el nivel de significación hasta alcanzar una $p < 0,001$ en las variables de "Ansiedad" y "Motivación" y una $p < 0,01$ en las variables de "Dificultad" y "Cooperación". Con estos resultados podemos afirmar que, el grupo experimental, después del tratamiento, ha percibido el visionado del vídeo con menos dificultad y ansiedad y se ha sentido más cooperador y motivado que antes de beneficiarse del programa terapéutico.

II.2.2.1.2.4 Registros Psicofisiológicos en el TEMV-SAVA

Seguidamente, en este subapartado, pasamos a aportar los resultados obtenidos por el grupo experimental, en las variables fisiológicas (Tasa Cardíaca y Tensión muscular) entre el primer y el segundo momento de evaluación. Comenzando por los resultados arrojados por la variable "Tasa Cardíaca", podemos ver, en la Tabla Nº 31, que el grupo experimental ha reducido su respuesta cardíaca frente a todos los estímulos relevantes que contiene el vídeo y se han considerado en este trabajo.

TABLA Nº 31

GRUPO EXPERIMENTAL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. DIFERENTES MOMENTOS DEL VÍDEO DIVIDIDOS POR SU LÍNEA BASE. TASA CARDÍACA (N= 21).

MOMENTOS DEL VÍDEO	<u>PRIMER PASE</u>		<u>SEGUNDO PASE</u>		
	X	Sx	X	Sx	t
1. Maleta	1.013	.07	.977	.04	2.26*

2. Taxi	1.016	.08	.980	.03	1.87
3. Letrero	1.054	.15	.998	.03	1.83
4. Ver aeropuerto	1.065	.16	.996	.04	1.95
5. "Salidas"	1.052	.14	.988	.04	2.08
6. Facturación	1.025	.08	.983	.04	2.40*
7. Llamada a embarcar	1.060	.16	.994	.05	1.82
8. Levantarse	1.032	.07	.972	.11	2.38*
9. Ver el avión	1.049	.08	.997	.05	3.07**
10. Subir al avión	1.041	.08	.989	.07	2.24*
11. Interior del avión (I)	1.042	.09	.997	.05	2.41*
12. Mirar por la ventanilla	1.058	.10	1.002	.05	2.46*
13. Rodando por la pista	1.046	.10	.987	.05	2.33*
14. Acelerar en pista	1.054	.09	.991	.03	3.11**
15. Despegue	1.065	.08	.988	.03	4.97***
16. Interior del avión (II)	1.046	.09	.995	.04	2.58*
17. Todo nubes	1.016	.08	.990	.05	1.44
18. Ver montañas	1.026	.09	.970	.05	2.61*
19. Aproximación	1.033	.10	.973	.06	2.65*
20. Aterrizaje	1.013	.08	.980	.08	1.64

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001

En efecto, las diferencias de las medias del grupo experimental han alcanzado diferencias significativas en trece de los veinte momentos considerados. Con una probabilidad de error menor al 5 por ciento se encuentran los momentos: "Maleta", "Facturación", "Levantarse", "Subir al Avión", "Interior del Avión I", "Mirar por la ventanilla", "Rodando por la vista", "Interior del Avión II", "Ver Montañas" y, finalmente, "Aproximación". Mayor significación (p< 0,01), han alcanzado los momentos "Ver el Avión" y "Acelerar en pista". La máxima significación (p< 0,001), la ha alcanzado el momento que la mayoría de los fóbicos suelen considerar como el momento cumbre del vuelo: el "Despegue".

Hay otros momentos del vídeo que, sin alcanzar la significación estadística, se han aproximado mucho a ella. Estos momentos son: "Taxi" (t=1,87 y p=0,08), "Letrero" (t=1,83 y p=0,08), "Ver Aeropuerto" (t=1,95 y p=0,07), "Salidas" (con una t=2,08 muy próxima a la significación, p=0,05) y, por último, "Llamada a Embarcar" (t= 1,82 y p= 0,08).

Siguiendo con las variables psicofisiológicas, corresponde ahora el turno, a la variable "Tensión Muscular". En la Tabla N° 32 podemos ver el resultado de comparar bivariadamente las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental en los veinte momentos relevantes, entre el primer y segundo pase de pruebas. Aquí, el panorama es similar al de la tasa cardíaca en cuanto que se ha producido, tras la aplicación del tratamiento, una reducción de la tensión muscular en el músculo frontal a lo largo de toda la estimulación que provocaba el vídeo, aunque en esta ocasión el número de momentos que arroja diferencias significativas es sensiblemente menor. Como se puede apreciar se han alcanzado diferencias significativas en cuatro momentos relevantes del vídeo: "Despegue", "Interior del Avión II", "Todo Nubes" y "Aterrizaje".

TABLA N° 32

GRUPO EXPERIMENTAL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. DIFERENTES MOMENTOS DEL VÍDEO DIVIDIDOS POR SU LÍNEA BASE. TENSIÓN DEL MÚSCULO FRONTAL (N= 21).

MOMENTOS DEL VÍDEO	<u>PRIMER PASE</u>		<u>SEGUNDO PASE</u>		
	X	Sx	X	Sx	t
1. Maleta	1.183	.22	1.090	.17	1.22
2. Taxi	1.240	.23	1.112	.24	1.63
3. Letrero	1.211	.29	1.044	.17	1.91

4. Ver aeropuerto	1.216	.27	1.107	.16	1.36
5. "Salidas"	1.260	.33	1.150	.26	1.07
6. Facturación	1.154	.25	1.096	.34	.57
7. Llamada a embarcar	1.135	.24	1.070	.36	.67
8. Levantarse	1.217	.26	1.089	.35	1.19
9. Ver el avión	1.224	.29	1.112	.31	1.07
10. Subir al avión	1.217	.32	1.102	.35	.97
11. Interior del avión (I)	1.191	.31	1.125	.41	.56
12. Mirar por la ventanilla	1.168	.32	1.115	.33	.50
13. Rodando por la pista	1.184	.27	1.073	.37	.97
14. Acelerar en pista	1.201	.28	1.075	.27	1.37
15. Despegue	1.224	.26	1.029	.22	2.68*
16. Interior del avión (II)	1.261	.33	1.050	.23	2.28*
17. Todo nubes	1.218	.27	1.015	.29	2.49*
18. Ver montañas	1.174	.29	1.007	.27	1.73
19. Aproximación	1.252	.45	1.027	.26	1.99
20. Aterrizaje	1.212	.38	1.001	.20	2.49*

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= $p < 0.05$; **= $p < 0.010$; ***= $p < 0.001$

Continuando con el esquema que venimos siguiendo, pasamos ahora a analizar los resultados de las dos variables psicofisiológicas, cuando se aglutinan los momentos. En la Tabla N° 33, se ofrece la información relativa a la comparación de los dos momentos de evaluación.

TABLA N° 33

GRUPO EXPERIMENTAL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. MOMENTOS DEL VÍDEO DIVIDIDOS POR SU LÍNEA, AGLUTINADOS EN DOS: PREVUELO Y DURANTE EL VUELO. TASA CARDÍACA Y TENSIÓN EN EL MÚSCULO FRONTAL (N= 21).

MOMENTOS AGLUTINADOS	PRIMER PASE		SEGUNDO PASE		t
	X	Sx	X	Sx	
T. C. EN EL PREVUELO	10.41	.86	9.87	.26	2.99**
T. C. DURANTE EL VUELO	10.40	.70	9.87	.29	3.58**
T. M. EN EL PREVUELO	12.06	2.04	10.97	2.23	1.39
T. M. DURANTE EL VUELO	12.08	2.66	10.52	2.43	1.84

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p<0.05; **= p<0.010; ***= p<0.001; T.C.= TASA CARDÍACA; T.M.= TENSIÓN MUSCULAR.

Como se puede apreciar en la tabla que antecede a estas líneas, el hecho de aglutinar los veinte momentos en dos, ha provocado que las diferencias entre las medias de los dos pases arrojen diferencias significativas en los dos momentos aglutinados de la tasa cardíaca ("Tasa Cardíaca en el Prevuelo" y "Tasa Cardíaca Durante el vuelo"), con una significación importante (p<0,01). Por lo que respecta a la variable "Tensión Muscular", sólo el momento aglutinado "Tensión Muscular Durante el Vuelo" se ha aproximado a la significación estadística (t= 1,84 y p= 0,08).

Este epígrafe ha sido dedicado a los análisis intragrupo de los grupos control y experimental. En ellos, hemos podido ir viendo que el grupo control, tras el período de espera, ha mantenido sus puntuaciones de manera similar en todas las variables dependientes (autoinformadas y fisiológicas). El grupo experimental, por su parte, ha experimentado mejoras importantes en la inmensa mayoría de esas mismas variables tras la aplicación del programa de intervención. Teniendo en cuenta que, como se comprobó cuando se analizó la homogeneidad de los grupos, ambos habían partido de

puntuaciones similares en las distintas variables dependientes, podemos afirmar que la aplicación del programa terapéutico ha provocado cambios en las variables consideradas. Cambios que hablan de la eficacia de dicho programa para reducir o eliminar el miedo a volar.

II.2.2.2 ANÁLISIS INTERGRUPOS DESPUÉS DEL TRATAMIENTO O PERÍODO DE ESPERA.

Una vez visto que los dos grupos eran relativamente homogéneos en el primer pase de pruebas, que el grupo control de espera no cambia por el transcurso del tiempo o el suceso de cualquier evento y que, el grupo experimental, sí cambia por efecto de la aplicación del programa de tratamiento, es necesario dedicar este epígrafe a comparar las puntuaciones de los dos grupos en las distintas variables dependientes, para ver si los cambios del grupo experimental han sido lo suficientemente importantes, como para diferenciarse del grupo control en el segundo pase de pruebas.

II.2.2.2.1. PREGUNTAS DE LA IDG-FV-POST.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en los análisis diferenciales entre los grupos control y experimental en las preguntas de la entrevista después del período de espera o de la aplicación del tratamiento. En la Tabla N° 34 quedan reflejados esos resultados. Como podemos comprobar en ella, las diferencias de las medias de los dos grupos alcanzan la significación estadística en las seis variables de la entrevista IDG-FV. Tres de esas variables han alcanzado un nivel de significación de $p < 0,001$ ("Nivel de Miedo a Volar", "Conducta de Evitación" y "Estrategias de Distracción"). Las otras tres variables ("Manifestaciones Perturbadoras", "Cualidad del Miedo" y "Eficacia de las Estrategias") han alcanzado una significación que llega al nivel de $p < 0,01$.

TABLA N° 34

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. VARIABLES DE LA IDG-FV-Post (N= 21).

VARIABLES IDG-FV	<u>G.CONTROL</u>		<u>G.EXPERIMENTAL</u>		
	X	Sx	X	Sx	t
Nivel de Miedo a Volar	2.90	.30	1.14	.73	10.26***
Conducta de Evitación	2.19	.40	.48	.70	9.75***
Manif. Perturbadoras	20.38	10.48	8.33	13.54	3.22**
Cualidad del Miedo	5.00	1.34	2.76	2.68	3.42**
Estrategias de distracción	6.10	2.28	2.05	2.91	5.02***
Eficacia de las Estrateg.	7.95	4.61	3.14	4.28	3.50**

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001

Teniendo en cuenta estos resultados, podemos afirmar que, en el segundo pase de pruebas, el grupo experimental ha sufrido respecto al grupo control una drástica reducción en su nivel de miedo a volar, en su predisposición a evitar un futuro vuelo, en sus manifestaciones perturbadoras y en la cantidad de estímulos relacionados con el viaje en avión, que le provocan miedo. Nuevamente, aquí, es necesario comentar lo sucedido con la variable "Estrategias de distracción". Recordemos que, debido a las características del programa de tratamiento (se apoya en los beneficios de las sugerencias que se dan las personas previamente al vuelo), era comprensible que se utilizaran menos estrategias durante el mismo si funcionaban las sugerencias. A causa de esto, es natural que también aquí haya diferencias significativas en cuanto que el grupo experimental emplea menos de esas estrategias distractoras. Otro sí

podemos decir respecto de la eficacia de tales estrategias. Debido a que se utilizan menor número de ellas por el grupo de tratamiento, es lógico que la suma de las calificaciones de eficacia de las que se emplean sea menor. No obstante, también aquí se puede ver que el cociente eficacia/nº de estrategias es mayor en el grupo experimental que en el grupo control de espera.

II.2.2.2.2. ESCALAS DE MIEDO A VOLAR

A continuación, analizaremos los resultados obtenidos por los análisis bivariados realizados en las escalas de los cuestionarios de miedo a volar (EPAV y EMV) entre los grupos control y experimental en el segundo momento de evaluación. En la Tabla Nº 35 se presentan esos resultados. Podemos apreciar en ella que, en cuatro de las cinco escalas ("Pensamientos Catastrofistas", "Manifestaciones Fisiológicas", "Miedo Antes del Vuelo" y "Miedo Durante el Vuelo"), se alcanza un nivel de significación de $p < 0,001$. En la escala restante ("Miedo a Volar sin Autoimplicación"), se llega a una significación de $p < 0,05$. Estos resultados muestran que el grupo experimental ha logrado una gran reducción en la magnitud de su miedo a volar en comparación al grupo control. Esta mejoría se ve reflejada en la reducción de su ansiedad cognitiva y fisiológica ante todos los eventos relacionados con un vuelo en avión, incluso aquellos en los que no está implicada la propia persona.

TABLA Nº 35

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DE MIEDO A VOLAR (N= 21).

	<u>G.CONTROL</u>	<u>G.EXPERIMENTAL</u>
ESCALAS DE MIEDO A VOLAR	X	Sx
	X	Sx
		t

Pensamientos Catastrofistas	11.48	5.98	3.57	2.73	5.51***
Manifestaciones Fisiológicas	26.33	5.96	13.38	8.56	5.69***
Miedo a Volar sin Autoimpl.	2.57	2.14	1.00	1.58	2.71*
Miedo Antes del Vuelo	24.29	7.82	8.76	7.54	6.55***
Miedo Durante el Vuelo	26.43	5.86	8.95	7.11	8.69***

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001

II.2.2.2.3. ANSIEDAD SITUACIONAL SUBJETIVA (AS)

A continuación, en la Tabla N° 36, se presentan los resultados de los análisis diferenciales realizados, entre los dos grupos, en las variables del cuestionario de ansiedad situacional (AS) en el segundo momento de evaluación.

TABLA N° 36

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL SEGUNDO DE PRUEBAS. ESCALAS DE ANSIEDAD SITUACIONAL (AS) EN LA PRUEBA ANÁLOGA (N= 21).

MOMENTOS DEL VÍDEO	G.CONTROL		G.EXPERIMENTAL		
	X	Sx	X	Sx	t
Dificultad (A.V.)	27.95	7.72	28.33	8.87	-.15
Dificultad (D.V.)	34.81	9.71	26.24	10.33	2.77**
Cooperación (A.V.)	62.00	9.35	61.43	8.02	.21
Cooperación (D.V.)	57.24	9.83	62.05	8.56	-1.69
Ansiedad (A.V.)	30.10	9.82	28.67	8.97	.49
Ansiedad (D.V.)	37.00	10.08	26.33	9.71	3.49**

Motivación (A.V.)	62.90	9.68	62.67	9.63	.08
Motivación (D.V.)	56.86	9.59	62.33	10.58	-1.76

NOTA:(t para muestras no relacionadas); A.V.= Antes del Vídeo; D.V.= Después del

Vídeo; X= Media; Sx= Desviación Típica; *= $p < 0.05$; **= $p < 0.01$; ***= $p < 0.001$.

Podemos apreciar en dicha tabla que, entre las medias de los dos grupos, no existen prácticamente diferencias en las cuatro escalas cumplimentadas antes del visionado del vídeo. Por lo que respecta a las cuatro variables del AS después del vídeo, podemos ver que hay dos variables ("Dificultad" y "Ansiedad") que arrojan diferencias más fuertes alcanzando un nivel de significación de $p < 0,01$. Las otras dos variables ("Cooperación" y "Motivación"), aunque presentan puntuaciones en la línea de mejoría para el grupo experimental, no llegan a la significación. En resumen, los dos grupos se aproximan de forma similar a la situación de la prueba análoga, y es después de la visualización del vídeo cuando se puede ver que, el grupo experimental, ha percibido subjetivamente la situación de forma mucho menos dificultosa y se ha sentido mucho menos ansioso que el grupo control.

II.2.2.2.4. REGISTROS PSICOFISIOLÓGICOS EN EL TEMV-SAVA

Finalizamos este epígrafe, dedicado a los análisis intergrupos después del tratamiento o período de espera, aportando la información relativa a las variables fisiológicas. Por lo que respecta a los veinte momentos relevantes de la variable "Tasa Cardíaca", podemos observar en la Tabla N° 37 los resultados de los análisis.

TABLA N° 37

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. MOMENTOS DEL VÍDEO DIVIDIDOS POR SU LÍNEA BASE. TASA CARDÍACA (N= 21).

MOMENTOS DEL VÍDEO	G.CONTROL		G.EXPERIMENTAL		t
	X	Sx	X	Sx	
1. Maleta	.987	.06	.977	.04	.62
2. Taxi	.994	.06	.980	.03	.96
3. Letrero	1.002	.04	.998	.03	.35
4. Ver aeropuerto	.995	.06	.996	.04	-.07
5. "Salidas"	1.005	.05	.988	.04	1.20
6. Facturación	1.007	.04	.983	.04	2.04*
7. Llamada a embarcar	.998	.06	.994	.05	.24
8. Levantarse	1.023	.06	.972	.11	1.83
9. Ver el avión	1.005	.08	.997	.05	.39
10. Subir al avión	1.002	.06	.989	.07	.71
11. Interior del avión (I)	1.025	.08	.997	.05	1.32
12. Mirar por la ventanilla	1.030	.05	1.002	.05	1.70
13. Rodando por la pista	1.038	.04	.987	.05	3.73**
14. Acelerar en pista	1.020	.05	.991	.03	2.38*
15. Despegue	1.022	.06	.988	.03	2.33*
16. Interior del avión (II)	1.024	.06	.995	.04	1.92
17. Todo nubes	1.013	.03	.990	.05	1.95
18. Ver montañas	.984	.09	.970	.05	.64
19. Aproximación	1.000	.07	.973	.06	1.36
20. Aterrizaje	.979	.10	.980	.08	-.05

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001

En dicha tabla vemos que en dieciocho de los veinte momentos considerados, el grupo experimental ha puntuado en todo momento por debajo del grupo control. También se puede ver que, mientras el grupo control ha mantenido su tasa cardíaca a lo largo de la mayor parte del vídeo por encima de la que registró en la línea base, el grupo experimental la ha mantenido por debajo de ese punto de partida a excepción de un único momento ("Mirar por la Ventanilla"). Las diferencias bivariadas han arrojado diferencias significativas en cuatro de los momentos relevantes del vídeo. Con un nivel de significación de $p < 0,05$, nos encontramos con los momentos "Facturación", "Acelerar en Pista" y "Despegue". Se ha llegado a alcanzar el nivel de significación de $p < 0,01$ en el momento "Rodando por la Pista". A la vista de estos resultados en la tasa cardíaca podemos decir que, en esta variable psicofisiológica, los dos grupos se han manifestado de forma diferente. Mientras el grupo experimental disminuía su tasa cardíaca durante el vídeo, ocurría lo contrario con el grupo control de espera. No obstante, el número de momentos con significación estadística ha disminuido en relación al contraste antes-después del grupo experimental.

Pasamos, seguidamente, a comentar los resultados obtenidos al comparar, ahora en la variable "Tensión Muscular", los dos grupos en el segundo momento de evaluación. Podemos apreciar en la Tabla Nº 38, que el grupo control ha puntuado en la totalidad de los veinte momentos por encima del grupo experimental y, en ninguno de ellos, se ha bajado de una puntuación de 1,2.

TABLA Nº 38

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. MOMENTOS DEL VÍDEO DIVIDIDOS POR SU LÍNEA BASE. TENSIÓN EN EL MÚSCULO FRONTAL (N= 21).

MOMENTOS DEL VÍDEO	G.CONTROL		G.EXPERIMENTAL		
	X	Sx	X	Sx	t
1. Maleta	1.209	.30	1.090	.17	1.57
2. Taxi	1.272	.35	1.112	.24	1.74
3. Letrero	1.258	.33	1.044	.17	2.63*
4. Ver aeropuerto	1.250	.36	1.107	.16	1.68
5. "Salidas"	1.264	.43	1.150	.26	1.03
6. Facturación	1.256	.46	1.096	.34	1.28
7. Llamada a embarcar	1.298	.41	1.070	.36	1.90
8. Levantarse	1.248	.43	1.089	.35	1.32
9. Ver el avión	1.313	.47	1.112	.31	1.63
10. Subir al avión	1.264	.44	1.102	.35	1.31
11. Interior del avión (I)	1.272	.47	1.125	.41	1.09
12. Mirar por la ventanilla	1.294	.43	1.115	.33	1.51
13. Rodando por la pista	1.306	.47	1.073	.37	1.78
14. Acelerar en pista	1.332	.58	1.075	.27	1.83
15. Despegue	1.293	.49	1.029	.22	2.25*
16. Interior del avión (II)	1.366	.42	1.050	.23	3.05**
17. Todo nubes	1.296	.40	1.015	.29	2.61*
18. Ver montañas	1.332	.45	1.007	.27	2.75*
19. Aproximación	1.344	.45	1.027	.26	2.79**
20. Aterrizaje	1.361	.38	1.001	.20	3.82**

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p<0.05; **= p<0.010; ***= p<0.001

De la inspección de la tabla también se desprende que se han alcanzado diferencias con significación estadística en el momento del vídeo denominado "Letrero" y en todos aquellos que recogen el recorrido comprendido entre el despegue y el aterrizaje. Dentro de esos seis momentos, hay tres que alcanzan un nivel de significación de p<0,01. Es el caso de los momentos "Interior del Avión (II), "Aproximación" y "Aterrizaje". Con estos resultados podemos

interpretar, con un pequeño margen de error, que el grupo experimental ha visionado el vídeo con menor tensión muscular relativa que el grupo control, sobre todo a partir del momento del despegue.

Siguiendo con el esquema a que estamos acostumbrados, pasamos a analizar las dos variables psicofisiológicas cuando se aglutinan los diversos momentos relevantes del vídeo en dos: antes del vuelo y durante el mismo. En la tabla N° 39, se presentan los resultados de comparar a los dos grupos. Podemos apreciar que, lógicamente, las diferencias van en la misma línea que cuando se comparaban las dos variables en los veinte momentos más relevantes. Así, el grupo experimental ha puntuado por debajo del grupo control en los dos momentos de cada variable. También podemos ver que se han alcanzado diferencias significativas en el mismo momento aglutinado de las dos variables, es decir, durante el vuelo. En resumen, cuando se aglutinan los veinte momentos en dos, también se observa que el grupo experimental ha visionado el vídeo con menos ansiedad psicofisiológica, medida por la tasa cardíaca y la tensión muscular en el músculo frontal, que el grupo control.

TABLA N° 39

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. MOMENTOS DEL VÍDEO DIVIDIDOS POR SU LÍNEA BASE, AGLUTINADOS EN DOS: PREVUELO Y DURANTE EL VUELO.

TASA CARDÍACA Y TENSIÓN EN EL MÚSCULO FRONTAL (N= 21).

	<u>G.CONTROL</u>		<u>G.EXPERIMENTAL</u>		
MOMENTOS AGLUTINADOS	X	Sx	X	Sx	t

T. C. EN EL PREVUELO	10.02	.40	9.87	.26	1.37
T. C. DURANTE EL VUELO	10.13	.45	9.87	.29	2.25*
T. M. EN EL PREVUELO	12.63	3.76	10.97	2.23	1.74
T. M. DURANTE EL VUELO	13.24	4.42	10.52	2.43	2.43*

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p<0.05; **= p<0.010; ***= p<0.001; T.C.= TASA CARDÍACA; T.M.= TENSIÓN MUSCULAR.

Después de dedicar el capítulo anterior a comprobar la homogeneidad de los grupos en las variables demográficas, dependientes y de generalización, hemos ido analizando, a lo largo de los distintos epígrafes del presente capítulo, las diferencias bivariadas intragrupo e intergrupos en las variables dependientes tanto autoinformadas como psicofisiológicas. De esos análisis se han ido desprendiendo algunos hechos que conviene resumir aquí. Hemos comprobado, en los análisis intragrupo, que el grupo control de espera no refleja cambios en sus variables dependientes por efecto del tiempo o del suceso de posibles acontecimientos. También hemos comprobado que el grupo experimental ha sufrido cambios en la mayoría de las variables dependientes en el sentido de una clara mejoría. Cambios que, con ciertas garantías, podemos pensar que son debidos a la aplicación del programa de tratamiento. Finalmente, en los análisis intergrupos, hemos ido comprobando en las distintas variables dependientes, que la magnitud de los cambios experimentados por el grupo experimental, han sido lo suficientemente importantes como para diferenciarse del grupo control en el segundo pase de pruebas.

II.2.3. EFECTOS DE GENERALIZACIÓN.

Este capítulo lo vamos a destinar al estudio de los posibles efectos que el programa de intervención ha ejercido sobre variables no directamente tratadas. Según J.I. Capafóns (1997), este estudio ha constituido una preocupación constante en el área de la investigación en terapia y es lógico que así sea, pues el conocimiento de los procesos de generalización, nos puede servir tanto para mejorar el propio programa terapéutico, como para lograr una mayor comprensión de los trastornos asociados que redunde en un mejor tratamiento de los mismos.

Por estas razones vamos a analizar, seguidamente, cuatro áreas sobre las que, a priori, parece que pudiera generalizarse la aplicación del programa terapéutico. Estas áreas son: capacidad de relajación (CAP-REL), miedos en general (IM), en las formas de afrontamiento del problema (ESAFAC) y, finalmente, se evaluarán los efectos que haya experimentado la sintomatología psicopatológica en general (PSI-2). Para ello, seguiremos el mismo esquema que se utilizó con el estudio de las variables dependientes, es decir, se comenzará por los análisis intragrupo y se finalizará con el análisis de la comparación de los dos grupos en el pase de pruebas posterior al período de espera (grupo control) o a la aplicación del programa de intervención (grupo experimental).

II.2.3.1. ANÁLISIS INTRAGRUPPO.

En este epígrafe vamos a presentar los resultados de los análisis bivariados comparando el primer y el segundo pase de pruebas, para saber si se ha producido algún cambio significativo en las variables de generalización. Se aportarán, primeramente, los datos del grupo control y, con posterioridad, presentaremos los datos del grupo experimental.

II.2.3.1.1. DIFERENCIAS BIVARIADAS INTRAGRUPPO EN EL GRUPO CONTROL (PRIMER PASE-SEGUNDO PASE).

En este apartado ofrecemos la información relativa al grupo control con el objeto de comprobar, como ocurrió con las variables dependientes, que no se han producido cambios por efecto del simple paso del tiempo o de la ocurrencia de cualquier evento que hubieran sufrido las personas incluidas en este grupo.

II.2.3.1.1.1. Escalas de Capacidad de Relajación.

Comenzamos estas comparaciones intragrupo ofreciendo los resultados de los análisis diferenciales obtenidos al comparar las dos escalas de capacidad de relajación medidas por el cuestionario (CAP-REL) en los dos momentos de evaluación. En la Tabla N° 40 se presentan los resultados.

TABLA N° 40

GRUPO CONTROL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DE CAPACIDAD DE RELAJACIÓN DEL CUESTIONARIO CAP-REL (N= 21).

ESCALAS	PRIMER PASE		SEGUNDO PASE		
	X	Sx	X	Sx	t
Dificultad volver relajación	14.76	3.11	14.52	3.44	.26
Facilidad obtener relajación	14.57	4.33	13.57	3.41	1.21

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001

Como podemos observar el grupo control no presenta diferencias significativas entre los dos pases de pruebas en las dos variables que apresa el cuestionario. Debido a esto podemos afirmar que no hay mejoría en estas variables por efecto del pase del tiempo.

II.2.3.1.1.2. Otros Miedos

Como muestra la Tabla N° 41, tampoco se dan diferencias significativas al comparar los dos momentos de medida del grupo control en las escalas del inventario de miedos. Todas las escalas están muy lejos de la significación aunque, una, "Miedo a la Muerte", destaca tímidamente del resto, hablando de una pequeña mejoría en este miedo por parte del grupo control de espera.

TABLA N° 41

GRUPO CONTROL, PRUEBAS *t* ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DEL INVENTARIO DE MIEDOS (IM) (N= 21).

ESCALAS	PRIMER PASE		SEGUNDO PASE		
	X	Sx	X	Sx	t
1. Miedo a la R.S.	6.76	5.12	6.19	5.32	.73
2. M. a la Muerte	10.14	4.03	9.48	4.12	1.08
3. M. a A.R.M.	3.14	2.89	2.90	2.95	.82
4. M. al Daño Físico	3.38	2.58	3.14	2.87	.89
5. M. a la Agresión	8.71	3.90	8.05	5.11	.72
6. Fobia Social	2.90	3.32	2.90	3.29	.00
7. M. a los Fenómenos N.T.	1.90	2.12	1.67	1.80	.77
8. M. a la ficción de T.	4.52	3.06	4.43	3.39	.31
9. M. a los Signos R.M.	2.95	2.62	2.81	2.64	.48
10. M. a los Animales	4.14	2.35	4.29	3.35	-.37
11. M. a los M.T.	.76	1.09	.62	1.12	.90

12. M. a los Sobrenatural	.76	1.26	.86	1.24	-.53
13. Acrofobia y Claustrof.	5.10	2.43	4.86	2.24	.89

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001; M.: Miedo; R.S.: Reprobación Social; A.R.M.: Aspectos Relacionados con la Medicina; N.T.: Naturales (tormentas); T.: Terror; R.M.: Relacionados con la Muerte; M.T.: Medios de Transporte; Claustrof.: Claustrofobia.

II.2.3.1.1.3. Estrategias de Afrontamiento.

Presentamos a continuación los resultados de los análisis realizados al comparar, dentro del grupo control, los dos momentos de evaluación en las seis escalas del cuestionario de estrategias de afrontamiento (ESAFAC).

Como muestra la Tabla N° 42, tampoco en estas seis variables aparecen diferencias significativas entre el primer y el segundo momento de medida del grupo control. Señalemos, no obstante, que parece que hay una cierta mejora en la escala de "Control Personal y Reorganización", en el sentido de una mayor tendencia a hacer frente al problema sin dejarse abatir por él. Mencionemos, también, que hay un decremento en la utilización de la estrategia de afrontamiento que supone una búsqueda de información adicional y el intento de contrastarla con algún experto. Recordemos, no obstante, que en ninguna de las dos variables se alcanzó la significación estadística.

TABLA N° 42

GRUPO CONTROL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DEL CUESTIONARIO ESAFAC (N= 21).

ESCALAS	PRIMER PASE		SEGUNDO PASE		
	X	Sx	X	Sx	t
1. C. Personal y R.	33.10	7.65	31.05	6.79	1.54
2. Abatimiento y D.	15.43	7.67	15.24	8.28	.19
3. Búsqueda de Guía	12.05	4.70	13.29	4.04	-1.30
4. Refugio Religioso	4.24	2.97	4.00	2.93	.69
5. Optimismo Esperanzador	9.52	4.26	9.05	3.91	.63
6. Autosuficiencia	3.10	2.49	3.19	2.23	-.19

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= $p < 0.05$; **= $p < 0.01$; ***= $p < 0.001$; C.: Control; R.: Reorganización; D.: Desesperanza.

II.2.3.1.1.4. Sintomatología Psicopatológica.

En la Tabla N° 43 se presentan los resultados de los análisis diferenciales realizados al comparar las variables obtenidas a partir de las siete escalas del inventario de síntomas psicopatológicos (PSI-2), en el grupo control, entre el primer y segundo pase de pruebas. Como podemos comprobar en dicha tabla, tampoco aquí ninguna de las variables arroja diferencias significativas. Sólo mencionar que, en dos variables ("Delirios" y "Manifestaciones Maníacas"), han habido ligeros cambios en la línea de reducción del nivel reflejado en el primer pase y, en otra ("Esquizofrenia"), se ha producido un aumento de nivel en el segundo momento de evaluación, aunque lejos las tres variables, de alcanzar significación estadística.

TABLA N° 43

GRUPO CONTROL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DEL CUESTIONARIO PSI-2 (N= 21)

ESCALAS	<u>PRIMER PASE</u>		<u>SEGUNDO PASE</u>		
	X	Sx	X	Sx	t
1. Manif. Depresivas	.62	1.20	1.19	2.98	-.89
2. Manif. de Ansiedad	9.24	6.70	8.71	7.20	.90
3. Delirios	.81	1.47	.57	1.17	1.31
4. Manif. Maníacas	4.24	3.75	3.76	3.29	1.69
5. Esquizofrenia	.33	.80	.67	1.39	-1.00
6. Somatización	2.90	3.25	2.57	3.33	.89
7. Hipocondría	.76	1.34	.81	1.03	-.33

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p<0.05; **= p<0.01; ***= p<0.001; Manif.: Manifestaciones.

Como se ha comprobado dentro de este apartado, el grupo control no ha experimentado cambios significativos durante el transcurso del período de espera en ninguno de los cuatro grupos de variables de generalización. Corresponde, por lo tanto, ver ahora cuál ha sido la evolución del grupo experimental.

II.2.3.1.2 DIFERENCIAS BIVARIADAS INTRAGRUPO EN EL GRUPO EXPERIMENTAL (PRIMER PASE-SEGUNDO PASE).

II.2.3.1.2.1. Escalas de Capacidad de Relajación

En la Tabla N° 44 se presentan los resultados, ahora realizados sobre el grupo experimental, de las comparaciones entre el primer y segundo pase de pruebas en las variables del cuestionario de Capacidad de Relajación. Podemos apreciar en ella que, como ocurrió con el grupo control, tampoco aquí surgen diferencias significativas.

TABLA N° 44

GRUPO EXPERIMENTAL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DE CAPACIDAD DE RELAJACIÓN DEL CUESTIONARIO CAP-REL (N= 21).

ESCALAS	<u>PRIMER PASE</u>		<u>SEGUNDO PASE</u>		
	X	Sx	X	Sx	t
Dificultad volver relajación	15.86	3.17	15.00	4.72	.78
Facilidad obtener relajación	14.57	4.39	13.95	4.01	.77

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001

II.2.3.1.2.2. Otros Miedos

Como se puede apreciar en la Tabla N° 45, ocurre algo radicalmente distinto al subapartado anterior cuando se comparan

los dos momentos de medida en las escalas del inventario de miedos (IM).

TABLA N° 45

GRUPO EXPERIMENTAL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DEL INVENTARIO DE MIEDOS (IM) (N= 21).

ESCALAS	PRIMER PASE		SEGUNDO PASE		
	X	Sx	X	Sx	t
1. Miedo a la R.S.	9.14	5.01	4.48	4.33	4.95***
2. M. a la Muerte	11.90	2.19	8.48	5.02	3.80**
3. M. a A.R.M.	1.76	1.61	.95	1.47	2.12*
4. M. al Daño Físico	4.10	2.63	2.81	2.40	3.79**
5. M. a la Agresión	10.62	3.65	7.29	4.77	4.50***
6. Fobia Social	3.38	2.75	1.86	2.58	3.75**
7. M. a los Fenómenos N.T.	2.76	2.45	1.81	2.23	3.13**
8. M. a la ficción de T.	3.67	2.42	2.00	2.37	3.85**
9. M. a los Signos R.M.	2.76	2.51	1.81	1.72	2.68*
10. M. a los Animales	5.24	3.75	3.05	2.97	3.78**
11. M. a los M.T.	.95	1.32	.33	.91	3.08**
12. M. a los Sobrenatural	1.24	1.64	.81	1.37	1.25
13. Acrofobia y Claustrof.	5.19	2.09	2.19	2.14	6.55***

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001; M.: Miedo; R.S.: Reprobación Social; A.R.M.: Aspectos Relacionados con la Medicina; N.T.: Naturales (tormentas); T.: Terror; R.M.: Relacionados con la Muerte; M.T.: Medios de Transporte; Claustrof.: Claustrofobia.

En la tabla queda patente que, en doce de las trece escalas, se alcanzan diferencias significativas y, en la totalidad de ellas, se puede apreciar que existe una reducción del miedo en la evaluación posterior a la aplicación del programa de tratamiento. En dos de las escalas ("Miedo a Aspectos Relacionados con la Medicina" y "Miedo a los Signos Relacionados con la Muerte"), se alcanza un nivel de significación de $p < 0,05$. En siete de ellas se llega a un nivel de significación de $p < 0,01$: "Miedo a la Muerte", "Miedo al Daño Físico", "Fobia Social", "Miedo a los Fenómenos Naturales", "Miedo a la Ficción de Terror", "Miedo a los Animales" y "Miedo a los Medios de Transporte". Finalmente, han alcanzado un nivel de significación de $p < 0,001$ las escalas "Miedo a la Reprobación Social", "Miedo a la Agresión" y la que, según Sosa *et al.* (1995) está más relacionada con el miedo a volar, "Acrofobia y Claustrofobia" que es, también la que alcanza la t más alta. Parece, pues, que la aplicación del programa de intervención ha provocado mejoría, no exclusivamente en los aspectos directamente tratados, sino que se han generalizado a miedos que difícilmente tienen relación con el miedo a volar en avión (ej.: miedo a los animales).

II.2.3.1.2.3. Estrategias de Afrontamiento.

En la Tabla N° 46 se presentan los datos obtenidos con el cuestionario de estrategias de afrontamiento (ESAFAC). En ella podemos ver que, aunque no se alcanza la significación en ninguna de las seis escalas, se puede apreciar una mejoría después de la aplicación del programa terapéutico, en la escalas de "Abatimiento y Desesperanza" y en la de "Autosuficiencia".

TABLA N° 46

GRUPO EXPERIMENTAL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DEL CUESTIONARIO ESAFAC (N= 21).

ESCALAS	PRIMER PASE		SEGUNDO PASE		
	X	Sx	X	Sx	t
1. C. Personal y R.	32.19	8.41	31.86	7.24	.26
2. Abatimiento y D.	14.95	6.24	12.38	6.31	1.73
3. Búsqueda de Guía	14.38	3.74	13.62	4.09	.78
4. Refugio Religioso	3.10	2.32	2.76	2.81	1.05
5. Optimismo Esperanzador	10.19	4.49	10.95	4.13	-.65
6. Autosuficiencia	3.81	2.46	3.10	2.21	1.56

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p<0.05; **= p<0.01; ***= p<0.001; C.: Control; R.: Reorganización; D.: Desesperanza.

II.2.3.1.2.4. Sintomatología Psicopatológica

En la Tabla N° 47 se muestran los resultados alcanzados por el cuestionario de síntomas psicopatológicos (PSI-2) en el grupo experimental. Podemos apreciar en ella, que se alcanza significación estadística en la totalidad de las escalas. En seis de ellas ("Manifestaciones Depresivas", "Delirios", "Manifestaciones Maníacas", "Esquizofrenia", "Somatización" e "Hipocondría"), se llega a un nivel de significación de p<0,05. En la séptima, "Manifestaciones de Ansiedad", se ha alcanzado el nivel de significación más alto (p<0,001). Estos resultados no sorprenden, sobre todo los de las escalas de "Hipocondría" y "Manifestaciones de Ansiedad" ya que, como se señaló en las predicciones, las fobias específicas tienden a estar relacionadas con estos trastornos.

TABLA N° 47

GRUPO EXPERIMENTAL, PRUEBAS t ENTRE EL PRIMER Y SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DEL CUESTIONARIO PSI-2 (N= 21).

ESCALAS	PRIMER PASE		SEGUNDO PASE		
	X	Sx	X	Sx	t
1. Manif. Depresivas	1.43	2.60	.29	.64	2.43*
2. Manif. de Ansiedad	10.90	7.25	6.71	5.52	4.21***
3. Delirios	.67	.97	.10	.30	2.68*
4. Manif. Maníacas	3.33	3.55	1.57	1.72	2.80*
5. Esquizofrenia	.76	1.34	.14	.66	2.28*
6. Somatización	2.05	1.96	1.19	1.37	2.34*
7. Hipocondría	.81	1.44	.19	.51	2.21*

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= $p < 0.05$; **= $p < 0.01$; ***= $p < 0.001$; Manif.: Manifestaciones

Hemos visto en este epígrafe, que la evolución experimentada por los dos grupos en las variables de generalización ha sido bien diferente. Mientras en el grupo control no se producía ningún cambio significativo de mejoría durante el período de espera, hemos visto como la aplicación del tratamiento sobre el grupo experimental se ha generalizado en sentido positivo al área de otros miedos, ya que el nivel de miedo se redujo significativamente en doce de las trece escalas, entre las que merece destacarse la franca mejoría experimentada en la escala de "Acrofobia y Claustrofobia". También el grupo experimental ha experimentado una reducción significativa en todas las escalas que miden sintomatología psicopatológica, sobre todo, en aquella que mide la sintomatología ansiosa. Con estos resultados de no mejora en el grupo control y de mejora en el grupo experimental, ya sólo queda comparar a los dos grupos, en el segundo pase de pruebas, para ver si los cambios del grupo de tratamiento son los suficientemente importantes como para diferenciarse del grupo control de espera en las variables de generalización.

II.2.3.2. ANÁLISIS INTERGRUPOS EN EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS.

II.2.3.2.1. ESCALAS DE CAPACIDAD DE RELAJACIÓN.

En la Tabla N° 48 se muestran los resultados de comparar a ambos grupos, en el segundo pase de pruebas, en las variables de capacidad de relajación. Podemos comprobar en la tabla que, como sucedía en el primer pase de medidas, no se da ninguna diferencia significativa en ninguna de las dos variables. Hecho que no sorprende después de haber visto la evolución de los dos grupos en las variables de capacidad de relajación.

TABLA N° 48

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DE CAPACIDAD DE RELAJACIÓN DEL CUESTIONARIO CAP-REL (N= 21).

ESCALAS	<u>G.CONTROL</u>		<u>G.EXPERIMENTAL</u>		
	X	Sx	X	Sx	t
Dificultad volver relajación	14.52	3.44	15.00	4.72	-.37
Facilidad obtener relajación	13.57	3.41	13.95	4.01	-.33

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p<0.05; **= p<0.01; ***= p<0.001

II.2.3.2.2. ESCALAS DE MIEDOS EN GENERAL

El resultado de comparar a los dos grupos, en el segundo momento de medida, en las variables correspondientes a las escalas del inventario de miedos (IM) queda reflejado en la Tabla N° 49. En

ella podemos observar que, en las escalas de miedos, se presenta una panoramía muy distinto al ocurrido en el primer pase de pruebas. En efecto, mientras que en el primer pase de pruebas las puntuaciones obtenidas por el grupo experimental, eran en su mayoría superiores a las del grupo control (aunque sin alcanzar la significación), vemos que en el segundo pase de pruebas, ocurre justamente lo contrario. Y, además, ahora sí surgen diferencias significativas en tres escalas. En cuanto a la primera de ellas, "Miedo a Aspectos Relacionados con la Medicina" hay que recordar que en el primer pase la diferencia entre los grupos se acercaba a la significación ($p=0,07$) y, como se dijo en ese momento, una pequeña disminución por parte del grupo experimental podría lograr que la diferencia arrojara significación estadística. Aunque quede cierta duda, se puede ver, no obstante, que al comparar las medias de los dos grupos, la del grupo de tratamiento ha bajado más claramente que la del grupo control, llegándose a un nivel de significación, en este segundo pase, a una $p=0,01$. Mucho más claro están los resultados de las otras dos variables que alcanzan significación estadística ("Miedo a la Ficción de Terror" y "Acrofobia y Claustrofobia"), sobre todo de la última, en la que el grupo experimental, partiendo de una puntuación ligeramente superior al grupo control, ha descendido de forma muy clara, alcanzándose un alto nivel de significación estadística ($p<0,001$).

TABLA N° 49

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DEL IM (N= 21).

ESCALAS	<u>G.CONTROL</u>		<u>G.EXPERIMENTAL</u>		t
	X	Sx	X	Sx	
1. Miedo a la R.S.	6.19	5.32	4.48	4.33	1.15
2. M. a la Muerte	9.48	4.12	8.48	5.02	.71

3. M. a A.R.M.	2.90	2.95	.95	1.47	2.72*
4. M. al Daño Físico	3.14	2.87	2.81	2.40	.41
5. M. a la Agresión	8.05	5.11	7.29	4.77	.50
6. Fobia Social	2.90	3.29	1.86	2.58	1.15
7. M. a los Fenómenos N.T.	1.67	1.80	1.81	2.23	-.23
8. M. a la Ficción de T.	4.43	3.39	2.00	2.37	2.69*
9. M. a los Signos R.M.	2.81	2.64	1.81	1.72	1.45
10. M. a los Animales	4.29	3.35	3.05	2.97	1.27
11. M. a los M.T.	.62	1.12	.33	.91	.91
12. M. a los Sobrenatural	.86	1.24	.81	1.37	.12
13. Acrofobia y Claustrof.	4.86	2.24	2.19	2.14	3.95***

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p<0.05; **= p<0.01; ***= p<0.001; M.: Miedo; R.S.: Reprobación Social; A.R.M.: Aspectos Relacionados con la Medicina; N.T.: Naturales (tormentas); T.: Terror; R.M.: Relacionados con la Muerte; M.T.: Medios de Transporte; Claustrof.: Claustrofobia.

II.2.3.2.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Por lo que respecta al análisis de las diferencias entre los dos grupos en las seis escalas de estrategias de afrontamiento, podemos comprobar, en la Tabla N° 50, que ninguna diferencia ha resultado estadísticamente significativa. No obstante, conviene señalar que aquellas que tienen un t más alta, las diferencias van en la línea de mejora por parte del grupo experimental.

TABLA N° 50

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DEL CUESTIONARIO ESAFAC (N= 21)

ESCALAS	<u>G.CONTROL</u>		<u>G.EXPERIMENTAL</u>		t
	X	Sx	X	Sx	
1. C. Personal y R.	31.05	6.79	31.86	7.24	-.37
2. Abatimiento y D.	15.24	8.28	12.38	6.31	1.26
3. Búsqueda de Guía	13.29	4.04	13.62	4.09	-.27
4. Refugio Religioso	4.00	2.93	2.76	2.81	1.40
5. Optimismo Esperanzador	9.05	3.91	10.95	4.13	-1.54
6. Autosuficiencia	3.19	2.23	3.10	2.21	.14

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= $p < 0.05$; **= $p < 0.01$; ***= $p < 0.001$; C.: Control; R.: Reorganización; D.: Desesperanza.

II.2.3.2.4. ESCALAS DE SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA

Finalizamos este epígrafe dedicado a examinar las diferencias entre el grupo control y grupo experimental, en el segundo pase de pruebas, presentando los resultados obtenidos por las escalas de sintomatología psiquiátrica. En la Tabla N° 51 se muestran estos datos. Podemos ver en ella que, en todas las escalas, el grupo experimental puntúa por debajo del grupo control. Además, se puede comprobar que surgen diferencias significativas (con una $p < 0,05$) en dos escalas: "Manifestaciones Maníacas" e "Hipocondría", a favor de una menor puntuación por parte del grupo experimental. No obstante, a pesar de que el grupo experimental mejoró significativamente en todas las escalas después del tratamiento, en algunas de ellas no se ve reflejado ese cambio en el sentido de mejora (caso de la escala "Manifestaciones Depresivas"), debido a que partió de una puntuación más alta en el primer pase de pruebas.

TABLA N° 51

PRUEBAS t ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS. ESCALAS DEL CUESTIONARIO PSI-2 (N= 21)

ESCALAS	G.CONTROL		G.EXPERIMENTAL		
	X	Sx	X	Sx	t
1. Manif. Depresivas	1.19	2.98	.29	.64	1.36
2. Manif. de Ansiedad	8.71	7.20	6.71	5.52	1.01
3. Delirios	.57	1.17	.10	.30	1.81
4. Manif. Maníacas	3.76	3.29	1.57	1.72	2.71*
5. Esquizofrenia	.67	1.39	.14	.66	1.56
6. Somatización	2.57	3.33	1.19	1.37	1.76
7. Hipocondría	.81	1.03	.19	.51	2.47*

NOTA:(t para muestras no relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p<0.05; **= p<0.01; ***= p<0.001; Manif.: Manifestaciones.

En este epígrafe destinado a los análisis intergrupos, hemos podido ver que la diferente evolución intragrupo que se había manifestado en los grupos control y experimental, ha quedado reducida a cinco variables que arrojen diferencias significativas en línea de mejora del grupo de tratamiento. Tres de ellas en el área de miedos en general, tales como "Miedo a Aspectos Relacionados con la Medicina", "Miedo a la Ficción de Terror" y "Acrofobia y Claustrofobia", y las otras dos variables relacionadas con la sintomatología psicopatológica, "Manifestaciones Maníacas" e "Hipocondría".

Como resumen de este capítulo que ha tratado sobre los posibles efectos de generalización del tratamiento, podemos decir que los análisis intragrupo mostraron una evolución muy diferente: mientras que en el grupo control de espera no se producían cambios

hacia una mejoría en ninguna de las cuatro áreas evaluadas, en el grupo de tratamiento, por contra, se manifestaban los efectos de generalización del tratamiento en doce de las trece escalas de miedos en general y en la totalidad de las escalas destinadas a apresar sintomatología psicopatológica. Por lo que respecta a los análisis intergrupos, hemos visto en ellos que los cambios experimentados por el grupo de tratamiento en algunas variables no han sido lo suficientemente importantes como para arrojar diferencias significativas con el grupo control (en el caso de la depresión parece que por partir de puntuaciones superiores en la línea base). No obstante, sí se ha mantenido la significación en cinco variables de generalización. De entre ellas, la que ha alcanzado un mayor nivel de significación ha sido la variable del inventario de miedos que más relacionada está con la fobia a volar, es decir, "Acrofobia y Claustrofobia". Otras dos variables relacionadas con miedos "Miedo a Aspectos Relacionados con la Medicina" y "Miedo a la Ficción de Terror", también han arrojado diferencias significativas. Por último, se han visto efectos de generalización en el área de sintomatología psicopatológica, concretamente en el caso de las escalas "Manifestaciones Maníacas" e "Hipocondría". En el caso de esta última variable, ya se había señalado anteriormente que podía ser sensible a la aplicación del tratamiento. No ha ocurrido lo mismo con la otra variable de sintomatología psicopatológica que se había predicho experimentaría efectos de generalización, la escala de "Manifestaciones de Ansiedad", ya que, aunque arrojó diferencias altamente significativas cuando se realizaron análisis intragrupo en el grupo experimental, no ha mostrado esa significación cuando se comparó a los dos grupos en el segundo pase de pruebas. Este resultado puede estar motivado por el hecho de que, como se recordará, el grupo experimental partió de puntuaciones más altas, aunque sin alcanzar la significación, en el primer pase.

II.2.4. GRADO DE EFICACIA DEL PROGRAMA.

En este capítulo vamos a comprobar la eficacia del programa comparando a los grupos control de espera y experimental de dos nuevas formas: aplicando el criterio de la entrevista IDG-FV y mediante la utilización de análisis multivariados (discriminantes) realizados tanto sobre las puntuaciones del primer pase de pruebas como sobre las del segundo. Asimismo, se realizarán análisis diferenciales multivariados comparando a los dos grupos, en el segundo pase de pruebas, con el grupo de personas sin miedo a volar. Estos análisis discriminantes con los no fóbicos se realizarán primero con los dos grupos por separado y, finalmente, tomados en su conjunto.

II.2.4.1. GRADO DE EFICACIA DEL PROGRAMA A TRAVÉS DE LA IDG-FV.

Como ya se señaló en el epígrafe dedicado a la selección de las personas que tomaron parte en este estudio, hemos utilizado un criterio independiente basado en la entrevista IDG-FV que consideró cinco niveles de miedo a volar (desde muy alto a ningún miedo) para clasificar a las personas. Si en ese epígrafe el criterio sirvió para poder seleccionar a quienes iban a participar en este trabajo, en éste va a servir para observar la evolución que han experimentado, en su nivel de miedo, las personas fóbicas pertenecientes tanto al grupo control como al grupo experimental y comprobar, por lo tanto, el grado de eficacia del programa terapéutico de Auto-Regulación al que se ha dedicado este trabajo.

En las Tablas N° 52 y N° 53 se muestra la evolución del nivel de miedo de los dos grupos entre el primer y segundo pase en función del criterio de la entrevista. Podemos comprobar, al compararlas, que la evolución de los dos grupos ha sido bien diferente. El grupo control, como se puede apreciar, no sólo no ha mejorado sino que ha empeorado ligeramente. Si en el primer pase tenía encuadradas a siete personas dentro del nivel de "Miedo muy

alto", ahora, después del período de espera, tiene a nueve. También podemos observar que si en el primer pase tenía a una persona catalogada dentro del nivel de "Miedo moderadamente alto", ahora no tiene a ninguna. Por contra, el grupo experimental, ha cambiado de modo radical. Si en el primer pase se clasificaban diez personas en el nivel de "Miedo muy alto", después del tratamiento sólo queda una. Las demás personas han evolucionado de distinta forma pasando, la mayoría (cinco), a engrosar la categoría de "Miedo moderadamente bajo" y dos personas llegan a mejorar de tal manera que ya se les puede clasificar dentro del nivel de "Ningún miedo". Por lo que respecta a las diez personas que estaban clasificadas como de "Miedo alto", sólo dos permanecen en ese nivel, clasificándose siete con "Miedo moderadamente bajo" y una en "Ningún miedo". Finalmente, vemos que la persona que tenía un nivel de "Miedo moderadamente alto" ha mejorado ligeramente, reduciéndose su nivel de miedo hasta el inmediatamente siguiente: "Miedo moderadamente bajo". A partir de estos resultados podemos concluir que, según el criterio de la entrevista IDG-FV, de veintiún personas a las que se les administró el programa de Auto-Regulación para la fobia a volar en avión, han experimentado algún grado de mejoría dieciocho (85,7%) y, de éstas, tres (14,3%) han logrado la superación del problema, en el segundo pase de pruebas, hasta el punto de igualarse al grupo de "Ningún Miedo" que, como se mencionó en el capítulo dedicado a la metodología, es un grupo extremo dentro de las personas que no tienen miedo a volar. No obstante, si consideramos que el programa es eficaz no solamente cuando reduce su miedo en alguna medida sino cuando la persona queda encuadrada, después del tratamiento, en uno de los dos niveles de "Miedo Moderadamente Bajo" o "Ningún Miedo", vemos que en el grupo experimental han alcanzado este criterio dieciséis personas. Es decir, el nivel de eficacia del programa de Auto-Regulación para la fobia a volar alcanza, según el criterio de la IDG-FV, a un 76,2% de las personas tratadas.

TABLA N° 52

EVOLUCIÓN DEL GRUPO **CONTROL** SEGÚN EL CRITERIO DE LA IDG-FV.

		DESPUÉS PERÍODO DE ESPERA				
PRIMER PASE	N	MMA (N)	MA (N)	MMoA (N)	MMoB (N)	NM (N)
Miedo muy alto	7	6	1			
Miedo alto	13	3	10			
M. moderadamente alto	1		1			
M. moderadamente bajo	0					
Ningún miedo	0					
TOTAL	21	9	12	0	0	0

NOTA: MMA: Miedo muy alto; MA: Miedo alto; MMoA: Miedo moderadamente alto; MMoB: Miedo moderadamente bajo; NM: Ningún miedo.

TABLA N° 53

EVOLUCIÓN DEL GRUPO **EXPERIMENTAL** SEGÚN EL CRITERIO DE LA IDG-FV

		DESPUÉS DEL TRATAMIENTO				
PRIMER PASE	N	MMA (N)	MA (N)	MMoA (N)	MMoB (N)	NM (N)
Miedo muy alto	10	1	1	1	5	2
Miedo alto	10		2		7	1
M. moderadamente alto	1				1	
M. moderadamente bajo	0					

Ningún miedo	0					
TOTAL	21	1	3	1	13	3

NOTA: MMA: Miedo muy alto; MA: Miedo alto; MMoA: Miedo moderadamente alto; MMOB: Miedo moderadamente bajo; NM: Ningún miedo.

En resumen, hemos visto que, según el criterio de la IDG-FV, el grupo control no sólo ha mejorado sino que ha empeorado ligeramente, a diferencia de lo ocurrido con el grupo experimental que, en su conjunto, ha mejorado claramente. Estos resultados confirman los obtenidos por las diferencias bivariadas vistos en los capítulos anteriores, por lo que pasamos a utilizar análisis multivariados para intentar verificar, ya finalmente, esta línea de resultados.

II.2.4.2. GRADO DE EFICACIA DEL PROGRAMA: ANÁLISIS MULTIVARIADO.

Este epígrafe lo vamos a dedicar a comparar al grupo control de espera y al grupo experimental mediante la aplicación de análisis discriminantes a los dos grupos en ambos momentos de medida. En estos análisis se han tomado en cuenta las variables formadas por las cinco escalas de miedo a volar, los momentos aglutinados de las dos variables fisiológicas consideradas en este estudio (Tasa cardíaca y Tensión muscular) y las preguntas de la entrevista IDG-FV relativas al nivel de miedo a volar en avión. Para evitar, en la medida de lo posible, la influencia de artefactos estadísticos, se van a introducir en cada análisis discriminante la selección de las variables que se vea que son más representativas y, al mismo tiempo, que no mantengan altas correlaciones entre sí.

II.2.4.2.1. UNA COMPROBACIÓN PREVIA EN LAS MEDIDAS DEL PRIMER PASE DE PRUEBAS.

Al igual que ocurrió con la aplicación de los análisis diferenciales bivariados, antes de comparar a los dos grupos de forma multivariada en el segundo pase de pruebas, era preceptivo hacerlo en el primer momento de evaluación para poder extraer algún tipo de conclusión aceptable de los resultados que se obtuvieran.

A partir de la matriz de correlaciones que se presenta en el Apéndice N° 11 (Tabla N° 84) se realizó la selección de las variables que se introdujeron en el análisis discriminante. Se eliminaron algunas variables del primer análisis: los momentos del prevuelo de las dos variables fisiológicas por correlacionar con sus respectivos momentos durante el vuelo que juzgamos más relevantes; "Miedo a Volar Sin Autoimplicación" por correlacionar con dos variables ("Miedo Antes del Vuelo" y "Ansiedad Fisiológica") mientras que éstas eran independientes entre sí; "Nivel de Miedo" por correlacionar con "Miedo antes del Vuelo"; "Conducta de Evitación" por correlacionar con "Miedo Durante el Vuelo"; "Pensamientos Catastrofistas" por correlacionar con "Tensión muscular durante el vuelo" y, finalmente, se eliminó la variable "Manifestaciones Perturbadoras" por correlacionar con "Tasa Cardíaca Durante el Vuelo" y "Cualidad del Miedo", siendo éstas independientes entre sí.

Por lo tanto, fueron seleccionadas para entrar en el análisis discriminante correspondiente al primer pase de pruebas por considerar que eran suficientemente representativas del conjunto, las variables: "Miedo Antes del Vuelo" (EMV), "Miedo Durante el Vuelo"(EMV), "Ansiedad Fisiológica" (EPAVB), "Tasa Cardíaca Durante el Vuelo" (TEMV-SAVA), "Tensión Muscular Durante el Vuelo (TEMV-SAVA)" y "Cualidad del Miedo" (IDG-FV).

Como se puede apreciar en la Tabla N° 54, la función discriminante queda definida por una sola variable: "Cualidad del

Miedo" (IDG-FV), que no ha alcanzado la significación estadística, no promueve cambios significativos en la V de Rao, tiene una baja correlación canónica (0,17), un elevado valor en la lambda de Wilks de 0,97, los grupos centroides están bastante próximos y el porcentaje de casos correctamente clasificados (59,5%) es bastante bajo. Con estos resultados podemos afirmar que tampoco a nivel multivariado se ha podido discriminar entre los grupos control y experimental en el primer pase de pruebas cuando se introducen las variables de miedo a volar más representativas.

TABLA 54

RESUMEN DEL ANÁLISIS DISCRIMINANTE ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL PRIMER PASE DE PRUEBAS.

1) RESUMEN DE PASOS

PASO	VARIABLE INCLUIDA	LAMBDA WILKS	SIGN	V RAO	SIGN	CAMBIO V	SIGN
1	CUALIDAD DEL MIEDO (IDG-FV)	.97	.30	1.13	.29	1.13	.29

2) FUNCIÓN DISCRIMINANTE

FUNCIÓN	V.PROPIO	% VARIANZA	CORRELACIÓN CANÓNICA	DESPUÉS FUNCIÓN	LAMBDA WILKS	CHI CUADRADO	G.L.	SIGN
1	.03	100.00	.17	: 0 :	.97	1.10	1	.30

3) COEFICIENTES TIPIFICADOS

VARIABLE	FUNCIÓN 1
CUALIDAD DEL MIEDO (IDG-FV)	1.00

4) COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN Y LAS VARIABLES

VARIABLE	FUNCIÓN 1
CUALIDAD DEL MIEDO (IDG-FV)	1.00

5) VALOR DE LOS CENTROIDES

GRUPO	FUNCIÓN 1
GRUPO CONTROL	-.16
GRUPO EXPERIMENTAL	.16

6) CLASIFICACIÓN DE CASOS

GRUPO REAL	Nº DE CASOS	PREDICCIÓN A G. CONTROL	PREDICCIÓN A G. EXPERIMENTAL
GRUPO CONTROL	21	(15) 71.4%	(6) 28.6%
GRUPO EXPERIMENTAL	21	(11) 52.4%	(10) 47.6%
PORCENTAJE DE CASOS CORRECTAMENTE CLASIFICADOS:			59.5%

II.2.4.2.2. PODER DISCRIMINATIVO MULTIVARIADO EN EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS.

Como se puede observar en el Apéndice N° 11 (Tabla N° 85), en este segundo momento de evaluación las correlaciones entre las trece variables consideradas han aumentado mucho su valor. Dentro de las cinco variables autoinformadas de miedo a volar, las correlaciones son tan altas que hemos decidido elegir una variable del EMV ("Miedo durante el vuelo") como representante de las cinco escalas. Dado que las variables de la entrevista IDG-FV presentan altas correlaciones con las cinco escalas hemos decidido prescindir de ellas en este análisis. Asimismo, como las variables fisiológicas mantienen bastante independencia entre sí mismas y con el resto de las variables, hemos determinado incluirlas aunque, debido a que también en este segundo pase de pruebas existen altas correlaciones entre los momentos prevuelo y durante el vuelo de las dos variables fisiológicas, se ha decidido elegir uno solo de los momentos de cada una de esas variables que, como en el caso anterior, fue el momento denominado "Durante el Vuelo". No obstante, debido a que en la respuesta de tensión muscular, ese momento correlacionaba alto con la variable previamente elegida del EMV "Miedo durante el Vuelo", nos decidimos por seleccionar el momento del prevuelo en esta variable fisiológica. En definitiva, se introdujeron en este nuevo análisis discriminante correspondiente al segundo pase de pruebas, las tres variables siguientes: "Miedo Durante el Vuelo" (EMV), "Tasa Cardíaca Durante el Vuelo" (TEMV-SAVA) y "Tensión Muscular en el Prevuelo" (TEMV-SAVA).

Los resultados de este segundo análisis discriminante se muestran en la Tabla N° 55. Podemos comprobar en ella que, a pesar de haber reducido a tres las variables que se introducían en el análisis, ahora son dos y no una, las que configuran la función discriminante: "Miedo Durante el Vuelo" (EMV) y "Tasa Cardíaca Durante el Vuelo". Estas dos variables son capaces de lograr cambios significativos en la V de Rao, y consiguen lo que Tatsuoka (1971) llama una buena función discriminante por que se logra que la variabilidad intergrupos sea superior a la variabilidad intragrupos lo

que queda reflejado en el valor propio que es superior a uno (exactamente 2,04). Esto ha provocado que el porcentaje de casos correctamente clasificados en la matriz de confusión se eleve al 90,5% del conjunto de los dos grupos. Por grupos, podemos ver que la función discriminante ha clasificado de modo correcto al 95,2% de las personas pertenecientes al grupo control y al 85,7% de las personas del grupo tratado.

TABLA 55

RESUMEN DEL ANÁLISIS DISCRIMINANTE ENTRE EL GRUPO CONTROL Y EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS.

1) RESUMEN DE PASOS

PASO	VARIABLE INCLUIDA	LAMBDA WILKS	SIGN	V RAO	SIGN	CAMBIO V	SIGN
1	MIEDO DURANTE EL VUELO	.35	.0009	75.54	.0000	75.54	.0009
2	T.C. DURANTE EL VUELO	.33	.0009	81.55	.0000	6.01	.01

2) FUNCIÓN DISCRIMINANTE

FUNCIÓN	V. PROPIO	% VARIANZA	CORRELACIÓN CANÓNICA	DESPUÉS FUNCIÓN	LAMBDA WILKS	CHI CUADRADO	G.L.	SIGN
1	2.04	100.00	.82	: 0 :	.33	43.35	2	.0009

3) COEFICIENTES TIPIFICADOS

VARIABLE	FUNCIÓN 1
MIEDO DURANTE EL VUELO	.97
T.C. DURANTE EL VUELO	.27

4) COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN Y LAS VARIABLES

VARIABLE	FUNCIÓN 1
MIEDO DURANTE EL VUELO	.96
T.C. DURANTE EL VUELO	.25

5) VALOR DE LOS CENTROIDES

GRUPO	FUNCIÓN 1
GRUPO CONTROL	1.39
GRUPO EXPERIMENTAL	-1.39

6) CLASIFICACIÓN DE CASOS

GRUPO REAL	Nº DE CASOS	PREDICCIÓN A G. CONTROL	PREDICCIÓN A G. EXPERIMENTAL
GRUPO CONTROL	21	(20) 95.2%	(1) 4.8%
GRUPO EXPERIMENTAL	21	(3) 14.3%	(18) 85.7%
PORCENTAJE DE CASOS CORRECTAMENTE CLASIFICADOS:			90.5%

Aunque la función discrimina entre los dos grupos considerados, vemos que tres de las personas pertenecientes al grupo experimental han pasado a ser consideradas como del grupo control. Analizando quienes eran estas tres personas, vemos que una de ellas no había experimentado ninguna mejoría, según el criterio de la IDG-FV, tras la aplicación del tratamiento (tanto antes como después del mismo quedó encuadrada en el nivel de "Miedo Muy Alto"). Otra, aunque había mejorado (pasó de estar clasificada de "Miedo Muy Alto" a "Miedo Moderadamente Alto"), seguía considerándose como fracaso según el criterio anteriormente señalado. La tercera había sido clasificada previamente en el nivel de "Miedo Alto" y, después del tratamiento, mejoró hasta quedar encuadrada en el nivel de "Miedo Moderadamente Bajo", es decir, se consideró como éxito. Examinando, en esa persona, las dos variables que entraron en el análisis discriminante ("Miedo Durante el Vuelo" y "Tasa Cardíaca Durante el Vuelo"), se comprobó que, justamente en ellas, había puntuado por encima de las otras variables evaluadas. Con estos resultados podemos decir que, en general, hay bastante similitud entre la clasificación ofrecida por el análisis discriminante y la resultante de aplicar el criterio de la entrevista IDG-FV, aunque la similitud no es tanta como sería de desear.

Por lo que respecta a la única persona del grupo control que, en el análisis discriminante, ha pasado a encuadrarse en el grupo experimental, podemos decir que sus puntuaciones autoinformadas en el segundo pase de pruebas, eran similares a las obtenidas en el primero. No obstante, se habían reducido sus puntuaciones en las variables fisiológicas tasa cardíaca y tensión muscular en la frente lo que ha motivado que, en el análisis discriminante, pase a encuadrarse en el grupo experimental.

II.2.4.3. COMPARACIONES ENTRE LOS GRUPOS FÓBICOS Y EL GRUPO SIN MIEDO A VOLAR.

Siguiendo con el análisis de la comprobación de la eficacia terapéutica del programa de Auto-Regulación para la fobia a volar en avión, vamos a dedicar este epígrafe a saber cuántas personas de los grupos control y experimental consiguen equipararse en sus puntuaciones obtenidas del segundo momento de evaluación, al grupo extremo de personas que no tienen "Ningún Miedo" según el criterio de la entrevista IDG-FV. Para ello, vamos a realizar tres análisis discriminantes más: en el primero, se incluirán a los grupos control de espera y no fóbico, esperando que el grupo control se separe totalmente del grupo sin ningún miedo, alcanzándose un porcentaje de casos correctamente clasificados del 100% o muy próximo a él como ya se ha visto en estudios anteriores de este equipo de investigación (J.I. Capafóns et al., 1997; Herrero, 1993; Sosa et al, 1995; Viña, 1993); en el segundo, se incluirán al grupo experimental y al grupo no fóbico, esperando que el porcentaje anterior se reduzca y que, al menos tres de las personas del grupo experimental pasen a encuadrarse en el grupo de "Ningún Miedo" (las que según el criterio de la entrevista IDG-FV se encuadraban en ese nivel); finalmente, en el tercer análisis, se incluirán los tres grupos formando, por una parte, el grupo fóbico constituido por los control y experimental y, por la otra, estará el grupo no fóbico (grupo de "Ningún Miedo"). En este último análisis esperamos que, dado que se fuerza la clasificación de las personas (entre los extremos que constituyen el grupo control que no ha recibido tratamiento y el grupo de "Ningún Miedo"), todas las personas del grupo control queden en un extremo y todas las del grupo "Ningún Miedo" en otro, quedando las personas del grupo experimental repartidas entre los dos grupos.

Para comprobar la hipótesis que avanzamos sobre el primer análisis discriminante de este epígrafe (incluir los grupos control y de "Ningún Miedo") comencemos por estudiar la matriz de correlaciones correspondiente que se encuentra reflejada en el Apéndice N° 10 (Tabla N° 86). Nos encontramos con un panorama similar al de la matriz de correlaciones anteriormente estudiada, salvo que, en esta ocasión, el momento "Miedo Durante el Vuelo" de la respuesta psicofisiológica de tensión muscular ahora no correlaciona con su variable homónima del EMV, por lo que decimos incluir como variables discriminantes las que siguen: "Miedo Durante el Vuelo" (EMV), "Tasa Cardíaca Durante el Vuelo" (TEMV-SAVA) y "Tensión Muscular Durante el vuelo" (TEMV-SAVA).

Los resultados de este análisis discriminante se encuentran en la Tabla N° 56. Comprobamos en ella, que las variables que definen la función discriminante son, como ocurrió en el anterior análisis, "Miedo Durante el Vuelo" (EMV) y "Tasa Cardíaca Durante el Vuelo". Estas dos variables son capaces, sobre todo la primera, de lograr cambios muy significativos en la V de Rao, de conseguir un valor propio (8,86) y una correlación canónica (0,95) muy altos y una lambda de Wilks baja (0,10). Con estos datos no es de extrañar que el porcentaje de personas correctamente clasificadas en la matriz de confusión ascienda al 100%.

Esta total separación de los dos grupos, confirmando la hipótesis adelantada, habla en el sentido de que las personas que constituyen el grupo control, no han variado lo suficiente en sus puntuaciones como para equipararse al grupo de personas que no tienen "Ningún Miedo" a volar.

TABLA 56

RESUMEN DEL ANÁLISIS DISCRIMINANTE ENTRE EL GRUPO CONTROL EN EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS- Y EL GRUPO SIN MIEDO A VOLAR.

1) RESUMEN DE PASOS

PASO	VARIABLE INCLUIDA	LAMBDA WILKS	SIGN	V RAO	SIGN	CAMBIO V	SIGN
1	MIEDO DURANTE EL VUELO	.11	.0009	516.91	.0009	516.91	.0009
2	T.C. DURANTE EL VUELO	.10	.0009	549.53	.0009	32.63	.0009

2) FUNCIÓN DISCRIMINANTE

FUNCIÓN	V. PROPIO	% VARIANZA	CORRELACION CANÓNICA	DESPUÉS FUNCIÓN	LAMBDA WILKS	CHI CUADRADO	G.L.	SIGN
1	8.86	100.00	.95	0	.10	139.62	2	.0009

3) COEFICIENTES TIPIFICADOS

VARIABLE	FUNCIÓN 1
MIEDO DURANTE EL VUELO	1.00
T.C. DURANTE EL VUELO	.25

4) COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN Y LAS VARIABLES

VARIABLE	FUNCIÓN 1
MIEDO DURANTE EL VUELO	.97
T.C. DURANTE EL VUELO	.12

5) VALOR DE LOS CENTROIDES

GRUPO	FUNCIÓN 1
GRUPO CONTROL	4.35
GRUPO SIN MIEDO A.V.	-1.98

6) CLASIFICACIÓN DE CASOS

GRUPO REAL	Nº DE CASOS	PREDICCIÓN A G. CONTROL	PREDICCIÓN A G. SIN MIEDO A.V.
GRUPO CONTROL	21	(21) 100.0%	(0) 0.0%
GRUPO SIN MIEDO A.V.	46	(0) 0.0%	(46) 100.0%
PORCENTAJE DE CASOS CORRECTAMENTE CLASIFICADOS:			100.0%

Una vez comprobada la primera hipótesis de este epígrafe, pasemos a ver qué sucede cuando se incluyen los grupos experimental y sin "Ningún Miedo" en el análisis. Continuando con el esquema que venimos siguiendo, comprobamos en la matriz de correlaciones del Apéndice N° 10 (Tabla N° 87) que el perfil de las mismas es similar al caso anterior, por lo que introduciremos en el análisis las mismas variables, a saber, "Miedo Durante el Vuelo" (EMV), "Tasa Cardíaca Durante el Vuelo" (TEMV-SAVA) y "Tensión Muscular Durante el Vuelo" (TEMV-SAVA).

El resumen de este nuevo análisis discriminante se muestra en la Tabla N° 57. De nuevo, las dos variables que entran en el análisis son "Miedo Durante el Vuelo" y "Tasa Cardíaca Durante el Vuelo" (TEMV-SAVA). Estas dos variables consiguen cambios significativos en la V de Rao y que la función discriminante sea significativa. No obstante, en este caso, el valor propio es inferior a uno, la correlación canónica es mucho más baja (0,58) y la lambda de Wilks es mucho más alta (0,66), lo que se refleja en la matriz de confusión en la que se puede comprobar que los casos de los dos grupos están más entremezclados. Así, observamos que el porcentaje de casos correctamente clasificados del conjunto de los dos grupos desciende al 83,6%. Por grupos, vemos que el grupo sin miedo a volar tiene a seis personas (13,0%) clasificadas como si pertenecieran al grupo experimental y éste, por su parte, consigue que cinco personas (23,8%) -y no sólo tres como hipotetizamos-, se clasifiquen como si pertenecieran al grupo de personas sin miedo a volar.

Con estos resultados no sólo se confirma la hipótesis que avanzamos sino que queda mejorada, logrando que algunas personas del grupo experimental (exactamente cinco), después del tratamiento, se equiparen en sus puntuaciones al grupo de personas sin miedo a volar.

TABLA 57

RESUMEN DEL ANÁLISIS DISCRIMINANTE ENTRE EL GRUPO EXPERIMENTAL EN EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS- Y EL GRUPO SIN MIEDO A VOLAR

1) RESUMEN DE PASOS

PASO	VARIABLE INCLUIDA	LAMBDA WILKS	SIGN	V RAO	SIGN	CAMBIO V	SIGN
1	MIEDO DURANTE EL VUELO	.70	.0009	26.86	.0009	26.86	.0009
2	T.C. DURANTE EL VUELO	.66	.0009	32.07	.0009	5.22	.02

2) FUNCIÓN DISCRIMINANTE

FUNCIÓN	V. PROPIO	% VARIANZA	CORRELACIÓN CANÓNICA	DESPUÉS FUNCIÓN	LAMBDA WILKS	CHI CUADRADO	G.L.	SIGN
1	.51	100.00	.58	: 0 :	.66	25.51	2	.0009

3) COEFICIENTES TIPIFICADOS

VARIABLE	FUNCIÓN 1
MIEDO DURANTE EL VUELO	.99
T.C. DURANTE EL VUELO	.41

4) COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN Y LAS VARIABLES

VARIABLE	FUNCIÓN 1
MIEDO DURANTE EL VUELO	.92
T.C. DURANTE EL VUELO	.24

5) VALOR DE LOS CENTROIDES

GRUPO	FUNCIÓN 1
GRUPO EXPERIMENTAL	1.02
GRUPO SIN MIEDO A.V.	-.49

6) CLASIFICACIÓN DE CASOS

GRUPO REAL	Nº DE CASOS	PREDICCIÓN A G. EXPERIMENTAL	PREDICCIÓN A G. SIN MIEDO A.V.
GRUPO EXPERIMENTAL	21	(16) 76.2%	(5) 23.8%
GRUPO SIN MIEDO A.V.	46	(6) 13.0%	(40) 87.0%
PORCENTAJE DE CASOS CORRECTAMENTE CLASIFICADOS:			83.6%

Para finalizar este epígrafe vamos a ver qué ocurre cuando se agrupan los grupos control y experimental en un solo grupo (al que llamamos fóbico) y se incluye en el análisis discriminante junto con el grupo sin miedo a volar. En la matriz de correlaciones del Apéndice N° 10 (Tabla N° 88), se puede comprobar que las correlaciones entre las distintas variables son muy similares a las precedentes, por lo que introduciremos en el análisis las mismas variables que en los dos discriminantes anteriores: "Miedo Durante el Vuelo" (EMV), "Tasa Cardíaca Durante el Vuelo" (TEMV-SAVA) y "Tensión Muscular Durante el Vuelo" (TEMV-SAVA).

En la Tabla N° 58 se presenta un resumen de los resultados del último análisis discriminante de este epígrafe. También en esta ocasión son las variables "Miedo Durante el Vuelo" del EMV y "Tasa Cardíaca Durante el Vuelo" las que definen la función discriminante. Estas dos variables consiguen cambios significativos en la V de Rao, resultando una función significativa, con una correlación canónica de 0,70 y un valor propio que se aproxima mucho a uno (0,98). El porcentaje de casos correctamente clasificados, en estos casos, es ligeramente superior (85,2%) al análisis discriminante precedente, destacando el porcentaje del grupo sin miedo a volar (100%), que consigue que ninguna de las personas que lo constituyen quede encuadrada como perteneciente al grupo fóbico. De las personas que conforman este último grupo vemos que trece (31,0%) se clasifican como si pertenecieran al grupo de personas sin miedo a volar. Analizando más detenidamente, hemos comprobado que, en su totalidad, esas personas pertenecen al grupo que ha recibido el tratamiento, adjudicándose todas las personas del grupo control de espera que no lo recibió, al grupo fóbico.

TABLA 58

RESUMEN DEL ANÁLISIS DISCRIMINANTE ENTRE EL GRUPO FÓBICO (CONTROL Y EXPERIMENTAL UNIDOS EN

EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS) Y EL GRUPO SIN MIEDO A VOLAR.

1) RESUMEN DE PASOS							
PASO	VARIABLE INCLUIDA	LAMBDA WILKS	SIGN	V RAO	SIGN	CAMBIO V	SIGN
1	MIEDO DURANTE EL VUELO	.52	.0009	77.35	.0009	77.35	.0009
2	T.C. DURANTE EL VUELO	.50	.0009	82.64	.0009	5.29	.02

2) FUNCIÓN DISCRIMINANTE							
FUNCION	V. PROPIO	% VARIANZA	CORRELACIÓN CANÓNICA	DESPUES FUNCION	LAMBDA WILKS	CHI CUADRADO	G.L. SIGN
1	.98	100.00	.70	: 0 :	.50	56.86	2 .0009

3) COEFICIENTES TIPIFICADOS	
VARIABLE	FUNCION 1
MIEDO DURANTE EL VUELO	.95
T.C. DURANTE EL VUELO	.25

4) COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN Y LAS VARIABLES	
VARIABLE	FUNCION 1
MIEDO DURANTE EL VUELO	.97
T.C. DURANTE EL VUELO	.31

5) VALOR DE LOS CENTROIDES	
GRUPO	FUNCION 1
GRUPO FÓBICO	1.00
GRUPO SIN MIEDO A.V.	-.96

6) CLASIFICACIÓN DE CASOS			
GRUPO REAL	Nº DE CASOS	PREDICCIÓN A G. FÓBICO	PREDICCIÓN A G.SIN MIEDO A.V.
GRUPO FÓBICO	42	(29) 69.0%	(13) 31.0%
GRUPO SIN MIEDO A.V.	46	(0) 0.0%	(46) 100.0%
PORCENTAJE DE CASOS CORRECTAMENTE CLASIFICADOS:			85.2%

Este capítulo dedicado a examinar la eficacia del programa de intervención vamos a finalizarlo, a la vista de los resultados que hemos ido ofreciendo, con las siguientes conclusiones:

1) El grupo control de lista de espera consigue que únicamente una persona, tras el período de espera, se equipare al grupo experimental (gracias a su mejora en las respuestas fisiológicas), aunque ninguna de las personas que constituyen el grupo logra mejorar de tal forma que ello le permita encuadrarse como si perteneciera al grupo extremo de personas sin ningún miedo a volar en avión.

2) El grupo experimental, por su parte, consigue una nítida evolución en el sentido de mejoría ya que, cuando se compara con el grupo control de lista de espera, la mayoría de las personas que lo forman se separa de ese grupo. Cuando se comparan con el grupo extremo de personas sin miedo a volar, casi el veinticuatro por ciento de las personas integrantes del grupo experimental consigue equipararse a sus puntuaciones. Porcentaje que se eleva a casi el sesenta y dos por ciento cuando en el análisis se incluye a las personas del grupo control.

Con estos resultados podemos finalizar este capítulo, señalando que el programa de Auto-Regulación Emocional para la fobia a volar en avión ha demostrado, con la muestra utilizada, un grado de eficacia que consideramos aceptable.

II.2.5. SEGUIMIENTO: MANTENIMIENTO DE LOS RESULTADOS A LOS SEIS MESES DE APLICACIÓN DEL PROGRAMA.

Con el fin de determinar el nivel de consolidación de la mejora producida por la aplicación del programa de Auto-Regulación para la fobia a volar, se administraron a las personas que habían superado con éxito el programa los mismos instrumentos que en los dos momentos de evaluación anteriores una vez que habían pasado seis meses de finalizado el mismo. De las dieciséis personas que cumplían con el criterio de éxito según la entrevista IDG-FV

señalado en el capítulo anterior (alcanzar los niveles de "Miedo Moderadamente Bajo" o de "Ningún Miedo"), se contactó y evaluó a quince de ellas (a una persona fue imposible localizarla por cambio de domicilio).

Como primer análisis tenemos que señalar que la conducta de evitación había, por lo menos, descendido, ya que las quince personas evaluadas habían realizado algún vuelo posterior a los que realizaron al acabar el tratamiento. En concreto, en ese período de seis meses, seis personas (28,6%) habían volado dos veces (ida y vuelta), ocho personas (38,1%) habían realizado cuatro vuelos y, una persona (4,8%), voló en avión cinco veces. A parte de este análisis sobre la conducta de evitación, también se comprobó la evolución de las personas entre el post-tratamiento y el seguimiento utilizando el criterio de la entrevista diagnóstica IDG-FV, y volvimos a realizar análisis bivariados sobre las variables dependientes y de generalización.

II.2.5.1. ESTIMACIÓN DEL MANTENIMIENTO DE LOS RESULTADOS A TRAVÉS DE LA ENTREVISTA (IDG-FV E IDG-FV-post)

Como se puede comprobar en la Tabla N° 59, si se aplica el criterio elaborado a partir de la entrevista, el panorama general ofrecido por la evolución de las quince personas, es más de mantenimiento de los resultados que de deterioro de las mejoras obtenidas. Así, tan sólo una persona ha evolucionado de forma desfavorable en el período de tiempo transcurrido desde la aplicación del programa de intervención, pasando de estar clasificada en la categoría extrema de "Ningún Miedo" al nivel inmediatamente superior de "Miedo Moderadamente Bajo". Categoría que, recordemos, también hemos considerado como incluida en el criterio de éxito. Las restantes catorce personas se han

mantenido clasificadas, según este criterio de la IDG-FV, de forma idéntica.

TABLA N° 59

EVOLUCIÓN DEL TRASTORNO FÓBICO, SEGÚN EL CRITERIO DE LA IDG, EN EL GRUPO EXPERIMENTAL.

	SEGUIMIENTO				
	MMA (N)	MA (N)	MMoA (N)	MMoB (N)	NM (N)
DESPUÉS DEL TRATAMIENTO	N				
Miedo muy alto	0				
Miedo alto	0				
M. moderadamente alto	0				
M. moderadamente bajo	12		12		
Ningún miedo	3		1	2	
TOTAL	15		13	2	

NOTA: MMA: Miedo muy alto; MA: Miedo alto; MMoA: Miedo moderadamente alto; MMoB: Miedo moderadamente bajo; NM: Ningún miedo.

II.2.5.2. MANTENIMIENTO DE RESULTADOS EN LAS ESCALAS DE MIEDO A VOLAR, DE ANSIEDAD SITUACIONAL Y EN LOS REGISTROS PSICOFISIOLÓGICOS.

Este epígrafe se va a dedicar a presentar los resultados alcanzados por las quince personas al comparar sus puntuaciones, en las variables dependientes recogidas en el seguimiento, con las obtenidas después de finalizado el tratamiento, en primer lugar, y, posteriormente con las conseguidas en el momento de evaluación anterior a la aplicación del programa de intervención.

II.2.5.2.1 COMPARACIONES PASE POST-TRATAMIENTO FRENTE A PASE DE SEGUIMIENTO.

En este apartado vamos a ofrecer información de los resultados de comparar bivariadamente (t de Student para muestras relacionadas) las puntuaciones recogidas después del tratamiento con las obtenidas en la fase de seguimiento, en el grupo de personas que a partir de ahora llamaremos grupo de éxito, con el objeto de comprobar si se han mantenido o mejorado los logros obtenidos o, por el contrario, han evolucionado negativamente.

Como se puede observar en los resultados que se muestran en la Tabla N° 60 correspondientes a los cuestionarios EMV y EPAV, sólo en una variable de las cinco escalas de miedo a volar, "Miedo a Volar sin Autoimplicación" (EMV), se alcanza una diferencia significativa que va en la línea de haber aumentado en el seguimiento la puntuación en esta variable dependiente. En el resto de las variables se han obtenido puntuaciones indicativas de que se han mantenido los beneficios obtenidos de la aplicación del programa terapéutico.

TABLA N° 60

GRUPO DE ÉXITO, PRUEBAS t ENTRE EL POST-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO. ESCALAS DE MIEDO A VOLAR (N= 15).

ESCALAS DE MIEDO A VOLAR	POST-TRATAM.		SEGUIMIENTO		t
	X	Sx	X	Sx	
Pensamientos Catastrofistas	3.27	2.66	2.67	3.02	1.06
Manifestaciones Fisiológicas	11.13	5.46	11.27	7.28	-.10
Miedo a Volar sin Autoimpl.	.53	.99	1.47	2.03	-2.29*
Miedo Antes del Vuelo	6.87	6.24	9.27	6.20	-1.46
Miedo Durante el Vuelo	6.87	6.39	9.13	6.08	-1.17

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= $p < 0.05$; **= $p < 0.01$; ***= $p < 0.001$

En la Tabla N° 61 se presentan los resultados de los análisis bivariados efectuados sobre el momento de evaluación posterior al tratamiento y del seguimiento en las variables autoinformadas de ansiedad situacional. Como se puede comprobar en ella, no surgen diferencias significativas en ninguna de las cuatro variables previas a la visualización del vídeo. Después de visionarlo, surgen diferencias significativas en las variables "Dificultad" y "Ansiedad" en la dirección de incremento de las puntuaciones en el seguimiento respecto al post-tratamiento. En el mismo sentido ha evolucionado la variable "Cooperación", pero ésta, sin embargo, aunque se ha acercado a la significación estadística no la ha alcanzado ($p = 0,06$).

TABLA N° 61

GRUPO DE ÉXITO, PRUEBAS t ENTRE EL POST-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO. ESCALAS DE ANSIEDAD SITUACIONAL (AS) EN LA PRUEBA ANÁLOGA (N= 15).

MOMENTOS DEL VÍDEO	POST-TRATAM.		SEGUIMIENTO		t
	X	Sx	X	Sx	
Dificultad (A.V.)	26.80	5.47	29.33	6.40	-1.12
Dificultad (D.V.)	23.64	5.26	29.93	7.94	-2.49*
Cooperación (A.V.)	63.47	6.17	60.13	9.61	1.35
Cooperación (D.V.)	64.14	7.16	60.86	6.77	2.10
Ansiedad (A.V.)	27.00	7.43	30.64	7.12	-1.35
Ansiedad (D.V.)	23.50	6.65	28.79	9.69	-2.22*

Motivación (A.V.)	63.79	7.32	61.43	8.56	1.04
Motivación (D.V.)	63.93	8.94	60.14	10.68	1.41

NOTA:(t para muestras relacionadas); A.V.= Antes del Vídeo; D.V.= Después del

Vídeo; X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001.

En la Tabla N° 62 se presenta la información relativa a la comparación de los dos momentos de evaluación en las dos variables psicofisiológicas (Tasa cardíaca y Tensión muscular) en los momentos correspondientes al prevuelo y durante el vuelo. En esa tabla se aprecia que no surgen diferencias significativas en ninguno de los cuatro momentos aglutinados.

TABLA N° 62

GRUPO DE ÉXITO, PRUEBAS t ENTRE EL POST-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO. MOMENTOS DEL VÍDEO DIVIDIDOS POR SU LÍNEA BASE, AGLUTINADOS EN DOS: PREVUELO Y DURANTE EL VUELO. TASA CARDÍACA Y TENSIÓN EN EL MÚSCULO FRONTAL (N= 15).

MOMENTOS AGLUTINADOS	POST-TRATAM.		SEGUIMIENTO		t
	X	Sx	X	Sx	
T. C. EN EL PREVUELO	9.84	.18	9.96	.20	-1.66
T. C. DURANTE EL VUELO	9.91	.20	10.00	.21	-1.50
T. M. EN EL PREVUELO	10.81	2.56	10.40	1.36	.66
T. M. DURANTE EL VUELO	10.11	2.62	10.22	2.05	-.19

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.010; ***= p< 0.001; T.C.= TASA CARDÍACA; T.M.= TENSIÓN MUSCULAR.

II.2.5.2.2. COMPARACIONES PASE PRE-TRATAMIENTO FRENTE A PASE DE SEGUIMIENTO.

En este apartado vamos a presentar los resultados obtenidos al realizar análisis bivariados intragrupo entre las puntuaciones obtenidas en el momento de evaluación anterior a la aplicación del programa de intervención y las obtenidas en el momento correspondiente a la fase de seguimiento.

En la Tabla N° 63 se aporta información sobre los resultados obtenidos al comparar las puntuaciones recogidas en las fases del pretratamiento y del seguimiento en los cuestionarios EMV y EPAV. En ella se puede comprobar que en cuatro de las cinco escalas de miedo a volar se alcanzan diferencias significativas. Tres de ellas ("Manifestaciones Fisiológicas", "Miedo Antes del Vuelo" y "Miedo Durante el Vuelo") alcanzan una significación muy alta ($p < 0,001$), y una ("Pensamientos Catastrofistas"), bastante alta ($p < 0,01$). Estos resultados son indicativos de que se han mantenido los resultados en ese período de tiempo. Hay que señalar, no obstante, que la variable del EMV, "Miedo a Volar sin Autoimplicación", se queda cerca de la significación estadística (con una $t = 1,80$ y un $p = 0,09$), pero sin alcanzarla. Este resultado confirma el obtenido en la comparación entre el post-tratamiento y el seguimiento, que ya arrojó diferencias significativas en el sentido de deterioro del beneficio logrado tras la aplicación del tratamiento por el grupo de éxito en esta variable del cuestionario de miedo a volar EMV.

TABLA N° 63

GRUPO DE ÉXITO, PRUEBAS t ENTRE EL PRE-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO. ESCALAS DE MIEDO A VOLAR (N= 15).

PRE-TRATAM. SEGUIMIENTO

ESCALAS DE MIEDO A VOLAR	X	Sx	X	Sx	t
Pensamientos Catastrofistas	7.73	6.03	2.67	3.02	4.02**
Manifestaciones Fisiológicas	27.53	4.52	11.27	7.28	10.84***
Miedo a Volar sin Autoimpl.	3.00	2.93	1.47	2.03	1.80
Miedo Antes del Vuelo	23.87	6.60	9.27	6.20	6.07***
Miedo Durante el Vuelo	24.07	8.66	9.13	6.08	6.05***

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001

En la Tabla N° 64 se presentan los resultados de comparar las puntuaciones obtenidas en el pretratamiento y en el seguimiento en las variables autoinformadas de ansiedad situacional. Como se puede apreciar en la misma, a diferencia de lo que ocurría cuando se comparaban el post-tratamiento y el seguimiento, en esta ocasión sí surgen diferencias significativas en el momento previo a la visualización del vídeo en alguna variable, como es el caso de la variable "Ansiedad". La variable "Dificultad" se acerca a la significación estadística aunque sin alcanzarla (con un t= 1,80 y una p=0,09). Después de la visualización del vídeo, se alcanzan diferencias estadísticamente significativas en las cuatro variables de ansiedad situacional subjetiva (en una de ellas, "Motivación", la significación tiene una p<0,001). Estos resultados que indican que el grupo de éxito ha percibido la situación, en la evaluación del seguimiento, con menos dificultad y ansiedad que en el pase de pretratamiento y se han sentido, también, más cooperativos y más motivados. Estos resultados indican que, a pesar del aumento significativo en las variables de "Dificultad" y "Ansiedad" entre el post-tratamiento y el seguimiento, se han mantenido gran parte de los beneficios reflejados en el post-tratamiento.

TABLA N° 64

GRUPO DE ÉXITO, PRUEBAS t ENTRE EL PRE-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO. ESCALAS DE ANSIEDAD SITUACIONAL (AS) EN LA PRUEBA ANÁLOGA (N= 15).

MOMENTOS DEL VÍDEO	PRE-TRATAM.		SEGUIMIENTO		
	X	Sx	X	Sx	t
Dificultad (A.V.)	33.47	9.35	29.33	6.40	1.80
Dificultad (D.V.)	36.86	10.25	29.93	7.94	2.41*
Cooperación (A.V.)	58.00	8.82	60.13	9.61	-.79
Cooperación (D.V.)	53.93	9.47	60.86	6.77	-2.67*
Ansiedad (A.V.)	34.57	9.84	30.64	7.12	2.25*
Ansiedad (D.V.)	37.57	11.65	28.79	9.69	2.63*
Motivación (A.V.)	58.93	7.35	61.43	8.56	-1.46
Motivación (D.V.)	51.21	9.82	60.14	10.68	-4.80***

NOTA:(t para muestras relacionadas); A.V.= Antes del Vídeo; D.V.= Después del

Vídeo; X= Media; Sx= Desviación Típica; *= $p < 0.05$; ** = $p < 0.01$; *** = $p < 0.001$.

En la Tabla N° 65 se ofrece información de los resultados obtenidos al comparar las puntuaciones de las variables psicofisiológicas recogidas en el pretratamiento y en el seguimiento. Como se puede observar, se alcanzan diferencias estadísticamente significativas en los dos momentos aglutinados de las dos variables psicofisiológicas, lo que confirma los resultados obtenidos cuando se comparaban el post-tratamiento y el seguimiento. Esto es, se

mantienen los logros de la aplicación del tratamiento en las respuestas psicofisiológicas.

TABLA N° 65

GRUPO DE ÉXITO, PRUEBAS *t* ENTRE EL PRE-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO. MOMENTOS DEL VÍDEO DIVIDIDOS POR SU LÍNEA BASE, AGLUTINADOS EN DOS: PREVUELO Y DURANTE EL VUELO. TASA CARDÍACA Y TENSIÓN EN EL MÚSCULO FRONTAL (N= 15).

MOMENTOS AGLUTINADOS	PRE-TRATAM.		SEGUIMIENTO		<i>t</i>
	X	Sx	X	Sx	
T. C. EN EL PREVUELO	10.49	.93	9.96	.20	2.27*
T. C. DURANTE EL VUELO	10.42	.68	10.00	.21	2.56*
T. M. EN EL PREVUELO	12.29	2.32	10.40	1.36	2.42*
T. M. DURANTE EL VUELO	12.35	3.06	10.22	2.05	2.20*

NOTA:(*t* para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= $p < 0.05$; **= $p < 0.010$; ***= $p < 0.001$; T.C.= TASA CARDÍACA; T.M.= TENSIÓN MUSCULAR.

Una vez ofrecida la información relativa al mantenimiento de los resultados en las variables dependientes, procedemos a presentar información sobre lo ocurrido con las variables de generalización. Veamos lo sucedido con cada una.

II.2.5.3. MANTENIMIENTO DE LOS RESULTADOS EN: ESCALAS DE CAPACIDAD DE RELAJACIÓN

II.2.5.3.1. COMPARACIÓN PASE POST-TRATAMIENTO FRENTE A PASE DE SEGUIMIENTO (CAP-REL)

En la Tabla N° 66 se presentan los resultados obtenidos al comparar el pase post-tratamiento y el del seguimiento en las dos variables de capacidad de relajación (CAP-REL). Apreciamos en la tabla que no surgen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las dos variables, hecho que habla de un mantenimiento de los resultados obtenidos tras finalizar el tratamiento.

TABLA N° 66

GRUPO DE ÉXITO, PRUEBAS t ENTRE EL POST-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO. ESCALAS DE CAPACIDAD DE RELAJACIÓN DEL CUESTIONARIO CAP-REL (N= 14)

ESCALAS	POST-TRATAM.		SEGUIMIENTO		t
	X	Sx	X	Sx	
Dificultad volver relajación	13.79	4.02	13.86	4.17	-0.07
Facilidad obtener relajación	14.14	3.72	13.50	2.50	1.07

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= $p < 0.05$; **= $p < 0.01$; ***= $p < 0.001$

II.2.5.3.2. COMPARACIÓN PASE PRE-TRATAMIENTO FRENTE A PASE DE SEGUIMIENTO (CAP-REL).

En la Tabla N° 67 se ofrecen los resultados logrados al comparar las puntuaciones obtenidas en el pretratamiento y en el seguimiento en el CAP-REL. Vemos en dicha tabla que existen diferencias estadísticamente significativas en la escala "Dificultad para volver a un estado previo de relajación" en el sentido de una menor dificultad en el seguimiento que en el pretratamiento por parte del grupo de éxito. La otra variable, "Facilidad para obtener relajación por medio de actividades distractoras", evoluciona hacia una menor facilidad pero, aunque se acerca a la significación estadística, no la alcanza.

TABLA N° 67

GRUPO DE ÉXITO, PRUEBAS t ENTRE EL PRE-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO. ESCALAS DE CAPACIDAD DE RELAJACIÓN DEL CUESTIONARIO CAP-REL (N= 14).

ESCALAS	<u>PRE-TRATAM.</u>		<u>SEGUIMIENTO</u>		t
	X	Sx	X	Sx	
Dificultad volver relajación	16.00	2.22	13.86	4.17	2.30*
Facilidad obtener relajación	14.93	3.85	13.50	2.50	1.88

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001

II.2.5.4. MANTENIMIENTO DE LOS RESULTADOS EN: ESCALAS DEL INVENTARIO DE MIEDOS.

II.2.5.4.1. COMPARACIÓN PASE POST-TRATAMIENTO FRENTE A PASE DE SEGUIMIENTO (IM).

En la Tabla N° 68 se aporta información sobre los resultados obtenidos al comparar las puntuaciones obtenidas una vez finalizado el tratamiento con las del seguimiento en las escalas del Inventario de Miedos (IM). Apreciamos en ella que no surgen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las trece escalas, lo que expresa un mantenimiento de los resultados obtenidos tras la finalización del programa de intervención.

TABLA N° 68

GRUPO DE ÉXITO, PRUEBAS *t* ENTRE EL POST-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO. ESCALAS DEL INVENTARIO DE MIEDOS (N= 15).

ESCALAS DEL IM	POST-TRATAM.		SEGUIMIENTO		<i>t</i>
	X	Sx	X	Sx	
1. Miedo a la R.S.	4.67	4.35	6.47	6.22	-1.43
2. M. a la Muerte	9.00	4.87	8.67	4.24	.24
3. M. a A.R.M.	1.07	1.67	1.73	2.15	-1.35
4. M. al Daño Físico	2.87	2.64	2.93	2.84	-.18
5. M. a la Agresión	7.33	4.37	8.07	3.94	-.71
6. Fobia Social	1.27	1.62	2.40	3.04	-1.57
7. M. a los Fenómenos N.T.	1.87	2.50	1.87	2.17	.00
8. M. a la ficción de T.	1.60	1.84	1.87	2.45	-.53
9. M. a los Signos R.M.	2.00	1.85	1.60	1.60	1.07
10. M. a los Animales	3.20	2.88	3.27	2.31	-.17
11. M. a los M.T.	.20	.78	.33	1.29	-1.00
12. M. a los Sobrenatural	.87	1.46	1.00	1.36	-.49
13. Acrofobia y Claustrof.	1.73	1.53	2.40	2.32	-1.10

NOTA:(*t* para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= $p < 0.05$; **= $p < 0.01$; ***= $p < 0.001$; M.: Miedo; R.S.: Reprobación Social; A.R.M.: Aspectos Relacionados

con la Medicina; N.T.: Naturales (tormentas); T.: Terror; R.M.: Relacionados con la Muerte; M.T.: Medios de Transporte; Claustrof.: Claustrofobia.

II.2.5.4.2. COMPARACIÓN PASE PRE-TRATAMIENTO FRENTE A PASE DE SEGUIMIENTO (IM).

Seguidamente, en la Tabla N° 69, se ofrecen los resultados de comparar, en las variables del IM, las puntuaciones obtenidas en el pre-tratamiento y en el seguimiento. Como se puede observar, se dan diferencias significativas en ocho de las trece escalas de miedos. Cuatro de ellas con una $p < 0,01$ ("Miedo a la Muerte", "Miedo al Daño Físico", "Miedo a los Animales" y "Acrofobia y Claustrofobia". Las otras cuatro ("Miedo a la Reprobación Social", "Miedo a la Agresión", "Miedo a la Ficción de Terror" y "Miedo a los Signos Relacionados con la Muerte") con una $p < 0,05$. Con estos resultados podemos decir que las mejoras obtenidas tras la aplicación del tratamiento, expresan mantenimiento de esos logros en las variables de generalización de otros miedos en general.

TABLA N° 69

GRUPO DE ÉXITO, PRUEBAS t ENTRE EL PRE-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO. ESCALAS DEL INVENTARIO DE MIEDOS (N= 15).

ESCALAS DEL IM	SEGUIMIENTO		PRE-TRATAM.		
	X	Sx	X	Sx	t
1. Miedo a la R.S.	9.33	5.45	6.47	6.22	2.61*
2. M. a la Muerte	12.13	2.10	8.67	4.24	4.31**
3. M. a A.R.M.	2.07	1.79	1.73	2.15	.75

4. M. al Daño Físico	4.27	2.92	2.93	2.84
3.25**				
5. M. a la Agresión	10.73	3.85	8.07	3.94 2.67*
6. Fobia Social	2.80	2.18	2.40	3.04 .82
7. M. a los Fenómenos N.T.	2.33	2.38	1.87	2.17 1.33
8. M. a la ficción de T.	2.87	1.96	1.87	2.45 2.35*
9. M. a los Signos R.M.	2.87	2.59	1.60	1.60 2.80*
10. M. a los Animales	5.60	3.70	3.27	2.31
3.33**				
11. M. a los M.T.	.80	1.27	.33	1.29 1.82
12. M. a los Sobrenatural	.93	1.39	1.00	1.36 -.27
13. Acrofobia y Claustrof.	5.20	1.94	2.40	2.32 4.42**

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p<0.05; **= p<0.01; ***= p<0.001; M.: Miedo; R.S.: Reprobación Social; A.R.M.: Aspectos Relacionados con la Medicina; N.T.: Naturales (tormentas); T.: Terror; R.M.: Relacionados con la Muerte; M.T.: Medios de Transporte; Claustrof.: Claustrofobia.

II.2.5.5 MANTENIMIENTO DE LOS RESULTADOS EN: ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO.

II.2.5.5.1. COMPARACIÓN PASE POST-TRATAMIENTO FRENTE A PASE DE SEGUIMIENTO (ESAFAC).

En la Tabla N° 70 se presentan los resultados obtenidos al comparar, en el cuestionario de estrategias de afrontamiento (ESAFAC), las puntuaciones obtenidas en el momento de evaluación posterior al tratamiento y las recogidas en el pase de pruebas correspondiente al seguimiento.

TABLA N° 70

GRUPO DE ÉXITO, PRUEBAS t ENTRE EL POST-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO. ESCALAS DEL CUESTIONARIO ESAFAC (N= 14).

ESCALAS	POST-TRATAM.		SEGUIMIENTO		
	X	Sx	X	Sx	t
1. C. Personal y R.	30.79	7.82	28.86	8.95	1.24
2. Abatimiento y D.	10.93	5.99	9.00	5.68	2.03
3. Búsqueda de Guía	13.07	4.22	12.86	4.24	.17
4. Refugio Religioso	2.36	2.34	2.21	2.58	.41
5. Optimismo Esperanzador	11.07	3.99	11.50	4.65	-.48
6. Autosuficiencia	3.00	2.00	3.64	2.27	-1.04

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001; C.: Control; R.: Reorganización; D.: Desesperanza.

Aunque ninguna de las seis escalas de afrontamiento alcanza la significación estadística, observamos que existe una, "Abatimiento y Desesperanza", que se aproxima mucho a la significación (con una t=2,03 y un p=0,06), que va en la línea de mejora, en el seguimiento, del resultado obtenido en esta escala tras la finalización del tratamiento.

II.2.5.5.2. COMPARACIÓN PASE PRE-TRATAMIENTO FRENTE A PASE DE SEGUIMIENTO (ESAFAC)

En la Tabla N° 71 se presentan los resultados de comparar las escalas que evalúan las estrategias de afrontamiento cuando se miden antes del tratamiento y en el seguimiento. Vemos en ella que aparece una diferencia que alcanza significación estadística en la variable "Abatimiento y Desesperanza". Este resultado, unido a la comparación anterior entre el post-tratamiento y el seguimiento en

que casi se obtuvo la significación estadística, confirma que las personas que conforman el grupo de éxito afrontan los problemas, en el seguimiento, con menos sentimientos de desesperación. Asimismo, hay que destacar que la variable "Refugio Religioso" se queda a las puertas de la significación (con un $t=2,06$ y una $p<0,06$). Resultado que iría en la línea de señalar que las personas afrontan los problemas con menos necesidad de recurrir a entidades superiores para encontrar las fuerzas necesarias para solucionar sus problemas.

TABLA N° 71

GRUPO DE ÉXITO, PRUEBAS t ENTRE EL PRE-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO. ESCALAS DEL CUESTIONARIO ESAFAC (N= 14).

<u>SEGUIMIENTO</u> ESCALAS	<u>PRE-TRATAM.</u>				
	X	Sx	X	Sx	t
1. C. Personal y R.	32.36	9.23	28.86	8.95	1.71
2. Abatimiento y D.	13.93	6.16	9.00	5.68	2.73*
3. Búsqueda de Guía	14.71	3.27	12.86	4.24	1.22
4. Refugio Religioso	3.00	2.00	2.21	2.58	2.06
5. Optimismo Esperanzador	10.86	5.19	11.50	4.65	-.41
6. Autosuficiencia	4.14	2.25	3.64	2.27	.94

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= $p<0.05$; **= $p<0.01$; ***= $p<0.001$; C.: Control; R.: Reorganización; D.: Desesperanza.

II.2.5.6. MANTENIMIENTO DE LOS RESULTADOS EN: ESCALAS DE SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA.

II.2.5.6.1. COMPARACIÓN PASE POST-TRATAMIENTO FRENTE A PASE DE SEGUIMIENTO (PSI-2)

Los resultados de comparar bivariadamente las puntuaciones del pase posterior al tratamiento con las del seguimiento, en las escalas de sintomatología psicopatológica del cuestionario PSI-2, las ofrecemos en la Tabla N° 72.

TABLA N° 72

GRUPO DE ÉXITO, PRUEBAS t ENTRE EL POST-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO. ESCALAS DEL CUESTIONARIO PSI-2 (N= 14).

ESCALAS	<u>POST-TRATAM.</u>		<u>SEGUIMIENTO</u>		
	X	Sx	X	Sx	t
1. Depresión	.21	.58	.21	.58	.00
2. Ansiedad	6.14	5.95	6.36	6.78	-.31
3. Delirios	.07	.27	.00	.00	1.00
4. Manía	1.43	1.79	2.14	2.88	-1.86
5. Esquizofrenia	.00	.00	.21	.43	-1.88
6. Somatización	1.14	1.10	.93	1.98	.47
7. Hipocondría	.14	.54	.21	.58	-1.00

NOTA:(t para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= p< 0.05; **= p< 0.01; ***= p< 0.001.

En dicha tabla, podemos ver que no se alcanzan diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las siete escalas del PSI-2 por lo que se puede hablar de mantenimiento de los beneficios obtenidos. No obstante, hay que señalar que hay dos variables, "Manía" (t= -1,86 y p= 0,08) y "Esquizofrenia" (t= -1,88 y p= 0,09), en las que se han obtenido puntuaciones superiores en el seguimiento y se han acercado a la significación estadística.

II.2.5.6.2. COMPARACIÓN PASE PRE-TRATAMIENTO FRENTE A PASE DE SEGUIMIENTO (PSI-2).

Para finalizar este capítulo dedicado al seguimiento, en la Tabla N° 73 se presentan los resultados de comparar el pase previo a la aplicación del tratamiento de Auto-Regulación Emocional y el pase del seguimiento en las escalas del cuestionario de sintomatología psicopatológica.

TABLA N° 73

GRUPO DE ÉXITO, PRUEBAS *t* ENTRE EL PRE-TRATAMIENTO Y EL SEGUIMIENTO. ESCALAS DEL CUESTIONARIO PSI-2 (N= 14)

<u>SEGUIMIENTO</u> ESCALAS			<u>PRE-TRATAM.</u>		
	X	Sx	X	Sx	t
1. Manif. Depresivas	1.14	1.66	.21	.58	2.51*
2. Manif. de Ansiedad	11.50	7.55	6.36	6.78	3.61**
3. Delirios	.79	1.12	.00	.00	2.62*
4. Manif. Maníacas	3.71	3.97	2.14	2.88	1.69
5. Esquizofrenia	.86	1.46	.21	.43	1.73
6. Somatización	2.07	1.86	.93	1.98	2.07
7. Hipocondría	.93	1.44	.21	.58	2.22*

NOTA:(*t* para muestras relacionadas) X= Media; Sx= Desviación Típica; *= $p < 0.05$; **= $p < 0.01$; ***= $p < 0.001$; Manif.: Manifestaciones.

En la tabla que precede a estas líneas vemos que se alcanzan diferencias significativas en cuatro de las siete escalas. Tres de ellas "Manifestaciones Depresivas", "Delirios" e "Hipocondría" con una

$p < 0,05$ y, la cuarta, "Manifestaciones de Ansiedad", alcanza un nivel de significación de $p < 0,01$. Una quinta escala del cuestionario, "Somatización", se queda a las puertas de la significación con una $t = 2,07$ y una $p = 0,06$.

Como conclusiones de este capítulo podemos decir que aunque, en general, se mantienen los resultados logrados en la evaluación posterior a la finalización del tratamiento, se aprecia un pequeño deterioro de los beneficios obtenidos por la aplicación del programa de intervención en alguna de las variables dependientes utilizadas en este trabajo.

En concreto, según la entrevista diagnóstica IDG-FV, una persona, aunque se mantiene dentro del criterio de éxito establecido previamente, ha pasado del nivel extremo de "Ningún Miedo", al nivel inmediatamente superior de "Miedo Moderadamente Bajo".

Por lo que respecta a las cinco escalas de miedo a volar, aunque en cuatro de ellas se han mantenido los logros obtenidos por la aplicación del tratamiento, en una de ellas, "Miedo a Volar sin Autoimplicación", se ha perdido una parte significativa del beneficio obtenido del programa de intervención.

En cuanto a la prueba análoga (TEMV-SAVA), podemos decir que los beneficios logrados en las respuestas psicofisiológicas por el programa terapéutico, se mantienen en el seguimiento. Por lo que se refiere a las variables que evalúan el malestar subjetivo de las personas que forman el grupo de éxito, hemos comprobado que se mantiene el grado de cooperación y motivación del post-tratamiento, a la hora de enfrentarse al visionado del vídeo. En las otras dos variables ("Dificultad" y "Ansiedad") se ha experimentado una reducción significativa del beneficio obtenido tras el tratamiento. No obstante, esa reducción no ha sido tan importante

como para impedir que se sigan obteniendo diferencias significativas con las puntuaciones obtenidas en el pretratamiento.

Finalmente, hay que señalar que los beneficios obtenidos por la intervención terapéutica, en las variables de generalización, se han mantenido en la línea de consolidación.

II.2.6. PREDICCIÓN DE LOS RESULTADOS TERAPÉUTICOS.

Cuando una persona acude a terapia con un determinado problema psicológico (en el caso presente, la fobia a volar), sería interesante conocer cuales son las características concretas de su fobia que hacen aplicable precisamente en esa persona un tipo de tratamiento u otro. Este hecho que recoge uno de los elementos de la famosa pregunta de Paul (1969), sugiere la importancia de localizar, si existe, la variable o conjunto de variables que determinen que, si a una persona se le aplica un determinado programa terapéutico va a tener éxito o si, por el contrario, va a fracasar con él. Este tema de la predicción de los resultados terapéuticos se ha acometido desde diferentes enfoques en la investigación en terapia, y en nuestro equipo de investigación se ha elegido la aproximación estadística multivariada.

Para poder aplicar un estudio de estas características necesitábamos una variable dependiente y una serie de variables independientes o predictoras. La variable dependiente, a la que hemos denominado éxito terapéutico, no existía y era necesario crearla a partir de las diversas variables dependientes que se han utilizado en este trabajo. La variable éxito terapéutico debía tener en cuenta tanto las medidas tomadas en el primer pase de pruebas previo al tratamiento, como en el momento de evaluación posterior al mismo, para que fuera capaz de apresar el continuo del cambio

terapéutico que va desde el fracaso total hasta la erradicación completa del problema.

De este modo, la variable éxito terapéutico fue construida a partir de las variables formadas por las cinco escalas de miedo a volar y las cuatro variables psicofisiológicas aglutinadas. Las variables "Miedo Antes del Vuelo" y "Miedo Durante el Vuelo" del EMV, fueron sumadas y divididas por dos debido a que, en diversos estudios, han mostrado correlaciones altas (J.I. Capafóns, 1995; Sosa et al., 1995; Viña, 1993). Lo mismo se realizó con los momentos aglutinados del prevuelo y durante el vuelo de las dos variables psicofisiológicas. Dado que las otras variables utilizadas habían mostrado índices de correlación más moderados, entraron a formar parte de la variable éxito terapéutico de forma individual.

En definitiva, esta variable se ha formado sumando los cocientes (pre/post) de las variables: "Miedo sin Autoimplicación", "Miedo Antes-Durante el Vuelo", "Pensamientos Catastrofistas", "Ansiedad Fisiológica", "Tasa Cardíaca Total" y "Tensión Muscular Total".

Una vez clarificado como se ha elaborado la variable dependiente, corresponde ahora describir el proceso seguido para determinar las variables predictoras. Nuestro equipo de investigación ha optado por un procedimiento anticipativo y de filtro, de manera que, primero se llevan a cabo análisis correlacionales de todas las variables utilizadas con la variable éxito terapéutico y, una vez que se han detectado las que tienen correlaciones significativas con el éxito, se analizan las correlaciones que tienen esas variables entre sí. Este procedimiento tiene como objetivo la selección de una serie de variables que tengan las mínimas garantías metodológicas para llevar a cabo los análisis multivariados elegidos.

II.2.6.1. CORRELACIONES ENTRE EL ÉXITO TERAPÉUTICO Y LAS DISTINTAS ÁREAS.

En este epígrafe se van a ir presentando por grupos las correlaciones obtenidas, dentro del grupo de personas que recibió el tratamiento, entre la variable que hemos denominado éxito terapéutico y las distintas variables demográficas consideradas en este trabajo, las dependientes, las de generalización, las variables extraídas de la Escala de Expectativas de Éxito Terapéutico y las variables resultantes de la Escala de Auto-Regulación.

II.2.6.1.1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS.

En la Tabla N° 74 se presentan las correlaciones resultantes entre la variable éxito terapéutico y las distintas variables demográficas (sexo, edad, nivel académico, estado civil y ocupación).

TABLA N° 74

CORRELACIONES ENTRE LA VARIABLE ÉXITO TERAPÉUTICO Y LAS VARIABLES DEMOGRÁFICAS (N= 21).

	SEXO	EDAD	N.ACAD.	EC	OCU
ÉXITO	-.32	.25	-.30	.17	-.09
	P= .08	P= .14	P= .09	P= .23	P= .35

NOTA: N. ACAD. : Nivel Académico; EC: Estado Civil; OCU: Ocupación.

En dicha tabla se aprecia que ninguna de estas variables muestra una correlación estadísticamente significativa con el éxito terapéutico. Solamente dos de esas variables han quedado en el

valor de 0,30 o con valores ligeramente superiores, aunque este hecho no les ha permitido alcanzar la significación estadística. Se trata de las variables demográficas sexo ($r_{xy} = -0,32$ y una $p = 0,08$) y nivel académico ($r_{xy} = -0,30$ y una $p = 0,09$), que indicarían una cierta tendencia a beneficiarse más del programa terapéutico en el caso de ser mujer o tener un menor nivel académico.

II.2.6.1.2. VARIABLES DEL MIEDO A VIAJAR EN AVIÓN.

En la Tabla N° 75 se ofrecen las correlaciones entre la variable éxito terapéutico y las variables de miedo a volar tanto autoinformadas (cuestionarios EPAV y EMV, y las tres preguntas de la IDG-FV), como psicofisiológicas (Tasa cardíaca y Tensión muscular). Como se puede observar solamente una variable, "Miedo a Volar sin Autoimplicación", mantiene una relación importante y positiva con la variable éxito terapéutico ($r_{xy} = 0,59$ y una $p = 0,002$). Del resto de las variables, solamente una se acerca a la significación estadística pero sin llegar a alcanzarla. Esta variable es la formada a partir de la pregunta de la entrevista relativa a la conducta de evitación que, con signo negativo, tiene una $r_{xy} = -.34$ y una $p = 0,07$. Por tanto, aquellas personas con un nivel mayor de miedo a elementos relacionados con viajar en avión, sin que impliquen el hecho de volar en sí, y menor conducta de evitación podrían beneficiarse más del programa de Auto-Regulación Emocional.

TABLA N° 75

CORRELACIONES ENTRE LA VARIABLE ÉXITO TERAPÉUTICO Y LAS VARIABLES DE MIEDO A VIAJAR EN AVIÓN (N= 21).

	EPVA	EPVB	EMVA	EMVD	EMVS
ÉXITO	.20	.10	.12	.16	.59
	P= .19	P= .34	P= .30	P= .24	P= .00

	NMV	CEV	TMP	QDM	EST
ÉXITO	.07 P=.38	-.34 P=.07	-.03 P=.46	-.14 P=.28	-.17 P=.24
	EFIC	CPR	CDU	MPR	MDU
ÉXITO	-.16 P=.24	-.09 P=.36	-.11 P=.32	-.02 P=.46	-.12 P=.30

NOTA: EPVA: Pensamientos Catastróficos; EPVB: Experiencias Fisiológicas; EMVA: Miedo antes del Vuelo; EMVD: Miedo durante el vuelo; EMVS: Miedo Sin Autoimplicación; NMV: Nivel de Miedo (IDG-FV); CEV: Conducta de evitación (IDG-FV); TMP: Total de manifestaciones perturbadoras (IDG-FV); QDM: Total de Características del miedo (IDG-FV); EST: Total de estrategias utilizadas (IDG-FV); EFIC: Total de eficacia de las estrategias (IDG-FV); CPR: Tasa Cardíaca en el prevuelo (TEMV-SAVA); CDU: Tasa cardíaca durante el vuelo (TEMV-SAVA); MPR: Tensión muscular en el prevuelo (TEMV-SAVA); MDU: Tensión muscular durante el vuelo (TEMV-SAVA).

II.2.6.1.3. VARIABLES DE ANSIEDAD SITUACIONAL.

En la Tabla N° 76 se ofrece información sobre las correlaciones entre la variable éxito terapéutico y las variables del cuestionario de ansiedad situacional subjetiva (AS) administrado antes y después de la visualización del vídeo. En ella, podemos ver que solamente existen dos variables con relaciones significativas con la variable éxito terapéutico, una con signo positivo y la otra, negativo. Esas dos variables pertenecen al momento posterior al visionado del vídeo: "Cooperación Subjetiva Durante el Vídeo" que tiene una $r_{xy}=0,43$ y una $p=0,026$ y "Ansiedad Subjetiva Durante el Vídeo" ($r_{xy}=-0,37$ y

una $p=0,048$). Por lo tanto, a mayor cooperación y menor ansiedad cabría esperar mejores resultados terapéuticos.

TABLA N° 76

CORRELACIONES ENTRE LA VARIABLE ÉXITO TERAPÉUTICO Y LAS VARIABLES DEL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD SITUACIONAL (AS) (N= 21

	AS1	AS2	AS3	AS4
ÉXITO	-.17 P= .24	.20 P= .19	-.26 P= .13	.24 P= .15

	AD1	AD2	AD3	AD4
ÉXITO	-.24 P= .15	.43 P= .03	-.37 P= .05	.28 P= .11

NOTA: AS1: Dificultad subjetiva antes del vídeo; AS2: Cooperación subjetiva antes del vídeo; AS3: Ansiedad Subjetiva antes del vídeo; AS4: Motivación subjetiva antes del vídeo; AD1: Dificultad subjetiva durante el vídeo; AD2: Cooperación subjetiva durante el vídeo; AD3: Ansiedad Subjetiva durante el vídeo; AD4: Motivación subjetiva durante el vídeo.

II.2.6.1.4 OTROS MIEDOS Y SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA

La información correspondiente a las correlaciones obtenidas entre la variable éxito terapéutico y las variables formadas a partir de las escalas del Inventario de Miedos (IM) y del Inventario de Sintomatología Psicopatológica se puede encontrar en la Tabla N°77.

TABLA N° 77

CORRELACIONES ENTRE LA VARIABLE ÉXITO TERAPÉUTICO Y LAS VARIABLES DEL IM Y DEL PSI-2 (N= 21).

	IM1	IM2	IM3	IM4	IM5
ÉXITO	-.32	-.16	-.02	.03	-.49
	P=.08	P=.24	P=.47	P=.44	P=.01

	IM6	IM7	IM8	IM9	IM10
ÉXITO	-.17	-.09	-.17	.01	.24
	P=.24	P=.35	P=.24	P=.49	P=.15

	IM11	IM12	IM13	PSI1	PSI2
ÉXITO	.05	.19	.22	.21	-.13
	P=.41	P=.20	P=.17	P=.18	P=.29

	PSI3	PSI4	PSI5	PSI6	PSI7
ÉXITO	-.28	-.05	-.01	.05	.05
	P=.11	P=.41	P=.48	P=.42	P=.42

NOTA: IM1: Miedo a la reprobación social; IM2: Miedo a la muerte; IM3: Miedo a aspectos relacionados con la medicina; IM4: Miedo al daño físico; IM5: Miedo a la agresión; IM6: Fobia social; IM7: Miedo a fenómenos naturales; IM8: Miedo a la ficción de terror; IM9: Miedo a aspectos relacionados con la muerte; IM10: Miedo a los animales; IM11: Miedo a los medios de transporte; IM12: Miedo a lo sobrenatural; IM13: Acrofobia y Claustrofobia; PSI1: Depresión; PSI2: Ansiedad; PSI3: Delirios; PSI4: Manía; PSI5: Esquizofrenia; PSI6: Somatización; PSI7: Hipocondría.

Como se puede en la tabla que precede a estas líneas, solamente una variable presenta un compromiso importante y de signo negativo con la variable éxito terapéutico. Esa variable es la constituida por una de las escalas del IM, "Miedo a la Agresión", que tiene una $r_{xy} = -0.49$ y una $p = 0,012$. Existe otra variable de ese cuestionario, "Miedo a la Reprobación Social", que muestra una correlación, del mismo signo, que se acerca pero no alcanza la significación estadística ($r_{xy} = -0.32$ y una $p = 0,08$). El resultado del "Miedo a la Agresión" no deja de ser curioso, cabría interpretar que aquellas personas más "osadas" ante situaciones de riesgo (peleas, amenazas, etc.) se benefician más de un programa terapéutico como éste. O desde la óptica contraria, las personas más recelosas ante el daño pueden sentir cierto miedo ante el "poder de la sugestión" y, por consiguiente, integrarse menos en esta técnica.

II.2.6.1.5. VARIABLES DE CAPACIDAD DE RELAJACIÓN.

En la Tabla N° 78 se presentan las correlaciones entre la variable éxito terapéutico y las dos variables de capacidad de relajación, donde se observa que están lejos de alcanzar significación estadística.

TABLA N° 78

CORRELACIONES ENTRE LA VARIABLE ÉXITO TERAPÉUTICO Y LAS ESCALAS DE CAPACIDAD DE RELAJACIÓN (N= 21).

	CR1	CR2
ÉXITO	.19 P= .21	.03 P= .45

NOTA: CR1: Dificultad para relajarse; CR2. Facilidad para relajarse.

II.2.6.1.6. VARIABLES DE EVALUACIÓN DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO TERAPÉUTICO.

En la Tabla N° 79 se presentan las correlaciones entre la variable éxito terapéutico y las variables del cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (ESAFAC). En esa tabla podemos ver que hay dos variables que presentan relaciones positivas significativas con el éxito: "Control Personal y Reorganización" ($r_{xy}=0,44$ y una $p=0,02$) y "Optimismo Esperanzador" ($r_{xy}=0,39$ y una $p=0,04$). Además existen otras dos variables que han arrojado una correlación que se ha aproximado a la significación estadística aunque sin alcanzarla. Estas variables han sido: "Búsqueda de Guía" ($r_{xy}=0,30$ y una $p=0,09$) y "Autosuficiencia" ($r_{xy}=-0,31$ y una $p=0,09$). Resulta relevante que, en su conjunto, las estrategias de afrontamiento arrojan un compromiso moderadamente alto con el éxito en la terapia. Este patrón de resultados obtenidos se manifiesta, a nuestro juicio, muy coherente e, incluso, integrador con respecto a aquel del "Miedo a la Agresión": control, optimismo y ausencia de miedo al "peligro" podrían ser características de los pacientes que incrementan la probabilidad de éxito.

TABLA N° 79

CORRELACIONES ENTRE LA VARIABLE ÉXITO TERAPÉUTICO Y LAS VARIABLES DEL ESAFAC (N= 21).

	EA1	EA2	EA3	EA4	EA5	EA6
ÉXITO	.44	-.17	.30	.22	.39	-.31
	P=.02	P=.23	P=.09	P=.17	P=.04	P=.09

NOTA: EA1: Control personal y reorganización; EA2: Abatimiento y desesperanza; EA3: Búsqueda de guía; EA4: Refugio religioso; EA5: Optimismo esperanzador; EA6: Autosuficiencia.

II.2.6.1.7. VARIABLES DE LAS EXPECTATIVAS DE ÉXITO TERAPÉUTICO.

En la Tabla N° 80 se ofrecen las correlaciones entre la variable éxito terapéutico y las variables formadas a partir de las tres escalas aisladas del Cuestionario de Expectativas de Éxito Terapéutico. Podemos apreciar en ella que solamente una de ellas tiene una relación significativa con el éxito, esta variable es "Adherencia al Tratamiento" con una $r_{xy}=0,51$ y una $p=0,009$. Las otras dos variables se encuentran a cierta distancia de alcanzar la significación estadística. Cabe resaltar que de los cuatro tratamientos aplicados por nuestro equipo de investigación a los pacientes con fobia a volar, éste ha sido el único que ha presentado una correlación alta y significativa entre éxito y adherencia. Por lo tanto, la adherencia al tratamiento evaluada antes de comenzar la terapia puede convertirse en una variable muy relevante a la hora de tomar la decisión de aplicar este tratamiento y no otros y viceversa.

TABLA N° 80

CORRELACIONES ENTRE LA VARIABLE ÉXITO TERAPÉUTICO Y LAS VARIABLES DEL EVEX (N= 21).

	EE1	EE2	EE3
ÉXITO	.20	.51	-.29
	P= .19	P= .01	P= .10

NOTA: EE1: Expectativas positivas sobre la eficacia del tratamiento; EE2: Adherencia al tratamiento; EE3: Expectativas negativas sobre la eficacia del tratamiento.

II.2.6.1.8. VARIABLES DE LA ESCALA DE AUTO-REGULACIÓN.

En la Tabla N° 81 se muestran las correlaciones entre la variable éxito terapéutico y las tres variables de la Escala de Auto-Regulación Emocional. Como se puede comprobar la correlación que presentan estas variables no alcanza la significación estadística en ninguno de los tres casos.

TABLA N° 81

CORRELACIONES ENTRE LA VARIABLE ÉXITO TERAPÉUTICO Y LAS VARIABLES DE LA ESCALA DE AUTO-REGULACIÓN EMOCIONAL (N= 21).

	AUTO-C	HETERO-C	TOTAL
ÉXITO	.21	-.08	.05
	P= .19	P= .36	P= .42

NOTA: AUTO-C: Autocontrol; HETERO-C: Heterocontrol.

Como conclusiones de este epígrafe dedicado a examinar los compromisos existentes entre la variable éxito terapéutico y las distintas variables que se han tenido en cuenta, podemos decir lo siguiente:

1) Las distintas variables sociodemográficas consideradas en este trabajo (edad, sexo, nivel académico, estado civil y ocupación), no presentan relaciones significativas con la variable éxito terapéutico.

2) De las diferentes variables dependientes que se han considerado en este estudio, hemos visto que tres de ellas tienen relaciones significativas con la variable éxito terapéutico. Dos de ellas lo hacen con una relación positiva ("Miedo a Volar sin Autoimplicación" del EMV y "Cooperación Subjetiva Durante el Vuelo" del AS). La tercera ("Ansiedad Subjetiva Durante el Vuelo"), por el contrario, presenta una relación negativa con el éxito terapéutico.

3) Por lo que respecta a las variables de generalización nos encontramos también con que tres de ellas tienen una relación significativa con el éxito terapéutico. Una, la variable del Inventario de Miedos (IM), "Miedo a la Agresión", tiene una relación negativa con el éxito terapéutico; las otras dos, "Control Personal y Reorganización" y "Optimismo Esperanzador" que pertenecen al cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (ESAFAC), tienen una relación positiva con el éxito.

4) Con respecto a las tres variables que miden las expectativas de éxito terapéutico (EVEX), la que ha mostrado un compromiso importante con la variable éxito, ha sido la segunda, "Adherencia al Tratamiento", que ha obtenido una correlación alta y positiva con el éxito terapéutico.

5) Finalmente, en cuanto a las variables de la Escala de Auto-Regulación Emocional, hemos visto que ninguna de las tres presenta correlaciones importantes con la variable éxito terapéutico.

II.2.6.2. RELACIONES ENTRE LAS VARIABLES COMPROMETIDAS CON EL ÉXITO TERAPÉUTICO.

En este epígrafe vamos a examinar las relaciones existentes entre aquellas variables que, habiendo mostrado correlaciones significativas con la variable éxito terapéutico en el epígrafe anterior, han mostrado los compromisos más importantes con ella (han superado el punto de corte de 0,40). Realizada esta tarea llevaremos a cabo un análisis de regresión que nos permitan ver cual es la variable o el conjunto de variables que mayor porcentaje expliquen de la variabilidad observada en el continuo de la variable éxito terapéutico.

En la Tabla N° 82 se presenta la matriz de correlaciones entre las variables que mayores compromisos han mostrado con la variable éxito terapéutico.

TABLA N° 82

CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES MAS COMPROMETIDAS CON EL ÉXITO TERAPÉUTICO (N= 21).

	EMVS	IM5	EA1	EE2	AD2
EMVS		-.16 .25	.38 .05	.10 .33	.12 .30
IM5			-.22 .17	-.09 .35	-.35 .06
EA1				.24 .15	.38 .05
EE2					.16 .25

AD2

NOTA: EMVS: Miedo a volar sin autoimplicación; IM5: Miedo a la agresión;

EA1: Control personal y Reorganización; EE2: Adherencia al tratamiento; AD2: Cooperación subjetiva durante el vídeo; Primera línea: r_{xy} ; Segunda línea: P.

En dicha tabla vemos que no aparece ninguna correlación elevada y, únicamente, se presentan dos correlaciones que alcanzan la significación estadística. Las dos se dan con la variable "Control Personal y Reorganización" del Cuestionario de Estrategias de Afrontamiento (ESAFAC). Las variables que correlacionan con ella y de forma positiva ($r_{xy}=0,38$) son: "Miedo a Volar Sin Autoimplicación" del EMV y "Cooperación Subjetiva Durante el Vídeo" del cuestionario de Ansiedad Situacional (AS).

II.2.6.3. ANÁLISIS DE REGRESIÓN CON LAS VARIABLES PREDICTORAS.

Una vez vistos los compromisos de las distintas variables empleadas en este trabajo con el éxito terapéutico y examinadas las correlaciones que existen entre ellas, corresponde ahora realizar el análisis de regresión múltiple anunciado al comienzo de este capítulo. El tipo de procedimiento que se ha empleado con este análisis estadístico es el de "paso a paso" (stepwise) y hemos utilizado como variables predictoras la totalidad de las variables del epígrafe anterior ya que, como se ha visto, no existen correlaciones entre ellas que alcancen el punto de corte prefijado (0,40).

En la Tabla N° 83 se muestran los resultados alcanzados al introducir en el análisis de regresión las cinco variables resultantes: "Miedo a Volar Sin Autoimplicación" (EMVS), "Cooperación Subjetiva Durante el Vídeo" (AD2), "Miedo a la Agresión" (IM5),

"Control Personal y Reorganización" (EA1) y, finalmente, "Adherencia al Tratamiento" (EE2).

TABLA N° 83

REGRESIÓN MÚLTIPLE ENTRE LA VARIABLE ÉXITO Y LAS VARIABLES MIEDO A VOLAR SIN AUTOIMPLICACIÓN (EMVS), MIEDO A LA AGRESIÓN (IM5), CONTROL PERSONAL Y REORGANIZACIÓN (EA1), ADHERENCIA AL TRATAMIENTO (EE2) Y COOPERACIÓN SUBJETIVA DURANTE EL VUELO (AD2).

VARIABLES	R	R ²	R ² A	C.F	B	E.T.B.	BETA
1. EMVS	.60	.35	.32	10.29	6.54	2.04	.59
2. EE2	.75	.56	.51	8.41	2.14	.74	.46
3. IM5	.83	.69	.64	7.56	-3.41	1.24	-.37

VARIABLES EN LA ECUACIÓN						
	B	E.T.B.	BETA	F	SIG.F	
EMVS	5.42	1.50	.49	12.97	.0022	
EE2	2.01	.63	.43	10.04	.0056	
IM5	-3.41	1.24	-.37	7.56	.0137	
(ConstantE)	-91.16	47.72		3.65	.0731	

NOTA: R: Correlación múltiple; R²: Coeficiente de determinación; R²A: Coeficiente de determinación ajustado; C.F.: Cambio de F; F: Valor de F; **: p<.01; ***: p<0,001; B:

Coefficiente de regresión no estandarizado; E.T.B.: Error típico de B; BETA: Coeficiente de regresión estandarizado.

Como se puede observar en la tabla, entran tres variables en la ecuación de regresión. Teniendo en cuenta el coeficiente de determinación ajustado, vemos que la variable que primero entra en el análisis y que explica el mayor porcentaje de varianza es la de "Miedo a Volar sin Autoimplicación" (EMVS), seguida de la variable "Adherencia al Tratamiento" (EE2), entrando en último lugar la variable "Miedo a la Agresión" (IM5). Estas tres variables determinan, en su conjunto, una validez predictiva aceptable (64%). Por lo tanto, se puede predecir con una cierta garantía que se beneficiaran más del programa de Auto-Regulación aquellas personas que antes de comenzar la terapia cumplan varios requisitos: sufran un nivel alto de miedo a aquellos elementos relacionados con viajar en avión que no se refieran al vuelo en sí; se adhieran de forma adecuada al tratamiento, y tengan menos miedo ante situaciones provocadas por otros que conlleven posibles amenazas a su integridad física.

II.2.6.4. ANÁLISIS DISCRIMINANTE ENTRE LOS GRUPOS EXTREMOS DE ÉXITO.

Con objeto de valorar la capacidad predictiva de las cinco variables en grupos extremos de éxito, nos propusimos realizar un análisis discriminante con aquellos pacientes que habían fracasado en el tratamiento y con aquellos que habían logrado niveles muy satisfactorios de mejoría.

En la Tabla N° 83 se muestra un resumen de los resultados que arrojó el discriminante cuando se introducen las cinco variables mencionadas: "Miedo a Volar Sin Autoimplicación" (EMVS), "Miedo a la Agresión" (IM5), "Control Personal y Reorganización" (EA1),

"Adherencia al Tratamiento" (EE2) y, finalmente, "Cooperación Subjetiva Durante el Vídeo" (AD2).

TABLA 83

RESUMEN DEL ANÁLISIS DISCRIMINANTE ENTRE LOS GRUPOS EXTREMOS DE ÉXITO. VARIABLES INCLUIDAS INICIALMENTE: EMVS, AD2, IM5, EA1 Y EE2.

1) RESUMEN DE PASOS

PASO	VARIABLE INCLUIDA	LAMBDA WILKS	SIGN	V RAO	SIGN	CAMBIO V	SIGN
1	MIEDO A LA AGRESIÓN (IM5)	.63	.05	5.36	.03	5.36	.02
2	CONTROL PERSONAL Y R. (EA1)	.49	.06	9.31	.01	3.95	.05

2) FUNCIÓN DISCRIMINANTE

FUNCION	V. PROPIO	% VARIANZA	CORRELACIÓN CANÓNICA	DESPUÉS FUNCION	LAMBDA WILKS	CHI CUADRADO	G.L.	SIGN
1	1.03	100.00	.71	: 0 ;	.49	5.68	2	.06

3) COEFICIENTES TIPIFICADOS

VARIABLE	FUNCION 1
MIEDO A LA AGRESIÓN (IM5)	1.00
CONTROL PERSONAL Y REORGANIZACIÓN (EA1)	-.69

4) COEFICIENTES DE CORRELACIÓN ENTRE LA FUNCIÓN Y LAS VARIABLES

VARIABLE	FUNCION 1
MIEDO A LA AGRESIÓN (IM5)	.76
CONTROL PERSONAL Y REORGANIZACIÓN (EA1)	-.35

5) VALOR DE LOS CENTROIDES

GRUPO	FUNCION 1
GRUPO DE FRACASO	1.01
GRUPO DE ÉXITO	-.84

6) CLASIFICACIÓN DE CASOS

GRUPO REAL	Nº DE CASOS	PREDICCIÓN A G. DE FRACASO	PREDICCIÓN A GRUPO DE ÉXITO
GRUPO DE FRACASO	5	(5) 100.0%	(0) 0.0%
GRUPO DE ÉXITO	6	(2) 33.3%	(4) 66.7%
PORCENTAJE DE CASOS CORRECTAMENTE CLASIFICADOS:			81.8%

En la tabla podemos ver que han entrado dos variables en el análisis discriminante: "Miedo a la Agresión" (IM5) y "Control Personal y Reorganización" (EA1). Estas dos variables promueven cambios significativos en la V de Rao pero no consiguen que la función discriminante alcance la significación estadística. No

obstante, consiguen un porcentaje de clasificaciones correctas de casi el ochenta y dos por ciento del conjunto de los dos grupos. Esta función clasifica a la perfección (100%) al grupo de personas que van a fracasar con este programa de tratamiento, pero no identifica muy bien a los que van obtener grandes beneficios con él.

Como conclusión de este capítulo podemos decir que se ha obtenido un conjunto de tres variables ("Miedo a Volar sin Autoimplicación" (EMVS), "Adherencia al Tratamiento" (EE2) y "Miedo a la Agresión" (IM5), que explican un porcentaje aceptable de la variabilidad del éxito terapéutico. Sin embargo, estas variables junto con las de "Control Personal y Reorganización" (EA1) y "Cooperación Subjetiva Durante el Vídeo" (AD2) que superaron el punto de corte establecido, tienen un poder discriminativo entre los grupos extremos de ese éxito bastante limitado.

III. RESUMEN Y CONCLUSIONES

Este trabajo ha sido llevado a cabo con el objetivo de determinar la validez clínica de un programa de intervención que, basado en los procedimientos sugestivos de la Auto-Regulación Emocional, fue elaborado con el propósito de eliminar un tipo de fobia específica que no ha sido demasiado investigada en el área de los tratamientos psicológicos.

Para cumplir con el objetivo de validación del programa de intervención, se ha utilizado un diseño experimental en el que la variable independiente era la aplicación *versus* no aplicación del tratamiento. Para llevar a cabo el diseño, se ha utilizado una muestra clínica que se dividió en dos grupos de personas con fobia a volar en avión. Estos dos grupos, control y experimental, mostraron un grado de homogeneidad aceptable en las distintas variables demográficas, dependientes y de generalización que se tomaron en el momento de evaluación previo a la administración del programa de tratamiento.

Una vez se aplicó el tratamiento o se dejó pasar el tiempo equivalente, la evaluación que se llevó a cabo marcó una evolución de los dos grupos marcadamente diferente. El grupo control no mostró cambios significativos en el sentido de mejora, entre los dos momentos de evaluación, en ninguna de las variables dependientes utilizadas y, por lo que respecta a las variables de generalización, se registró la misma evolución, es decir, de no mejoría. Estos resultados -indicadores de que, ni el mero transcurso del tiempo ni de los posibles eventos que pudieron acaecer durante el período de espera, modificaban sensiblemente esas variables-, nos permitían extraer conclusiones, con un mínimo de confianza, sobre la progresos manifestados por el grupo experimental.

La progresión del grupo experimental fue muy clara tanto en la totalidad de las preguntas consideradas de la entrevista diagnóstica como en el resto de las variables dependientes de autoinforme (las

cinco escalas de miedo a volar y las del cuestionario de ansiedad situacional durante la prueba análoga). Por lo que se refiere a los registros psicofisiológicos de la prueba análoga, los avances en el sentido de mejora son claros, sobre todo, por lo que se respecta a la tasa cardíaca. En cuanto a los efectos positivos de generalización, hay que señalar que éstos se vieron en la casi totalidad de las escalas que miden sintomatología psicopatológica (IM y PSI-2). Destacando, entre ellas, la evolución positiva de las escalas de "Acrofobia y Claustrofobia" del IM y la de "Ansiedad" del PSI-2.

Al comparar las puntuaciones de los dos grupos en el segundo pase de pruebas, las diferencias que surgieron fueron significativas en las cinco preguntas de la entrevista diagnóstica, en las cinco escalas de miedo a volar (EMV y EPAV) y en dos de las escalas del cuestionario de ansiedad situacional durante la prueba análoga: "Dificultad" y "Ansiedad", probablemente las más relevantes. En cuanto a las respuestas psicofisio-lógicas, surgieron diferencias significativas, tanto en la tasa cardíaca como en la tensión muscular. Sobre todo por lo que se refiere al momento del vídeo durante el vuelo. Por lo que respecta a las variables de generalización, también se obtuvieron diferencias significativas en algunas escalas del inventario de miedos y del inventario de síntomas psicopatológicos.

También se analizó la evolución experimentada por los dos grupos teniendo en cuenta el criterio independiente de la entrevista diagnóstica. La evolución fue marcadamente diferente. Las personas integradas dentro del grupo control permanecieron en los dos niveles máximos de miedo. Tres de ellas quedaron encuadradas, tras el período de espera, en el nivel inmediatamente superior. Solamente una bajó al inmediatamente inferior. El resto de las personas de este grupo (diecisiete), se mantuvo en el mismo nivel de miedo. Las personas integradas en el grupo experimental, en cambio, descendieron en su mayoría (dieciocho) a algún nivel

inferior tras la aplicación del programa de tratamiento, y ninguna quedó encuadrada en una categoría superior.

Se realizaron análisis discriminantes con los dos grupos utilizados en los dos pases de pruebas. Los resultados del análisis correspondiente al primer pase mostró una función discriminante que era incapaz de discriminar a los dos grupos en función de las variables dependientes utilizadas. Por contra, el discriminante que utilizó esas variables en el segundo pase de pruebas, fue capaz de clasificar correctamente al noventa por ciento de las personas del conjunto de los dos grupos.

Se efectuaron también análisis discriminantes entre cada uno de esos dos grupos, en el segundo pase de pruebas, con un grupo extremo de personas sin ningún miedo a volar. Cuando se comparó el grupo control de espera con el grupo no fóbico, se consiguió clasificar correctamente al cien por cien de las personas de los dos grupos. Cuando se realizó el análisis discriminante entre el grupo experimental y el grupo sin miedo a volar la función discriminante fue bastante menos clara y hubo adscripción errónea de personas al grupo que no pertenecían realmente, trasvasándose un trece por ciento de las personas sin miedo al grupo experimental y casi un veinticuatro por ciento del grupo experimental al grupo sin miedo a volar. El porcentaje de casos correctamente clasificados no alcanzó el ochenta y cuatro por ciento.

Cuando se agruparon los dos grupos control y experimental, en el segundo pase de pruebas, en un grupo fóbico y, este grupo resultante, se comparó con el grupo de personas sin miedo, el análisis multivariado correspondiente arrojó una función discriminante que fue lo suficientemente potente como para clasificar correctamente a la totalidad de las personas del grupo sin miedo a volar. También la totalidad de las personas del grupo control quedó correctamente clasificada en el grupo fóbico. Sin

embargo, trece de las veintiuna (62%) personas del grupo experimental pasaron a quedar encuadradas como si pertenecieran al grupo sin ningún miedo a volar.

Al analizar el mantenimiento de los resultados -a los seis meses de aplicado el tratamiento- en las personas que habían superado con éxito el programa, se pudo apreciar, en general, una consolidación de los resultados. No obstante, se observaron ciertos deterioros en las mejoras obtenidas en las variables dependientes. De las quince personas evaluadas en el seguimiento, una de ellas pasó del nivel extremo de ningún miedo a volar, según el criterio de la entrevista IDG-FV, a la categoría inmediatamente superior de miedo moderadamente bajo. De las cinco escalas de miedo a volar, en cuatro se han mantenidos los beneficios logrados tras el tratamiento y tan sólo en una de ellas ("Miedo a Volar Sin Autoimplicación"), se ha experimentado una reducción significativa de la mejora obtenida por la intervención terapéutica. Por lo que se refiere a la prueba análoga, se han mantenido los logros obtenidos en las dos respuestas psicofisiológicas. En el cuestionario de ansiedad situacional durante la prueba ha habido cambios significativos hacia el deterioro en las variables "Dificultad" y "Ansiedad". No obstante, tal decremento de la mejora no ensombrece el avance experimentado por el grupo experimental tras el tratamiento en esas variables. Por lo que respecta a las variables de generalización los logros alcanzados en las variables de sintomatología psicopatológica se mantuvieron sin cambios significativos.

Al examinar las diferencias entre las puntuaciones obtenidas en el pre-tratamiento y el seguimiento por este subgrupo de éxito, vemos que esas diferencias son altamente significativas en cuatro de las cinco escalas de miedo a volar. En la quinta ("Miedo a Volar Sin Autoimplicación"), como se preveía al ver el deterioro reflejado en el párrafo anterior, no se alcanzó la significación estadística. Por lo que respecta a las variables psicofisiológicas registradas en la prueba

análoga, hemos visto que las diferencias eran significativas en los dos momentos de las dos respuestas consideradas. En las escalas de ansiedad situacional durante la prueba análoga, se reflejan cambios significativos o muy significativos en todas las escalas, hecho que confirma que el deterioro sufrido entre el post-tratamiento y el seguimiento, en las dos escalas ya señaladas ("Dificultad" y "Ansiedad"), no impide que se sigan alcanzando diferencias significativas en esas variables. En relación a las variables de generalización se obtuvieron diferencias significativas en aquellas variables que más relación tienen con los trastornos fóbicos.

Por lo que se refiere a la predicción de los resultados terapéuticos, hay que señalar que se encontraron tres variables provenientes de las distintas áreas consideradas (miedo a volar, expectativas y miedos en general), que demostraron una capacidad predictora adecuada.

Por lo expuesto hasta este momento, pensamos que ya tenemos un mínimo de información para poder establecer, con un mínimo de garantías, si se han cumplido o no las predicciones que avanzamos al comienzo de la parte experimental de este trabajo. Así, respecto a la primera de ellas, que el programa elaborado sobre las bases de la Terapia de Auto-Regulación Emocional sirve como estrategia terapéutico para eliminar o, al menos, reducir el miedo a volar en avión, se ve confirmada en un grado aceptable.

La segunda predicción aventuraba que la eficacia del tratamiento dependía, en parte, de la expectativa de éxito que las personas atribuyan a la terapia. De las tres escalas del Cuestionario de Expectativas de Éxito Terapéutico (EVEX-MV), la que más en consonancia estaría con esta predicción sería la de "Expectativas Positivas sobre la Eficacia del Tratamiento". Sin embargo, esta escala no correlacionó de forma significativa con el éxito. No obstante, el análisis de regresión realizado, estableció que otra escala de ese

cuestionario ("Adherencia al Tratamiento"), explicaba el diecinueve por ciento de la varianza del éxito. Con estos resultados podemos decir que la predicción, si se cumple, lo hace de forma matizada: más que las expectativas sobre el éxito estrictamente hablando, es la disposición de la persona a cumplir con las instrucciones que se le señalen lo que predice, en parte, el éxito terapéutico. Aunque, naturalmente, para que una persona decida seguir las instrucciones, tiene que estar convencida, en alguna medida, de que éstas le van a llevar a la mejora de su trastorno.

La tercera predicción señalaba que la puntuación alcanzada en la escala de Auto-Regulación Emocional no predecía el éxito. Esta predicción se ha cumplido plenamente pues no se han obtenido correlaciones significativas entre éste y las puntuaciones obtenidas en el total de la escala o en las referidas a los apartados de auto-control o hetero-control.

La cuarta predicción establecía que este programa de tratamiento tendría efectos de generalización sobre la escala del Inventario de Miedos (IM) llamada "Acrofobia y Claustrofobia". En función de los resultados obtenidos por el grupo control (que no experimentó cambios significativos) y por el grupo experimental (que mejoró de forma altamente significativa) y, que al comparar a los grupos en el segundo pase de pruebas, se dieron diferencias altamente significativas, podemos afirmar que esta predicción también se ha visto confirmada en el post-tratamiento.

Por lo que se refiere a la quinta predicción, que hacía referencia a que el programa sería eficaz con independencia del tipo de respuesta de ansiedad de la persona, no podemos realizar afirmaciones rotundas en ningún sentido. Las correlaciones con el éxito no han alcanzado significaciones estadísticas con las variables psicofisiológicas consideradas ni con las escalas de pensamientos catastrofistas o manifestaciones fisiológicas (EPAV), ni con la

pregunta de la entrevista IDG-FV relativa a la conducta de evitación. No obstante, sí se alcanza la significación en la variable de la ansiedad percibida después de visualizado el vídeo (AD3), que correlaciona negativamente (-.37) con el éxito terapéutico. Con estos resultados se podría decir que, aunque parece que no hay compromiso claro con ningún canal de respuesta, hay algún indicio de que el programa pudiera funcionar más con aquellas personas en las que prima el canal cognitivo en las manifestaciones de su ansiedad. Sin embargo, esta variable no se introdujo en el análisis de regresión por varios motivos: no superó el punto de corte establecido (0,40) y correlacionó por encima del mismo con las variables "Miedo a la Agresión" (IM5) y "Cooperación" (AD2), que sí entraron.

La sexta predicción hacía referencia a que el programa tendría efectos positivos de generalización en la capacidad de relajación, medida por el cuestionario CAP-REL, de las personas tratadas. En principio, hay que decir que la predicción no se cumple y ello por dos razones evidentes. La primera, porque no se producen cambios significativos, entre el primer y segundo pase, en las personas del grupo experimental. La segunda, porque al comparar a los dos grupos en el segundo pase de pruebas, tampoco se dan diferencias significativas. Sin embargo, en el subgrupo de las personas tratadas que obtuvieron éxito con el programa, aunque no experimentaron cambios entre el post-tratamiento y el seguimiento, sí redujeron su dificultad para relajarse entre el pre-tratamiento y el seguimiento.

Respecto a la séptima predicción que señalaba que el programa tendría efectos de generalización sobre las variables de afrontamiento del ESAFAC. Hay que señalar lo mismo que en el caso anterior para una de las variables del cuestionario: "Abatimiento y Desesperanza".

La octava y última predicción adelantaba que las variables "Hipocondría" y "Ansiedad" experimentarían efectos de generalización por la aplicación del programa de intervención. Los resultados indican que la predicción se cumple para la variable "Hipocondría" y no para la de "Ansiedad". Así, aunque cuando se compararon el antes y el después en el grupo experimental se dieron cambios significativos en las dos variables (sobre todo en la de "Ansiedad"), cuando se compararon, en el segundo pase, a los grupos control y experimental, tan sólo la variable de "Hipocondría" arrojó diferencias significativas.

En conclusión, parece que el programa de intervención ha demostrado un grado de eficacia aceptable para provocar mejoras duraderas en las variables autoinformadas y psicofisiológicas que evalúan el miedo a viajar en transporte aéreo, tanto a nivel bivariado como multivariado. También consigue que los beneficios obtenidos por el programa, se extiendan a otras variables no tratadas específicamente aunque sí muy relacionadas con el trastorno fóbico, como son la variable del Inventario de Miedos "Acrofobia y Claustrofobia" y la del Inventario de Sintomatología Psicopatológica "Hipocondría". Y, además, hemos de comentar que los pacientes que obtuvieron éxito señalaron la agradabilidad y la sensación de no esfuerzo con que siguieron el tratamiento.

Por otra parte, se han detectado variables que pueden predecir aceptablemente el éxito terapéutico. Así, a mayor nivel de ansiedad reflejada en la escala del EMV "Miedo a Volar Sin Autoimplicación", evaluada previamente al tratamiento, haría pensar que se va a obtener mayor éxito en la intervención. Lo mismo ocurriría cuando la persona acudiera percibiéndose con una mayor "Adherencia al Tratamiento". En menor grado, también predeciría el éxito el que la persona tuviera poco "Miedo a la Agresión". No obstante, las conclusiones de este trabajo han de verse como un primer acercamiento y sólo futuras investigaciones que incluyan muestran

más numerosas podrán establecer más definitivamente la validez clínica de este programa terapéutico, así como cuestiones relativas a la eficacia y a la eficiencia del mismo.

IV. REFERENCIAS

- Agathon, M. (1977). Thérapie comportementale de la peur de voler chez les aviateurs de métier. *Acta psychiat. Belg.*, 77, 105-117.
- Agras, S., Sylvester, D., & Oliveau, D. (1969). The Epidemiology of Common Fears and Phobias. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 151-156.
- Aitken, R.C., Lister, J.L. & Main, C.J. (1981). Identification of features associated with flying phobia in Aircrew. *Brit. J. Psychiat.* 139, 38-42.
- Aitken, R.C., Daly, R.J., Rosenthal, S.V. & Lister, J.L. (1970). Treatment of flying phobia in trained aircrew. *Proc. roy. Soc. Med.* 63, 882-886.
- Amigó, S. (1990). Terapia de Auto-Regulación: Fundamentos Teóricos y Estudio de Caso Clínico. *Revista Española Terapia del Comportamiento*, 8, 261-275.
- Amigó, S. (1992a). *Manual de Terapia de Autorregulación*. Valencia: Promolibro.
- Amigó, S. (1992b). Terapia de Autorregulación y reproducción voluntaria de los efectos de la cafeína: estudio experimental de caso único. *Información Psicológica*, 49, 46-50.
- Amigó, S. (1993a). Terapia de Auto-Regulación: Nuevas Perspectivas en Psicoterapia. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.), *Hipnosis, Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental*. (pp. 83-115). Valencia: Promolibro.
- Amigó, S. (1993b). Reproducción voluntaria de los efectos de la cocaína y el éxtasis por medio de la Terapia de Auto-Regulación. *Información Psicológica*, 53, 17-26.

- Amigó, S. (1994). Self-Regulation Therapy and the Voluntary Reproduction of Stimulant Effects of Ephedrine: Possible Therapeutic Applications. *Contemporary Hypnosis*, 11, 108-120.
- Amigó, S. & Capafons, A. (1996). Emotional Self-Regulation Therapy for Treating Primary Dysmenorrhea and Premenstrual Distress. En S.J. Lynn, I. Kirsch, & J.W. Rhue (Eds.), *Casebook of clinical hypnosis*. (pp. 153-171). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Anderson, H.G. (1919). *The medical and surgical aspects of flying*. London: Oxford Medical Publication.
- Antony, M.M. & Barlow, D.H. (1997). Fobia específica. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psico-lógicos*. (pp. 3-24). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Araoz, D.L. (1985). *The New Hypnosis*. New York: Brunner/ Mazel, Inc.
- Arnarson, E.Ö., Tómasdóttir, N.H. & Porsteinsson, 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.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (40 Edición) (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Avero, P. (1996). *La desensibilización sistemática como estrategia de intervención para la fobia a viajar en transporte aéreo*. La

Laguna: Tesis de Doctorado no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna.

- 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.
- Bakal, P.A. (1981). Hypnotherapy for flight phobia. **The American Journal of Clinical Hypnosis**, 23, 248-251.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. **Psychological Review**, 84, 191-215.
- Bánjai, E.I. (1991). Toward a social-psychobiological model of hypnosis. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), **Theories of hypnosis. Current models and perspectives** (pp. 564-598). New York: Guilford Press.
- Bánjai, E.I. & Hilgard, E.R. (1976). A comparison of active-alert hypnotic induction with traditional relaxation induction. **Journal of Abnormal Psychology** 85, 218-224.
- Barber, J. (1991). The Locksmith Model: Accessing Hypnotic Responsiveness. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), **Theories of hypnosis. Current models and perspectives** (pp. 241-274). New York: Guilford Press.
- Barber, T.X. (1969). **Hypnosis: A scientific approach**. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Barber, T.X. (1979). Suggested ("Hypnotic") Behavior: The Trance Paradigm Versus an Alternative Paradigm. En E. Fromm & R.

- Shor (Eds.), ***Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives*** (pp. 217-271). New York: Aldine Publishing Company.
- Barber, T.X. (1985). Hypnosuggestive procedures as catalysis for psychotherapies. En S.J. Lynn & J.P. Garske (Eds.), ***Contemporary psychotherapies. Models and methods*** (pp. 333-375). Columbus, OH: Charles E. Merrill.
- Barber, T.X. & Wilson, S. (1977). Hypnosis, suggestions, and altered states of consciousness: experimental evaluation of new cognitive-behavioral theory and the traditional trance-state theory of "hypnosis". ***Annals of the N.Y. Academy of Sciences***, 296, 34-74.
- Bassman, S.W. & Wester, W.C. (1992). ***Hypnosis, Headache, and Pain Control: An Integrative Approach***. Columbus. Ohio Psychology Publications, Inc.
- Bates, B.L. (1993). Individual Differences in Response to Hypnosis. En J.W. Rhue, J.S. Lynn & I. Kirsch (Eds), ***Handbook of Clinical Hypnosis*** (pp. 23-54). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Bayot, A., Capafons, A. & Amigó, S. (1995). ***Tratamiento del hábito de fumar. Tabaco y Terapia de Auto-Regulación Emocional: Un programa estructurado para dejar de fumar***. Valencia: Promolibro.
- Bayot, A., Capafons, A & Cardeña, E. (1997). Emotional Self-Regulation Therapy: A New and Efficacious Treatment for Smoking. ***American Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*** 40, 146-156.

- Beckham, J.C., Vrana, S.C., May, J.G., Gustafson, D.J. & Smith, G.R. (1990). Emotional processing and fear measurement synchrony as indicators of treatment outcome in fear of flying. **J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.**, 21, 153-162.
- Bernstein, D.A. & Beaty, W.E. (1971). The use of in vivo desensitization as part of a total therapeutic intervention. **J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.**, 2, 259-265.
- Binet, A. (1900). **La Suggestibilité**. Paris: Schleicher Frhres.
- Bowers, K.S. & Davidson, T.M. (1991). A Neodissociative Critique of Spanos's Social-Psychological Model of Hypnosis. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), **Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives**. (pp. 105-143). New York: Guilford Press.
- Bregelmann, J.C. (1967). Bedingte Reaktionen, Lerntheorie und Psychiatrie. En C.J. Hogrefe (Ed.), **Psychiatrie der Gegenwart, BIA**.
- Bregelmann, J.C. (1975). Personalidad y rendimiento. En V. Pelechano (Dir.), **Psicología estimular y modulación**. (pp. 215-253). Madrid: Marova.
- Brown D.P & Fromm, E. (1987). **Hypnosis and Behavioral Medicine**. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Burrows, G.D. (1978). Hypnosis in the management of airplane phobias. En F.H. Frankel & H.S. Zamansky (Eds.), **Hypnosis at its bicentennial**. (pp. 247-254). New York: Plenum Press.
- 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.

- Capafons, A. (1991, abril). **"Hipnosis y Terapia de Auto-Regulación: Aspectos Teóricos, Aplicaciones y Sugerencias de Desarrollo"**. Comunicación presentada en el II Congreso Internacional "Latini Dies". Sitges.
- Capafons, A. (1992, abril). **Terapia de Auto-Regulación: Resultados Empíricos de Investigación**. Ponencia presentada en el Simposium Iberoamericano sobre Sueño e Hipnosis. Granada.
- Capafons, A. (1993a). Investigación empírica y terapia de auto-regulación. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.), **Hipnosis, terapia de auto-regulación e intervención comportamental**. (pp. 119-149). Valencia: Promolibro.
- Capafons, A. (1993b). **Apuntes de psicoterapia de modificación de conducta**. Valencia: Promolibro.
- Capafons, A. (1994, Agosto). **Empirical Validation of Self-Regulation Therapy for Smoking and Obesity**. Comunicación presentada en el 102 Congreso de la APA. Los Angeles.
- Capafons, A. (1998). Hipnosis clínica: Una visión cognitivo-comportamental. **Papeles del Psicólogo**, 69, 71-88.
- Capafons, A. (en prensa, a). Applications of emotional self-regulation therapy. En I. Kirsch, A. Capafons, E. Cardeña & S. Amigó (Eds.), **Clinical hypnosis and self-regulation: Cognitive-behavioral perspectives**. Washington, D.C: American Psychological Association.

- Capafons, A. & Amigó, S. (Eds.). (1993a). **Hipnosis, terapia de auto-regulación e intervención comportamental**. Valencia: Promolibro.
- Capafons, A. & Amigó, S. (1993b). Hipnosis y Terapia de Auto-Regulación. En J.A. Cruzado, F.J. Labrador & M. Muñoz (Eds.), **Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta** (pp. 457-476). Madrid: Pirámide.
- Capafons, A. & Amigó, S. (1993c). **Hipnosis y Terapia de Auto-Regulación (Introducción práctica)**. Madrid: Eudema.
- Capafons, A. & Amigó, S. (1995). Emotional Self-Regulation Therapy for Smoking Reduction: Description and Initial Empirical Data. **The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**. *XLIII*, 7-19.
- Capafons, A., Amigó, S. & Bayot, A.. (1992a). "Terapia de Auto-Regulación y Tratamiento del Hábito de Fumar: Resultados Obtenidos al Finalizar el Tratamiento y Primeros Datos Sobre el Seguimiento. **Revista Española de Drogodependencias**, *17*, 269-277.
- Capafons, A., Casas, C., & Amigó, S. (1997). Emotional self-regulation therapy: Application to fat and weight reduction. En P.J. Hawkins & J.N. Nestoros (Eds.), **Psychotherapy: New perspectives on theory, practice, and research** (pp. 577-592). Athens: Ellinika Grammata.
- Capafons, 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, J.I. (1992). ***Estudio psicopatológico y estrategias de intervención para la fobia a volar en transporte aéreo***. Informe parcial correspondiente al segundo año de investigación. Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno Autónomo de Canarias. Mineo.

Capafóns, J.I. (1995). ***Fobia a viajar en transporte aéreo: Estudio de los determinantes del éxito terapéutico***. Informe final correspondiente al tercer año de investigación. Consejería de Educación, Cultura y Deportes del Gobierno Autónomo de Canarias. Mineo.

Capafóns, J.I. (1997). Cognitive therapy. En P.J. Hawkins & J.N. Nestoros (Eds.), ***Psychotherapy: New perspectives on theory, practice, and research*** (171-194). Athens: Ellinika Grammata.

Capafóns, J.I., Herrero, M., Sosa, C.D. & Viña, C.M. (1993, julio). ***Validación de un video como situación análoga para evaluar el miedo a volar***. Comunicación presentada en el XXIV Congreso interamericano de Psicología. Santiago de Chile.

Capafóns, J.I., Herrero, M., Sosa, C.D., Viña, C.M. & Capafons, A. (1993). Terapia de Auto-Regulación Emocional y Eliminación de la Fobia a Volar. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.), ***Hipnosis, Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental***. (259-269). Valencia: Promolibro.

Capafóns, J.I., Sosa, C.D., Herrero, M. & Viña, C.M. (1997). The assessment of fear flying: Elaboration and validation of a video-Tape as an analogous situation of a flight. ***European Journal of Psychological Assessment***, 13, 118-130.

- Capafóns, J.I., Sosa, C.D. & Averó, P. (1997). La desensibilización sistemática en el tratamiento de la fobia a viajar en transporte aéreo. *Psicothema*, 9, 17-25.
- Cardena, E. (1995). Trastornos disociativos. En V. Caballo, G. Buela-Casal & J.A. Carrobes (dirs), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. (pp. 493-523). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Cardena, E., Alarcón, A., Capafons, A., & Bayot, A. (1998). Effect on suggestibility of a new method of active alert hypnosis. *International Journal of clinical and Experimental Hypnosis*, 45, 280-294.
- Casas, C. & Capafons, A. (1996). *Tratamiento del sobrepeso y exceso de grasa. Terapia de Auto-Regulación Emocional para la reducción de la grasa corporal*. Valencia: Promolibro.
- Cautela, J. (1966). A behavior therapy approach to pervasive anxiety. *Behavior Research & Therapy* 4, 99-111.
- Coe, W.C. (1980). Expectations, hypnosis, and suggestion in behavior change. En F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), *Helping people change*. (pp. 423-469). New York: Pergamon Press.
- Coe, W.C. & Sarbin T.R. (1991). Role Theory: Hypnosis from a Dramaturgical and Narrational Perspective. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives*. (pp. 303-323). New York: Guilford Press.
- Crawford, H.J. & Barabasz, A.F. (1993). Phobias and Intense Fears: Facilitating Their Treatment With Hypnosis. En J.W. Rhue, J.S.

- Lynn & I. Kirsch (Eds), **Handbook of Clinical Hypnosis** (pp. 311-337). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Cruzado, J.A., Labrador, F.J., & Muñoz, M. (1993). Desensibilización sistemática. En J.A. Cruzado, F.J. Labrador & M. Muñoz (Eds.), **Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta** (pp. 396-421). Madrid: Pirámide.
- 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.
- Daly, R, Aitken, R.C. & Rosenthal, S.V. (1970). Flying phobia: phenomenological study. **Proc. roy. Soc. Med.** 63, 878-882.
- de Groh, M. (1989). Correlates of Hipnotic Susceptibility. En N.P. Spanos & J.F. Chaves (Eds), **Hypnosis: The Cognitive-Behavioral Perspective** (pp. 32-63). Buffalo, NY: Prometheus Books.
- de Groot, H.P., & Gwynn, M.I. (1989). Trance Logic, Duality, an Hidden Observer Responding. En N.P. Spanos & J.F. Chaves (Eds), **Hypnosis: The Cognitive-Behavioral Perspective** (pp. 187-205). Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Denholtz, M.S. & Mann, E.T. (1974). An audiovisual program for group desensitization. **J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat**, 5, 27-29.
- Denholtz, M.S. & Mann, E.T. (1975). An automated audiovisual treatment of phobias administered by non-professionals. **J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat**, 6, 111-115.

- Denholtz, M.S., Hall, L.A. & Mann, E.T. (1978). Automated treatment for flight phobia: A 3 1/2 Year Follow-up. ***Am. J. Psychiat***, 135, 1340-1343.
- Deran, R. & Whitaker, K. (1980). Fear of flying: Impact on de U.S. Air Travel Industry. ***Boeing Company Document #BCS-00009-RO/OM***.
- Deyoub, P.L. & Epstein, S.J. (1977). Short-term hypnotherapy for the treatment of flight phobia: a case report. ***American Journal of Clinical Hypnosis***, 19, 251-254.
- Diamond, M.J. (1974). Modification of hypnotizability: A review. ***Psychological Bulletin***, 81, 180-193.
- Diamond, M.J. (1977a). Issues and methods for modifying responsivity to hypnosis. ***Annals of the N.Y. Academy of Sciences***, 296, 119-128.
- Diamond, M.J. (1977b). Hypnotizability is modifiable: An alternative approach. ***International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis***, 25, 147-166.
- Diamond, M.J. (1989). The Cognitive Skills Model: An Emerging Paradigm for Investigating Hypnotic Phenomena. En N.P. Spanos & J.F. Chaves (Eds), ***Hypnosis: The Cognitive-Behavioral Perspective*** (pp. 380-399). Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Dowd, E.T. (1991). Hipnoterapia. En V.E. Caballo (Ed.). ***Manual de Técnicas de Terapia y modificación de conducta***. (pp. 688-710). Madrid: Siglo XXI.

- Edmonston, W.E. (1991). Anesis. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), ***Theories of Hypnosis. Current Models and Perspectives*** (pp. 197-237). New York: Guilford Press.
- Ekeberg, O, Seeberg, I. & Ellertsen, B.B. (1988). The prevalence of flight anxiety in Norwegian Airline Passengers. ***Scandinavian Journal of Behaviour Therapy***, 17, 213-222.
- Ekeberg, O, Seeberg, I. & Ellertsen, B.B. (1989). The prevalence of Flight Anxiety in Norway. ***Nord Psykiatr Tidsskr***, 43, 443-448.
- Ekeberg, O, Seeberg, I. & Ellertsen, B.B. (1990). A cognitive/behavioral treatment program for flight phobia, with 6 months' and 2 years' follow-up. ***Nord Psykiatr Tidsskr***, 44, 365-374.
- Ellenberger, H.F. (1970). ***The discovery of the unconscious***. New York: Basic Books.
- Fellows, B.J. (1990). Current theories of hypnosis: A critical overview. ***British Journal of Experimental and Clinical Hypnosis***, 7, 81-92.
- Fourie, D.P. (1991). The Ecosystemic Approach to Hypnosis. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), ***Theories of Hypnosis. Current Models and Perspectives*** (pp. 466-481). New York: Guilford Press.
- Frauman, D.C., Lynn, S.J. & Brentar, J.P. (1993). Prevention and Therapeutic Management of "Negative Effects" in Hypnotherapy. En J.W. Rhue, J.S. Lynn & I. Kirsch (Eds), ***Handbook of Clinical Hypnosis***. (pp. 95-120). Washington, D.C.: American Psychological Association.

- Fromm, E. & Shor, R.E. (1979) (Eds), ***Hypnosis: Developments in Research and New Perspectives***. New York: Aldine Publishing Company.
- Fromm, E. & Nash, M.R. (1992) (Eds), ***Contemporary Hypnosis Research***. New York: Guilford Press.
- Fromm, E. (1992). An Ego-Psychological Theory of Hypnosis. En E. Fromm & M.R. Nash (Eds), ***Contemporary Hypnosis Research***. New York: Guilford Press.
- Gelly, R.M., Agathon, M. & Duffaut, M. (1975). La place des thérapies comportementales dans le traitement de la peur du vol. ***Médecine et Armée***, 3, 277- 282.
- Gibbons, D.E. (1979). ***Applied Hypnosis and Hyperempiria***. New York: Plenum Press.
- Gibbons, D.E. (1990). Hypnosis with phobic reactions. En D. C. Hammond (Ed.), ***Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*** (pp. 177-178). New York: Norton & C.
- Girodo, M. & Roehl, J. (1978). Cognitive preparation and coping self-talk: Anxiety Management during the stress of flying. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology***, 46, 978-989.
- Golden, W.L., Dowd, E.T. & Friedberg, F. (1987). ***Hypnotherapy: a modern approach***. New York: Pergamon Press.
- Goldfried, M.R. (1971). Systematic desensitization as training in self-control. ***J. Con. & Clin. Psychol***, 37, 228-234.

- González Ordi, H. & Miguel-Tobal, J.J. (1993). Aplicaciones de las técnicas de hipnosis en el ámbito de la modificación cognitivo-conductual. *Información Psicológica*, 53, 41-51.
- Goorney, A.B. (1970). Treatment of aviation phobias by behaviour therapy. *Brit. J. Psychiat.* 117, 535-544.
- Goorney, A.B. & O'Connor, P.J. (1971). Anxiety associated with flying. A retrospective survey of Military Aircrew Psychiatric casualties. *Brit. J. Psychiat.* 119, 159-166.
- Gravitz, M.A. (1991). Early Theories of Hypnosis: A Clinical Perspective. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives* (pp. 19-42). New York: Guilford Press.
- Greco, T.S. (1989). A cognitive-behavioral approach to fear of flying: A practitioner's guide. *Phobia Practise and Research Journal*, 2, 3-14.
- Greist, J.H., & Greist, G.L. (1981). *Fearless flying: A passenger guide to modern airline travel*. Chicago: Nelson Hall.
- Gursky, D.M. & Reiss, S. (1987). Identifying danger and anxiety expectancies as components of common fears. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 18, 317-324.
- Haug, T., Brenne, L., Johnsen, B.H., Berntzen, D., Götestam, K.G. & Hugdahl, K. (1987). A three-systems analysis of fear of flying: A comparison of a consonant vs. a non-consonant treatment method. *Behavior Research & Therapy*, 25, 187-194.
- Hammond, D.C. (1990). *Handbook of Hypnotic Suggestions and Metaphors*. New York: Norton & C.

- Heap, M. (1991). Introduction to Hypnosis. En M. Heap & W.Dryden (Eds.), *Hypnotherapy: a Handbook* (pp. 1-14). Philadelphia: Open University Press.
- Heap, M. (1991). Role and Uses of Hypnosis in Psychotherapy. En M. Heap & W. Dryden (Eds.), *Hypnotherapy: a Handbook* (pp. 15-30). Philadelphia: Open University Press.
- Heider, F. (1944). Social perception and phenomenal causality. *Psychological Review*, 51, 358-374.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Hilgard, E.R. (1978). States of Consciousness in Hipnosis: Divisions or Levels? En F. H. Frankel & H. S. Zamansky, *Hypnosis at its Bicentennial*.(pp. 15-56). New York: Plenun Press.
- Hilgard, E.R. (1991). A Neodissociation Interpretation of Hypnosis. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives* (pp.83-104). New York: Guilford Press.
- Hilgard, E.R. (1992). Dissociation and Theories of Hypnosis. En E. Fromm & M.R. Nash (Eds), *Contemporary Hypnosis Research* (pp. 70-101). New York: Guilford Press.
- Hilgard, J.R. (1970). *Personality and Hypnosis: A Study of Imaginative Involvement*. Chicago: University of Chicago Press.
- 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 controlled investigation. *Behavior Therapy*, 14, 557-567.
- Hull, C.L. (1933). *Hypnosis and suggestibility: An experimental approach*. New York: Appleton Cent. Crofts.
- James, W. (1890). *Principles of Psychology*. Massachussets: Harvard Univ. Press. (Reimpr., 1981)
- Kamiya, J. (1968). Conscious control of brain waves. *Psychology Today*, 1, 57-60.
- Karoly, P. (1974). Multicomponent behavioral treatment of fear of flying: A case report. *Behavior Therapy*, 5, 265-270.
- Katz, N.W. (1975). *Comparative efficacy of sleep/trance instructions and behavior modification procedures in enhancing hypnotic suggestibility*. Tesis doctoral. Washington University. St. Louis, Mo.
- Katz, N.W. (1978). Hipnotic Inductions as Training in Cognitive Self-Control. *Cognitive Therapy and Research*, 2, 365-369.
- Kirsch, I. (1990). *Changing Expectations: a Key to Effective Psychotherapy*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.
- Kirsch, I. (1991). The Social Learning Theory of Hypnosis. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), *Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives* (pp. 439-465). New York: Guilford Press.
- Kirsch, I. (1993). Cognitive-Behavioral Hypnotherapy. En J.W. Rhue, J.S. Lynn & I. Kirsch (Eds), *Handbook of Clinical*

- Hypnosis** (pp. 151-171). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kirsch, I. (1993). Hipnoterapia CognitivoComportamental. Expectativas y Cambio de Comportamiento. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.), **Hipnosis, Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental** (pp. 45-61). Valencia: Promolibro.
- Kirsch, I., & Council, J.R. (1989). Response Expectancy as a Determinant of Hypnotic Behavior. En N.P. Spanos & J.F. Chaves (Eds), **Hypnosis: The Cognitive-Behavioral Perspective** (pp. 360-379). Buffalo, NY: Prometheus Books.
- Kirsch, I. Council, J.R. (1992). Situational and Personality Correlates of Hypnotic Responsiveness. En E. Fromm & M.R. Nash (Eds.), **Contemporary Hypnosis Research** (pp. 267-291). New York: Guilford Press.
- Kirsch, I. & Lynn, S.J. (1995). The Altered State of Hypnosis. Changes in the Theoretical Landscape. **American Psychologist**, 50, 846-858.
- Kirsch, I., Lynn, S.J., & Rhue, J.W. (1993). Introduction to Clinical Hypnosis. En J.W. Rhue, J.S. Lynn, & I. Kirsch (Eds), **Handbook of Clinical Hypnosis** (pp. 3-22) Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Kirsch, I., Montgomery, G., & Sapirstein, G. (1995). Hypnosis as an Adjunct to Cognitive- Behavioral Psychotherapy: A Meta-Analysis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 63, 214-220.

- Kroger, W.S., & Fezler, W.D. (1976). ***Hypnosis and behavior modification: imagery conditioning***. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Lamontagne, Y. & Roy, I. (1978). Importance de la désensibilisation systématique dans le traitement de la phobie de l'avion. ***Psychologie Médicale***, 10, 2567-2570.
- Laurence, J. R. & Perry, C. (1988). ***Hypnosis, will and memory: A psycholegal history***. New York: Guilford Press.
- Lazarus, A.A. (1979). Algunas aplicaciones clínicas de la autohipnosis. En H.J. Eysenck (Ed.), ***Experimentos en Terapia de Conducta. Métodos de Condicionamiento*** (pp. 373-379). Madrid: Editorial Fundamentos. (Trabajo original publicado en 1958).
- Lazarus, A.A. (1973). "Hypnosis" as a facilitator in behavior therapy. ***The International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis***, 21, 25-31.
- Levitt, E.A. (1975). Procedural issues in the systematic desensitization of an air-travel phobia. ***New Zealand Psychologist***, 4, 2-9.
- López, M. (1996). ***El entrenamiento en biofeedback como estrategia de intervención para la fobia a viajar en avión***. La Laguna: Tesis de Doctorado no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna.
- Lynn, S.J., Kirsch, I., & Rhue, J.W. (1996). Maximizing Treatment Gains: Recommendations for the Practice of Clinical Hypnosis. En S.J. Lynn, I. Kirsch & J.W. Rhue (Eds.), ***Casebook of Clinical***

Hypnosis. (pp. 395-406). Washington, DC: American Psychological Association.

Lynn, S.J. & Rhue, J.W (1991). An Integrative Model of Hypnosis. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), **Theories of Hypnosis: Current Models and Perspectives.** (pp. 397-438). New York: Guilford Press.

Lynn, S.J Kirsch, I. Neufeld, J., & Rhue, J.W (1996). Clinical hypnosis: Assessment, Applications, and Treatment Considerations. En S.J. Lynn, I. Kirsch & J.W. Rhue (Eds.), **Casebook of Clinical Hypnosis.** (pp. 3-30). Washington, DC: American Psychological Association.

Lynn, S.J., Martin, D. & Frauman, D.C. (1996). Does hypnosis pose special risks for negative effects? **International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis**, 44, 7-19.

Maher, W.B. & Maher, B.A. (1995). Una breve historia de la psicopatología. En V.E. Caballo, G. Buena-Casal & J.A. Carrobbles (Eds.), **Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos.** (pp. 3-61). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Marks, I. (1972). Flooding (implosion) and related treatments. En Agras, W.S. (Ed.). **Behavior modification** (pp. 151-214). Boston: Little, Brown.

Marks, I. (1991). **Miedos, fobias y rituales.** (vol I y II). Barcelona: Martínez Roca (Orig. 1987).

Meichenbaum, D. (1975). Self-instructional methods. En F.H. Kanfer & A.P. Goldstein (Eds.), **Helping people change.** New York: Pergamon Press.

- Meichenbaum, D. (1977). ***Cognitive-behavior modification: an integrative approach***. New York: Pergamon Press.
- McMulin, R.E. & Giles, T.R. (1981). ***Cognitive Behavior Therapy: A Restructuring Approach***. New York: Grune & Straton.
- McNally, R.J. & Louro, C.E. (1992). Fear of Flying in Agoraphobia and simple phobia: Distinguishing features. ***Journal of Anxiety Disorders***, 6, 319-324.
- Miller, N.E. (1961). Integration of neurophysiological and behavior research. ***Annals of the New York Academy of Sciences***, 92, 830-839.
- Miller, N.E. (1964). Learning of visceral and glandular responses. ***Science***, 163, 434-445.
- Morgenstern, A.L. (1966). Fear of flying and the counterphobic personality. ***Aerospace Medicine***, 37, 404-407.
- Nash, M.R. (1991). Hypnosis as a special case of psychological regression. En S.J. Lynn & J.W. Rhue (Eds.), ***Theories of hypnosis: Current models and perspectives*** (pp. 171-194). New York: Guilford P.
- Nordlund, C.L. (1983). A questionnaire of Swedes' fear of flying. ***Scandinavian Journal of Behaviour Therapy***, 12, 150-168.
- Odessky, A. (1991). ***Medical Hypnosis and Methods for Self-Control***. New York: Vantage Press.
- Orne, M.T. (1962). Antisocial behavior and hypnosis: Problems of control and validation in empirical studies. En G.H.Estabrooks

- (Ed.), ***Hypnosis: Current problems*** (pp. 125-170). New York: Harper & Row.
- Öst, L.G., Johansson, J. & Jerremalm, A. (1982). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of claustrophobia. ***Behav. Res. Ther.***, *20*, 445-460.
- Paul, G.L. (1969). Behavior modification research: Design and tactics. En C.M. Franks (Ed.), ***Behavior therapy: Appraisal and status*** (pp. 29-62). New York: McGraw-Hill.
- Páez, D., Echeburúa, E., & Borda, M. (1993). Evaluación de la eficacia de los tratamientos psicológicos: Una Propuesta metodológica. ***Revista de Psicología General y Aplicada***, *46*, 187-198.
- Pelechano, V. (1973). ***Personalidad y parámetros: tres escuelas y un modelo***. Barcelona: Vicens-Vives.
- Pelechano, V. (1981). ***Miedos infantiles y terapia familiar natural***. Valencia: Alfaplús.
- Pelechano, V. & Avia, M.D. (1975). Dinámica estructural de la personalidad en función del análisis modulador. En V. Pelechano (Dir.) ***Psicología estimular y modulación*** (pp. 337-420). Madrid: Marova.
- Pelechano, V. & Ayuso, M.C. (1975). La Motivación en función del parámetro de cantidad-cualidad. En V. Pelechano (Ed.) ***Psicología estimular y modulación*** (pp. 255-293). Madrid: Marova.

- Pelechano, V. & Botella, C. (1985). Personalidad, Motivación y rendimiento en un modelo de parámetros. **Análisis y Modificación de Conducta**, 11, 177-223.
- Pérez, M. (1996). **Tratamientos psicológicos**. Madrid: Editorial Universitas, S.A.
- Perry, C. (1978). The abbé Faria: A neglected figure in the history of hypnosis. En F. H. Frankel & H. S. Zamansky, **Hypnosis at its Bicentennial** (pp. 37-45). New York: Plenum Press.
- Reeves, J.L. & Mealiea, W.L. (1975). Biofeedback-assisted cue-controlled relaxation for the treatment of flight phobias. **J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat**, 6, 105-109.
- Reinhardt, R.G. (1970). The flyer who fails: An adult situational reaction. **Am. J. Psychiatry**, 124, 740-744.
- Reuchlin, M. (1982). **Historia de la psicología**. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica (Orig. 1957).
- Rhue, J.W., Lynn, S.J. & Kirsch, I (1993). **Handbook of Clinical Hypnosis**. Washington, DC: American Psychological Association.
- Roberts, R.J. (1989). Passenger fear of flying: behavioural treatment with extensive in-vivo exposure and group Support. **Aviation, Space, and Environmental Medicine**, 60, 342-348.
- Rubio, V., Cabezuelo, F.J., & Castellano, M.A. (1996). **El miedo a volar en avión**. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Sach, L. & Anderson, W. (1967). Modification of hypnotic susceptibility. **International of Clinical and Experimental Hypnosis**, 15, 172-180.

- Sánchez, A. & Moix, J. (1993). Aplicación de la Auto-Regulación en Dismenorrea. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.), **Hipnosis, Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental** (pp. 271-275). Valencia: Promolibro.
- Sarbin, T.R. (1950). Contributions to role-taking theory: I. Hypnotic behavior. **Psychological Review**, 57, 225-270.
- Sarbin, T.R. & Coe, W.C. (1972). **Hypnosis: A Social Psychological Analysis of Influence Communication**. New York: Holt, Rinehart and Winston, Inc.
- Sargent, J.D., Green, E.E., & Walters, E.D. (1973). Preliminary report on the use of autogenic feedback training in the treatment of migraine and tension headache. **Psychosomatic Medicine**, 35, 129-135.
- Schaap, C., Bennun, I., Schindler, L. & Hoogduin, K. (1993). **The therapeutic Relationship in Behavioural Psychotherapy**. Chichester: John Wiley & Sons.
- Schultz, J.H. (1932). **Das Autogene Training: Konzentrative Selbstentspannung** Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Scrignar, C.B., Swanson, W.C., & Bloom, W.A. (1973). Case histories and shorter communications. **Behav. Res. & Therapy**, 1973, 11, 129-131.
- Solyom, L., Shugar, R., Bryntwick, S., & Solyom, C. (1973). Treatment of fear of flying. **Am. J. Psychiatry**, 130, 423-427.
- Sosa, C.D., Bastarrica, C., Viña, C.M., Herrero, M., & Capafóns, J.I. (1993, julio). **Estudio descriptivo de la fobia a volar a través de**

la entrevista IDG-FV. Comunicación presentada en el XXIV Congreso Interamericano de Psicología. Santiago de Chile.

Sosa, C.D. & Capafóns, J.I. (1995). Fobia específica. En V. Caballo, G. Buela-Casal, & J.A. Carrobles (dirs), **Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos.** (pp. 257-284). Madrid: Siglo XXI.

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.

Spanos, N.P. & Chaves, J.F. (Eds) (1989). **Hypnosis: The Cognitive-Behavioral Perspective.** Buffalo, NY: Prometheus Books.

Spiegel, D. (1994). A definition without a definition. **Contemporary Hypnosis, 11,** 151-152.

Spiegel, H., & Spiegel, D. (1978). **Trance and treatment: Clinical uses of hypnosis.** New York: Basic Books.

Spiegel, D., Frischholz, E., Maruffi, B., & Spiegel, H. (1981). Hypnotic Responsivity and the Treatment of Flying Phobia. **The American Journal of Clinical Hypnosis, 23,** 239-247

Spinhoven, P (1987). Hypnosis and Behavior Therapy: a Review. **The international Journal of Clinical and Experimental Hypnosis, 35,** 8-31.

Tatsuoka, M.M. (1971). **Multivariate Analysis: Techniques for Educational and Psychological Research.** New York: John Wiley.

- Timm, S.A. (1977). Systematic Desensitization of a phobia for flying with the use of suggestion. *Aviat, Space, Environ. Med.* 48, 370-372.
- Tortosa, F., González-Ordi, H. & Miguel-Tobal, J.J. (1993). Estado Alterado de Consciencia vs. no Estado. Un Formato Remozado para una Controversia Clásica. En A. Capafons & S. Amigó (Eds.), *Hipnosis, Terapia de Auto-Regulación e Intervención Comportamental* (pp. 9-43). Valencia: Promolibro.
- Viña, C.M. (1996). *Un programa basado en entrenamiento retribucional como estrategia de intervención para la fobia a viajar en avión*. La Laguna: Tesis de Doctorado no publicada. Facultad de Psicología, Universidad de La Laguna.
- Walder, C.P., McCracken, J.S., Herbert, M., James, P.T. & Brewitt, N. (1987). Psychological intervention in Civilian flying phobia: Evaluation and a Three-Year follow-up. *British J. of Psychiatry*, 151, 494-498.
- Weitzenhoffer, A.M. (1978). What Did He (Bernheim) Say? En F. H. Frankel & H. S. Zamansky, *Hypnosis at its Bicentennial*. (pp. 47-56). New York: Plenum Press.
- Weitzenhoffer, A.M. (1989). *The Practice of Hypnotism*. (Vol. 1) New York: John Wiley & Sons.
- Weitzenhoffer, A.M. (1989). *The Practice of Hypnotism*. (Vol. 2) New York: John Wiley & Sons.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, Ca: Stanford University Press.

Wolberg, L.R. (1948). ***Medical Hypnosis*** (Vol. 1). New York: Grune & Stratton.

Wright, M.E. & Wrihgt, B.A. (1987). ***Clinical Practice of Hypnotherapy***. New York: Guilford Press.

Wundt, W. (1892). ***Hipnotismus und Suggestion***. Leipzig: Engelmann.

V. APÉNDICES

APÉNDICE N° 1: PREGUNTAS DE LA IDG-FV Y DE LA IDG-FV-post UTILIZADAS EN ESTE ESTUDIO.

ENTREVISTA IDG-FV

INSTRUCCIONES

A continuación voy a hacerle una serie de preguntas acerca de su historia personal. Todas sus respuestas son absolutamente confidenciales y quedarán protegidas por el secreto profesional, por tanto le ruego que responda con la mayor sinceridad.

APELLIDOS:..... NOMBRE:.....

CÓDIGO DE IDENTIFICACIÓN: ____

SEXO

Mujer..... 0

Hombre..... 1

EDAD.....: ____

ESTADO CIVIL

Soltero..... 0

Casado..... 1

Viudo..... 2

Separado..... 3

Divorciado..... 4

NUMERO DE HIJOS (Nueve o más = 9)

Varones.....: ____

Mujeres.....: ____

DOMICILIO: Calle:.....

Ciudad:..... Provincia:.....
 Menos de 10.000 habitantes..... 0
 De 10.000 a 50.000 habitantes..... 1
 Más de 50.000 habitantes..... 2
 Capitales de provincia..... 3

FECHA DE CUMPLIMENTACIÓN DEL
 CUESTIONARIO:.....

1. Ocupación

Ama de casa..... 0
 Obrero(a) o empleado(a) no especializado(a)..... 1
 Obrero(a) o empleado(a) especializado(a)..... 2
 Técnico(a) especializado(a)..... 3
 Profesión con título universitario..... 4
 Empresario(a)..... 5
 Estudiante..... 8
 Parado(a) o jubilado..... 9

2. Nivel educativo que usted posee

No sabe leer ni escribir..... 0
 Sabe leer y escribir..... 1
 Educación General Básica..... 2
 Enseñanzas Medias..... 3
 Estudios Universitarios..... 4

37. Cuánto miedo a viajar en avión diría Vd. que tiene: Nada, algo, mucho o muchísimo?

Nada..... 0
 Algo..... 1
 Mucho..... 2

Muchísimo..... 3

40. Viaja en avión cuando no le queda otro remedio?

No corresponde (no tiene miedo a viajar en avión)..... 0
 Sí pero se lo pasa algo mal..... 1
 Sí pero se lo pasa bastante mal..... 2
 Sí pero se lo pasa muy mal..... 3
 No, nunca..... 4

43. Durante el viaje en avión, ¿ha tenido Vd. alguna de las siguientes manifestaciones o sensaciones?

0= NO; 1= ALGUNA VEZ; 2= MUCHAS VECES; 3= SIEMPRE;
 9= NUNCA HA VIAJADO

FRECUENCIA

Dificultades para respirar..... 0 1 2 3 9
 Taquicardia, palpitaciones..... 0 1 2 3 9
 Opresión o dolor en el pecho..... 0 1 2 3 9
 Sudoración..... 0 1 2 3 9
 Mareos..... 0 1 2 3 9
 Temblores..... 0 1 2 3 9
 Inquietud..... 0 1 2 3 9
 Molestias en el estómago..... 0 1 2 3 9
 Náuseas..... 0 1 2 3 9
 Nudo en la garganta..... 0 1 2 3 9
 Tensión muscular..... 0 1 2 3 9
 Escalofríos..... 0 1 2 3 9
 Miedo a volverme loco..... 0 1 2 3 9
 Miedo a perder el control de sí mismo..... 0 1 2 3 9
 Sensación de que el miedo le domina..... 0 1 2 3 9
 Dificultad para pensar..... 0 1 2 3 9

Presión en los oídos-dolor de cabeza..... 0 1 2 3 9
 Frío..... 0 1 2 3 9
 Problemas afectivos (llanto, tristeza,...)..... 0 1 2 3 9
 Cambios en la piel (palidez, rojez,...)..... 0 1 2 3 9
 Otras sensaciones neurovegetativas (sequedad de boca, ganas de orinar,...).....0 1 2 3 9

44. De las siguientes cuestiones relacionadas con volar, dígame cuáles le dan miedo

0=NO LE DA MIEDO; 1=SI LE DA MIEDO; 9=NO CORRESPONDE, NO TIENE MIEDO

El que es un sitio cerrado..... 0 1 9
 La altura..... 0 1 9
 La multitud..... 0 1 9
 Que le pueda pasar algo y no pueda recibir ayuda..... 0 1 9
 El estar suspendido en el aire..... 0 1 9
 El hecho de que no está bajo su control..... 0 1 9
 Accidente, avería, bomba..... 0 1 9
 Problemas del piloto..... 0 1 9
 Fenómenos meteorológicos..... 0 1 9
 La actitud de los demás pasajeros..... 0 1 9
 El aterrizaje-despegue..... 0 1 9

48. De las siguientes estrategias dígame cuál ha utilizado para superar su malestar cuando tiene que viajar en avión y qué grado de eficacia les atribuye Vd.:

EMPLEA: 0=NO; 1=SI; **EFICACIA:** 0=NADA EFICAZ; 1=ALGO EFICAZ; 2=BASTANTE EFICAZ; 3=MUY EFICAZ; 5=NO TIENE MIEDO (EN TODAS); 8=NO HA VIAJADO NUNCA (EN TODAS)

EMPLA

EFICACIA

1 0 Toma pastillas para los nervios.....	47	0	1	2	3	5	8
1 0 Toma infusiones relajantes.....	49	0	1	2	3	5	8
1 0 Toma bebidas alcohólicas.....	51	0	1	2	3	5	8
1 0 Se dedica a comer.....	53	0	1	2	3	5	8
1 0 Evita mirar por la ventanilla del avión.....	55	0	1	2	3	5	8
1 0 Cierra los ojos o intenta dormir.....	57	0	1	2	3	5	8
1 0 Lee libros, revistas o periódicos.....	59	0	1	2	3	5	8
1 0 Se lleva trabajo para hacer.....	61	0	1	2	3	5	8
1 0 Juega o hace pasatiempos.....	63	0	1	2	3	5	8
1 0 Reza.....	65	0	1	2	3	5	8
1 0 Habla con alguien.....	67	0	1	2	3	5	8
1 0 Se dedica a informarse de detalles del vuelo....	69	0	1	2	3	5	8
1 0 Hace ejercicios de relajación.....	71	0	1	2	3	5	8
1 0 Lleva objetos que le dan suerte y le protegen....	73	0	1	2	3	5	8
1 0 Se obliga a pensar en otras cosas.....	75	0	1	2	3	5	8
10 Se dice a sí mismo/a que no hay motivo para el miedo.....	77	0	1	2	3	5	8
1 0 Mira a la cabina del piloto.....	79	0	1	2	3	5	8
1 0 Mira por la ventanilla.....	81	0	1	2	3	5	8
1 0 Toma precauciones previas (volar de día,...)....	83	0	1	2	3	5	8
1 0 Entra en la cabina.....	85	0	1	2	3	5	8

APÉNDICE N° 2: CUESTIONARIOS QUE EVALÚAN EL MIEDO A VOLAR.

CUESTIONARIO EMV

INSTRUCCIONES

A continuación le presentamos una serie de situaciones relacionadas con el vuelo. Esas situaciones pueden provocar miedo, ansiedad o sentimientos desagradables. Valore, por favor, cuánta ansiedad experimentaría usted si estuviese en esas situaciones.

Marque en la hoja de respuesta con un círculo el número que mejor indique su experiencia.

Cada uno de los números quiere decir lo siguiente:

- 0 = Absolutamente ninguna ansiedad.
- 1 = Alguna ansiedad.
- 2 = Bastante Ansiedad.
- 3 = Mucha ansiedad.
- 4 = Muchísima ansiedad.

1. Ver un avión en vuelo.
2. Ver un avión en Tv o en una película.
3. Oír hablar a otros sobre un viaje en avión.
4. Llevar a otros al aeropuerto.
5. Planificar un viaje en avión.
6. Tomar la decisión de viajar en avión (con el billete comprado)
7. Ir hacia el aeropuerto (cuando va a viajar en avión).
8. Esperar el momento de la salida.
9. Entrar en el avión.
10. Estar sentado dentro del avión mientras éste permanece todavía en tierra.
11. Se cierran las puertas del avión.
12. El avión toma la salida por la pista de despegue.
13. Oír la aceleración del motor.
14. El avión acelera y despegue.
15. El avión aumenta la altitud.
16. Mirar por la ventana durante el vuelo.
17. El avión se mueve por las nubes o el viento.
18. El avión vibra fuertemente por una turbulencia.
19. El avión empieza a descender.
20. El avión aterriza.
21. El avión pone el freno y reduce la velocidad.

ESCALA EPAV-(A)INSTRUCCIONES

A continuación se le presentarán una serie de ideas que pueden pasar por su mente mientras Vd. está realizando un vuelo en avión.

La tarea que tiene que realizar consiste en leer cada una de las frases y decidir hasta qué punto esas ideas pueden pasar por su mente cuando está en un avión, eligiendo para ello una de las siguientes alternativas:

- 0 = Nunca lo pienso.
- 1 = Alguna vez lo pienso.
- 2 = Bastantes veces lo pienso.
- 3 = Muchas veces lo pienso.

NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO. SEA SINCERO, POR FAVOR.

1. El avión podría chocar con otro avión.
2. El tren de aterrizaje podría no funcionar en el momento del aterrizaje.
3. El avión podría caerse desde el cielo y estallar.
4. Podrían atascarse uno o más motores del avión.
5. El avión podría perder gasolina en medio del aire.
6. Un ala podría caerse.
7. Uno de los motores podría incendiarse.
8. Uno de los motores podría desprenderse.
9. El avión podría entrar en medio de una tormenta.

ESCALA EPAV-(B)INSTRUCCIONES

A continuación se le presentan una serie de aspectos que podrían presentarse en caso de tener que volar en avión.

La tarea a realizar consiste en leer cada una de las frases y juzgar hasta qué punto es posible que Vd. experimente cada una de ellas durante un vuelo en avión y contestar eligiendo una de las 5 alternativas siguientes:

- 0 = Es muy difícil que ocurra.
- 1 = Es difícil que ocurra.
- 2 = Puede ocurrir (quizás sí, quizás no).
- 3 = Es fácil que ocurra.
- 4 = Es muy fácil que ocurra.

NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO, SEA SINCERO POR FAVOR.

1. Vd. podría sudar excesivamente.
2. Vd. podría sentirse mareado.
3. Vd. podría sentir náuseas.
4. Su corazón podría palpitar o latir muy rápido.
5. Su estómago podría retorcerse.
6. Vd. podría ponerse a temblar o tener sensación de inestabilidad.
7. Podría tener dificultad para pensar con claridad.
8. Podría ponerse nervioso.
9. Podría experimentar sensaciones corporales poco usuales.
10. Podría perder el control de sus sentimientos.

HOJA DE RESPUESTAS

EMV

APELLIDOS..... NOMBRE.....

FECHA

CLAVE DE RESPUESTA: (0) NINGUNA ANSIEDAD

- (1) ALGUNA ANSIEDAD
- (2) BASTANTE ANSIEDAD
- (3) MUCHA ANSIEDAD
- (4) MUCHÍSIMA ANSIEDAD

- | | | | |
|---------------|----------------|----------------|----------------|
| 1.- 0 1 2 3 4 | 7.- 0 1 2 3 4 | 13.- 0 1 2 3 4 | 19.- 0 1 2 3 4 |
| 2.- 0 1 2 3 4 | 8.- 0 1 2 3 4 | 14.- 0 1 2 3 4 | 20.- 0 1 2 3 4 |
| 3.- 0 1 2 3 4 | 9.- 0 1 2 3 4 | 15.- 0 1 2 3 4 | 21.- 0 1 2 3 4 |
| 4.- 0 1 2 3 4 | 10.- 0 1 2 3 4 | 16.- 0 1 2 3 4 | |
| 5.- 0 1 2 3 4 | 11.- 0 1 2 3 4 | 17.- 0 1 2 3 4 | |
| 6.- 0 1 2 3 4 | 12.- 0 1 2 3 4 | 18.- 0 1 2 3 4 | |

HOJA DE RESPUESTAS

EPAV-A

CLAVE DE REPUESTA: (0) NUNCA LO PIENSO

- (1) ALGUNA VEZ LO PIENSO
- (2) BASTANTES VECES LO PIENSO
- (3) MUCHAS VECES LO PIENSO

- | | | |
|-------------|-------------|-------------|
| 1.- 0 1 2 3 | 4.- 0 1 2 3 | 7.- 0 1 2 3 |
| 2.- 0 1 2 3 | 5.- 0 1 2 3 | 8.- 0 1 2 3 |
| 3.- 0 1 2 3 | 6.- 0 1 2 3 | 9.- 0 1 2 3 |

HOJA DE RESPUESTAS

EPAV-B

CLAVE DE REPUESTA: (0) MUY DIFÍCIL QUE OCURRA

(1) DIFÍCIL QUE OCURRA

(2) PUEDE OCURRIR

(3) ES FÁCIL QUE OCURRA

(4) ES MUY FÁCIL QUE OCURRA

1.- 0 1 2 3 4 4.- 0 1 2 3 4 7.- 0 1 2 3 4 10.- 0 1 2 3 4

2.- 0 1 2 3 4 5.- 0 1 2 3 4 8.- 0 1 2 3 4

3.- 0 1 2 3 4 6.- 0 1 2 3 4 9.- 0 1 2 3 4

APÉNDICE Nº 3: GUIÓN DEL VIDEO "VIAJE EN AVIÓN" PARA LA EVALUACIÓN DEL MIEDO A VOLAR.

1ª Escena.- Toda la escena aparece con la pantalla en negro. Mientras, se oye una voz en "off" que dice: "A continuación va a presenciar unas imágenes relativas a un viaje en avión. Imagine que es Vd. el pasajero y protagonista de esta historia, que eso le está ocurriendo a Vd., que está viviendo esa situación. Si le parece, comencemos y ¡buen viaje!".

2ª Escena.- La escena comienza con un teléfono con el auricular descolgado, cuyo cable, se dirige hacia la cámara. Tras un segundo se escucha una voz que, al otro lado de la línea telefónica, dice: "Hay plazas libres para ese vuelo que ha solicitado. No tiene problemas para viajar. Por favor, tome Vd. nota de la referencia: 42 A de Andorra, B de Barcelona, C de Cáceres y J de Juan. Tiene Vd. hasta el día 16 de tiempo límite para retirar su pasaje en cualquier agencia de Iberia. Se prevé buen tiempo para ese día. No creo que tenga ningún problema meteorológico. Gracias por viajar con nosotros. Buenas tardes".

(Tras estas palabras una mano, que no se puede identificar fácilmente ni como de hombre ni como de mujer, cuelga el auricular).

3ª Escena.- Recibidor de una casa decorada sencillamente, pero con gusto. La cámara va dirigiéndose hacia el dormitorio. Entra en él y se ve una cama con la mesita al lado. Encima de la cama se encuentra una maleta abierta. Se puede observar, por la iluminación, que es de día. A continuación, la cámara gira a su derecha y, tras un corte, se acerca al armario que hay a la izquierda de la cama. La misma mano que en la escena anterior abre una puerta corredera en la parte de arriba del armario y, posteriormente, otra puerta, de iguales características, en la parte de abajo. (Durante toda esta escena, para dar ambiente, se oye una voz, con un volumen más bien bajo, perteneciente a un programa de una emisora de radio). La mano va cogiendo de la parte de arriba del armario un neceser, toallas y varios jerseys. Tras esto, pasa a la parte de abajo y saca un pantalón y una chaqueta de cuero. Finalizada la labor de sacar las prendas que va a meter en la maleta, cierra las dos puertas del armario.

4ª Escena. La escena comienza con la cámara enfocando a la maleta que está abierta sobre la cama y la ropa, previamente extraída del armario, al lado. Las manos van cogiendo la ropa y colocándola en el interior de la maleta: primero los pantalones; luego, la chaqueta de cuero. Tras un encadenado, en que se pasa a una imagen en la que la maleta ya está casi totalmente llena, las manos colocan el neceser. Una vez llena la maleta, las manos proceden a cerrar la cremallera. Finalizada la operación, acaba la escena con un fundido a negro en el que desaparecen, poco a poco, tanto la imagen como el sonido ambiente.

5ª Escena.- La escena se desarrolla en la calle. Se ve aparecer a un taxi que dobla la esquina y se acerca a la cámara. Se detiene ante ella y, tras un corte, la cámara (el pasajero), ocupa el asiento delantero, al lado del taxista. Tras otro corte, la cámara, (supuestamente ya sentado el pasajero) mira a través del parabrisas delantero viendo una calle típica de Santa Cruz de Tenerife. La cámara contempla como el taxi se pone en marcha y tras desplazarse unos metros gira a la izquierda.

Después de un corte, la imagen se traslada a un punto determinado de las Ramblas donde se puede ver que hay coches alrededor. Otro corte lleva la imagen hasta otro punto de las Ramblas. Un tercer corte hace que la imagen se desplace hasta la confluencia de las Ramblas con la autopista. Después de incorporarse a ella y tras unos segundos rodando, se realiza un encadenado con otro punto de la autopista a la altura de Las Chumberas. Otro corte lleva la acción a la altura de la Estación de Guaguas de La Laguna. (Durante todo el recorrido del taxi, se oye una voz femenina que, desde la Central de la Compañía de Taxis, se comunica con otros taxistas). La cámara cambia de punto de vista girando a la derecha y, ahora, mira a través del cristal de su ventanilla. A través de ella, se ve el arcén derecho de la autopista y letreros de diversas empresas que se hayan en el recorrido hacia el aeropuerto. Tras cambiar de punto de vista, mira a través del parabrisas. Después de unos metros rodando de esta forma la cámara ve un letrero en el que se indica la proximidad del aeropuerto. Tras un encadenado, se ve que el taxi está atravesando el puente que pasa por encima de la autopista, dirigiéndose hacia las instalaciones del aeropuerto que se divisan enfrente. El taxi se dirige hacia la puerta "Salidas". (En este recorrido, se observan personas que van sacando maletas de coches aparcados al lado de las puertas de entrada). La cámara capta el letrero de "Salidas". Posteriormente, tras un corte, se puede ver que el taxi ya está parado. La cámara enfoca al taxista que dice: "Son mil quinientas

veinticinco". Se ve como la mano del pasajero entrega el dinero al taxista.

6ª Escena.- Entrada en las dependencias del Aeropuerto. Tras abrirse automáticamente las puertas, la cámara entra en la terminal del aeropuerto dirigiéndose hacia los mostradores de facturación. Tras un encadenado, la cámara se encuentra en la cola formada por varias personas delante de un mostrador de facturación. Después de un corte, la cámara se encuentra ya en el mostrador. Tras él, la empleada le saluda. Entrega el pasaje que recoge la empleada. Tras realizar las operaciones acostumbradas, entre las que se encuentra el pesar el equipaje y ponerle las pegatinas, le entrega el pasaje y la tarjeta de embarque, deseándole buen viaje.

Aquí, se hace un encadenado con la escena siguiente.

7ª Escena.- Esta escena se desarrolla en la Sala de Espera del Aeropuerto (por el punto de vista de la cámara se puede ver que el pasajero está sentado). Después de unos segundos de contemplar el panorama se oye, a través de megafonía, cómo se anuncia su vuelo para Fuerteventura indicándole la Sala de Embarque que tiene que utilizar. La cámara se levanta y se dirige hacia el puesto de control de metales. (Se observa que hay varias personas que, delante de ella, se dirigen hacia el mismo lugar). Tras un corte, la cámara ya se encuentra en la cola ante el dispositivo de control de metales. Después de pasar por él, la cámara se dirige hacia la cola que espera ante el mostrador de la Sala de Embarque.

8ª Escena.- La cámara entra en la Sala de Embarque. Antes, la azafata le recoge una parte del billete y le devuelve la Tarjeta de Embarque.

Mediante un encadenado se pasa a la escena siguiente.

9ª Escena.- Esta escena se desarrolla dentro de la Sala de Embarque. Se ve una panorámica de la sala en la que hay personas sentadas, otras están de pie y, otras, paseando. La sala no está ni vacía ni atestada de gente. La cámara enfoca sucesivamente a: un señor de edad madura que, sentado está leyendo el periódico; una pareja de jóvenes en vaqueros, él, leyendo el periódico y, ella, mirando a la gente; otra pareja algo más mayores más que la anterior; un señor de edad avanzada que, ensimismado, mira hacia el suelo. A continuación, se pasa a otra toma en la que se puede ver como la gente se va levantando y dirigiéndose hacia la puerta que comunica con el exterior. La cámara describe un movimiento como si se levantara y, poco a poco, se dirige hacia la puerta, parándose delante de ella esperando su turno para salir a la pista.

Seguidamente, a través de un encadenado se pasa a la escena número diez.

10ª Escena.- Tomada en el exterior del Aeropuerto (se puede observar que es un día gris, frío, ventoso y desapacible). Los pasajeros que se encuentran delante del protagonista del vídeo se dirigen a paso rápido al avión a través de las "calles" que hay en la pista de la terminal. Van andando debido a que el avión se encuentra bastante cerca (se ve que el avión tiene las hélices girando, y que está puesta la escalera con algunas personas subiendo por ella). La cámara a se pone detrás de la cola que se ha ido formando mientras se acercaba al avión. A través de un encadenado se pasa a otra escena en la que el protagonista ya está subiendo por la escalera y ve, delante suyo, la espalda de un señor de edad que sube despacio. El señor de pelo blanco entra en el avión y, el protagonista, detrás de él hace lo propio, siguiéndole.

Con un corte se pasa a la escena número once.

11ª Escena.- Esta escena tiene lugar en el interior del avión. El protagonista ya está sentado en la parte derecha del avión, en el asiento que da al pasillo. Se ve a una azafata mientras, por megafonía, se oye: "Le damos la bienvenida a bordo de nuestro avión CN-235, en el vuelo 418 con destino a Fuerteventura. La duración estimada del vuelo será de cincuenta minutos. Por favor, abróchense los cinturones de seguridad, mantengan los respaldos de sus asientos en posición vertical, y no fumen hasta que las señales indicadoras se apaguen. Como medida suplementaria conserve los cinturones abrochados durante el vuelo. Gracias".

Tras un corte se pasa a la escena siguiente.

12ª Escena.- La cámara enfoca hacia el exterior del avión. Se observan, desenfocadas, unas gotas de agua en los cristales exteriores de la ventanilla. A través de ella, se ve parte del motor, con la hélice girando. Mientras, se oye por megafonía a la azafata que repite las instrucciones anteriores, en inglés; oyéndose, como fondo, el ruido del motor.

El protagonista está dirigiendo su vista sólo hacia la pista, no viendo nada de las instalaciones del aeropuerto ni del paisaje.

El avión se pone en marcha y el protagonista levanta poco a poco la vista y puede ver ahora, a través de la hélice que gira, las instalaciones de la terminal del aeropuerto. A continuación, los hangares y el paisaje a lo lejos. El avión se dirige hacia la pista de rodadura y se va viendo como el cristal exterior de la ventanilla se va llenando de gotas de agua. Se escucha claramente el ruido de los motores del avión. Se ven otros aviones estacionados en la pista, diversas instalaciones y campos a lo lejos. La cantidad de gotas de agua que salpican la ventanilla se va haciendo más y más grande. El avión gira y va entrando en la pista de despegue, viéndose claramente las rayas de demarcación. Una vez dentro de ella, se

detiene esperando el permiso para despegar. Mientras, se ve como las luces de la pista de despegue están encendidas y el cristal de la ventanilla se va llenando de gotas de agua cada vez más gruesas.

Tras un corte se pasa a la escena número trece.

13ª Escena.- Filmada en el interior del avión. Se ve a los pasajeros que la cámara tiene delante. Tras unos segundos, hay otro corte con el que se pasa a la siguiente escena.

14ª Escena.- Exterior del avión. El protagonista mira a través de la ventanilla y ve cómo el avión va acelerando sus motores y empieza a rodar por la pista de despegue. Va a acelerando su velocidad cada vez más y se ven pasando, a gran velocidad, las líneas blancas pintadas en la pista, mientras el ruido de los motores se hace más y más intenso. Recorre parte de la pista acelerando al máximo sus motores y... despegar.

A través de la ventanilla se puede observar como la pista de despegue se va haciendo más y más pequeña, apreciándose como el avión va ganando en altura. Se puede ver perfectamente como el disco que forma la hélice al girar, recortándose sobre los campos. El avión va introduciéndose paulatinamente en la niebla. Llega un momento en que todo lo que se ve a través de la ventanilla es la hélice girando y la blancura de la niebla que lo rodea todo.

Mediante un corte se pasa a la escena número quince.

15ª Escena.- Se desarrolla en el interior del avión teniendo lugar la demostración del equipo de emergencia. Se ve a los pasajeros que se mantienen sentados y a una azafata mientras, por megafonía, se les ruega atención, ya que se va a hacer la preceptiva demostración del equipo de emergencia: señalización de las puertas de salida de emergencia; uso adecuado del chaleco salvavidas;

instrucciones para la utilización correcta de la máscaras de oxígeno, etc. señalización el folleto de instrucciones que se encuentra en el asiento que cada uno de los pasajeros tiene delante suyo. Se finaliza la demostración invitando a los pasajeros a que consulten con el personal de vuelo ante cualquier duda. Todas estas instrucciones se escuchan tanto en castellano como en inglés, tras lo cual se pasa a la siguiente escena.

16ª Escena.- Exterior del avión: mar de nubes. En esta imagen, aparte de la hélice, sólo se ven nubes. Muy densas, muy blancas y sin que, a través de ellas, se pueda vislumbrar ni mar ni tierra. Tras unos segundos, las nubes van separándose poco a poco y puede observarse el mar. En él se aprecian zonas oscuras que son las sombras que proyectan las nubes al interrumpir el paso del sol. Posteriormente, esos claros que se habían abierto entre las nubes se van cerrando volviendo a ofrecer la imagen de un mar de nubes compacto. Más tarde, ese mar de nubes vuelve a entreabrirse poco a poco, esta vez sin volver a cerrarse.

Seguidamente se corta la imagen para continuar con la escena número diecisiete.

17ª Escena.- La cámara enfoca al interior del avión. En esta escena la cámara se mantiene dirigida al frente. Puede verse a una azafata que, con un pequeño cesto en una mano, va ofreciendo, amablemente, caramelos a los pasajeros. Se corta la escena para pasar a la escena número dieciocho.

18ª Escena.- Exterior del avión. En este plano se mantienen las nubes algodonosas de la anterior imagen exterior con la diferencia de que, ahora, las nubes han seguido abriéndose y se puede ver claramente partes de mar y del cielo. Seguidamente el pasajero va levantando la vista por encima del horizonte y se puede contemplar

el cielo está despejado por encima de las nubes que quedan entre el mar y el avión.

Tras un corte se pasa a la siguiente escena.

19ª Escena.- Interior del avión. Se ve cómo la azafata se dirige hacia un pasajero que se encuentra delante del protagonista del vídeo, hablan unos segundos y se dirige hacia la parte delantera del avión. Allí, la azafata coge un vaso, le echa agua y lo pone en una bandeja, entregándoselo al pasajero que la había solicitado. Otra azafata se dirige a la parte delantera del avión y abre la puerta de la cabina de los pilotos y vuelve a desaparecer por detrás del pasajero. Una pasajera se levanta viéndose que, por los movimientos del avión, se ve obligada a apoyarse en los respaldos de los asientos. Se dirige al servicio, necesitando la ayuda de la azafata para abrir la puerta.

Continúa la escena viéndose a los pasajeros que se entregan a diversas actividades: leer los folletos de instrucciones de emergencia, mirar por la ventanilla, etc. La pasajera sale del servicio y vuelve a sentarse en su asiento.

Con un corte se pasa a la escena número veinte.

20ª Escena.- Exterior del avión. Las nubes han ido dispersándose y sólo quedan pequeñas nubes blancas. Se ve perfectamente el mar debajo de ellas. La cámara, de estar mirando por la ventanilla que tiene más próxima, gira y cambia a la ventanilla que tiene un poco más a la derecha, y se mantiene mirando a través de ella.

Con un corte se pasa a la escena número veintiuna.

21ª Escena.- Esta escena se desarrolla en el interior del avión. El protagonista va mirando al resto de los pasajeros, viendo cómo una pasajera está moviéndose en su asiento.

Se realiza un corte para pasar a la siguiente escena.

22ª Escena.- Exterior del avión. Se ve el motor y, en primer plano, la hélice derecha del avión. La hélice se recorta en el cielo, en el que se divisan unas pequeñas nubes. Se oye claramente el ruido del motor. La vista del protagonista se dirige hacia el rotor de la hélice y, luego, a lo largo de todo el motor.

Esta escena se une con la siguiente a través de un corte.

23ª Escena.- Interior del avión. Una azafata, partiendo de la puerta de la cabina de los pilotos se dirige a la parte trasera del avión mientras va mirando a todos los pasajeros, desapareciendo por detrás de la cámara. Mientras, se recomienda por megafonía el que los pasajeros se abrochen los cinturones de seguridad. Tras la recomendación se pasa a la escena veinticuatro.

24ª Escena.- Exterior del avión. A través de la calina y de unas pequeñas nubes se ve que el avión está sobrevolando una cadena montañosa de la Isla de Fuerteventura. Esta vista da paso a la siguiente escena mediante un corte.

25ª Escena.- Desarrollándose en el interior del avión, se ve a los pasajeros, mirando todos al frente, sin leer, sin mirar por la ventanilla ni hacer las otras actividades que antes les ocupaban.

Con un corte se pasa a la escena número veintiséis.

26ª Escena.- Exterior del avión. Se ve, muy por debajo del avión, una gran extensión de playa (perteneciente a la llamada Costa Esmeralda) y el mar al fondo. El protagonista va dirigiendo su vista hacia arriba y ve que, por encima del horizonte, hay unas pequeñas nubes. Vuelve a dirigir su vista hacia abajo: hacia el mar, la playa y el resto del paisaje. Se corta para pasar a la siguiente escena.

27ª Escena.- Interior del avión. El protagonista pasea, por un instante, su vista por el resto de los pasajeros. Mediante un corte se continúa con la escena veintiocho.

28ª Escena.- Exterior del avión. En esta escena se divisa el mar solamente. Al mismo tiempo, por megafonía, se anuncia: "Dentro de unos momentos aterrizaremos en el aeropuerto de Fuerteventura".

Se corta esta escena para pasar a la veintinueve.

29ª Escena.- Interior del avión. Por unos segundos la cámara echa un vistazo al resto de los pasajeros. La escena se une con la número treinta mediante un corte.

30ª Escena.- Exterior del avión. El avión está próximo a tierra. Se ven pequeñas casitas aisladas, escasa vegetación y la desembocadura de un pequeño barranco en el mar. En éste ya se pueden apreciar las olas. El avión se va aproximando a la pista de aterrizaje y, después de desaparecer todo resto de vegetación, surge la negrura de la pista que llega a ocupar toda el campo de visibilidad que ofrece la ventanilla. El avión se sigue aproximando a la pista. Se ven pasar rápidamente marcas blancas de señalización. Tras continuar acercándose a la pista de aterrizaje, se nota claramente la toma de contacto sobre la tierra al bajar bruscamente, en el campo de visibilidad de la cámara, la ventanilla del avión. El

aterrizaje también se puede observar claramente en la intensidad del ruido que se percibe, debido a la carrera del avión sobre la pista. El avión continúa desplazándose por la pista de aterrizaje, mientras se oye un timbre de llamada a las azafatas. El ruido de los motores baja progresivamente de intensidad y, posteriormente, el avión gira dirigiéndose a la terminal del aeropuerto. Por megafonía se oye la voz de una azafata que les da la bienvenida a los pasajeros al Aeropuerto de Fuerteventura y se les recuerda la conveniencia de asegurarse de no dejar nada olvidado en el avión. Por último, se les ruega que no fumen hasta llegar a la terminal del aeropuerto. Durante la escucha de estas recomendaciones se puede ver a través de la ventanilla cómo se proyecta la sombra del motor y de la hélice sobre el asfalto de la pista de aterrizaje. La vista del protagonista se levanta poco a poco y pueden verse diversas instalaciones del aeropuerto. A continuación se ve como el avión va girando a su izquierda y continúa tras el coche que le guía a su lugar de estacionamiento.

A través de un corte se pasa a la última escena del vídeo.

31ª Escena.- Interior del avión. El protagonista puede ver y oír cómo los demás pasajeros empiezan a soltarse los cinturones de seguridad. Aparece una azafata que se dirige a la cabina de los pilotos. Tras abrir la puerta, permanece unos segundos con medio cuerpo dentro. Posteriormente, sale y se dirige a los pasajeros. Mientras, se percibe como va disminuyendo la intensidad del rugido de los motores. Finalizado el vuelo, los pasajeros empiezan a levantarse y a recoger sus maletas.

Tras un fundido a negro (tanto en imagen como en sonido), aparece un letrero en el que se ruega: "Por favor, permanezca así hasta que se encienda la luz. Gracias".

APÉNDICE N^o 4: CUESTIONARIO DE ANSIEDAD SITUACIONAL

CUESTIONARIO AS

V. PELECHANO

Los ítems de este cuestionario se refieren a sentimientos y modos de pensar que usted puede tener en este momento.

La tarea a realizar consiste en leer cada ítem y rodear con un círculo el número que mejor refleje lo que usted siente

LA SITUACIÓN ME PARECE (*EN AS-Después: ME HA PARECIDO*)

- | | | |
|-----------------------|-----------|---------------|
| 1. fácil | 1 2 3 4 5 | difícil |
| 2. ligera | 1 2 3 4 5 | pesada |
| 3. sin complicaciones | 1 2 3 4 5 | compleja |
| 4. llevadera | 1 2 3 4 5 | penosa |
| 5. solucionable | 1 2 3 4 5 | insoluble |
| 6. problemática | 1 2 3 4 5 | sin problemas |
| 7. confusa | 1 2 3 4 5 | clara |
| 8. liviana | 1 2 3 4 5 | agotadora |
| 9. incómoda | 1 2 3 4 5 | cómoda |
| 10. desagradable | 1 2 3 4 5 | agradable |
| 11. fácil de dominar | 1 2 3 4 5 | imposible |
| 12. fatigosa | 1 2 3 4 5 | descansada |
| 13. incomprensible | 1 2 3 4 5 | comprensible |
| 14. comprometedora | 1 2 3 4 5 | irrelevante |
| 15. sin pretensiones | 1 2 3 4 5 | pretenciosa |

DURANTE LA SITUACIÓN ME SIENTO (*EN AS-Después: ME HE SENTIDO*)

- | | | |
|----------------|-----------|--------------|
| 16. solícito/a | 1 2 3 4 5 | de mala gana |
| 17. a disgusto | 1 2 3 4 5 | gustoso/a |

18. propenso/a 1 2 3 4 5 reacio/a
 19. incomprensivo/a 1 2 3 4 5 comprensivo/a
 20. marginado/a 1 2 3 4 5 cooperador/a
 21. paciente 1 2 3 4 5 impaciente
 22. inflexible 1 2 3 4 5 complaciente
 23. comprometido/a 1 2 3 4 5 neutral
 24. inoportuno/a 1 2 3 4 5 oportuno/a
 25. retraído/a 1 2 3 4 5 servicial
 26. pesimista 1 2 3 4 5 optimista
 27. acrítico/a 1 2 3 4 5 crítico/a
 28. cordial 1 2 3 4 5 frío/a

(Continúa en la página siguiente)

29. fuera de ella 1 2 3 4 5 dentro de ella
 30. altruista 1 2 3 4 5 egoísta
 31. sosegado/a 1 2 3 4 5 excitado/a
 32. cohibido/a 1 2 3 4 5 desenvuelto/a
 33. tranquilo/a 1 2 3 4 5 nervioso/a
 34. angustiado/a 1 2 3 4 5 apacible
 35. liberado/a 1 2 3 4 5 acosado/a
 36. malhumorado/a 1 2 3 4 5 de buen humor
 37. aplicado/a 1 2 3 4 5 indolente
 38. pacífico/a 1 2 3 4 5 belicoso/a
 39. desagradable 1 2 3 4 5 agradable
 40. dominado/a 1 2 3 4 5 autónomo/a
 41. triste 1 2 3 4 5 contento/a
 42. sin presión 1 2 3 4 5 bajo presión
 43. desequilibrado/a 1 2 3 4 5 equilibrado/a
 44. esperanzado/a 1 2 3 4 5 desesperanzado/a
 45. insensible 1 2 3 4 5 hipersensibilizado
 46. concentrado/a 1 2 3 4 5 disperso/a
 47. sin aspiraciones 1 2 3 4 5 ambicioso/a
 48. desanimado/a 1 2 3 4 5 animado/a

49. vago/a	1	2	3	4	5	diligente
50. amodorrado/a	1	2	3	4	5	despejado/a
51. decidido/a	1	2	3	4	5	indeciso/a
52. descuidado/a	1	2	3	4	5	cuidadoso/a
53. pasivo/a	1	2	3	4	5	activo/a
54. tenaz	1	2	3	4	5	sin voluntad
55. responsable	1	2	3	4	5	irresponsable
56. capaz	1	2	3	4	5	incapaz
57. relajado/a	1	2	3	4	5	en tensión
58. interesado/a	1	2	3	4	5	desinteresado/a
59. descansado/a	1	2	3	4	5	cansado/a
60. dependiente	1	2	3	4	5	independiente

APÉNDICE Nº 5: INVENTARIO DE SÍNTOMAS PSICOPATOLÓGICOS (PSI-2).

A continuación encontrará usted una serie de afirmaciones que describen diversas experiencias o sentimientos de las personas. Lea cuidadosamente cada afirmación y ponga una cruz EN LA HOJA DE RESPUESTAS sobre la palabra SI, en el caso de que tal afirmación corresponda a lo que a usted le ocurre; en caso contrario, ponga una cruz sobre la palabra NO. En este inventario no existen respuestas correctas o erróneas por los que le rogamos que responda con la mayor sinceridad. La información que usted dé será absolutamente confidencial.

POR FAVOR NO DEJE NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR LE ROGAMOS QUE NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO

-
1. Alguien intenta influir en mis pensamientos para hacerme daño.
 2. A menudo noto que los desconocidos me miran con desconfianza.

3. Si tuviera valor para hacerlo, me quitaría la vida.
4. Soy incapaz de realizar cualquier cosa.
5. Es imposible que yo escape a un castigo justo.
6. Me encuentro mucho mejor tomando tranquilizantes y me resultaría difícil dejar de tomarlos.
7. A veces, objetos cotidianos, como mesas o sillas, tienen una apariencia rara.
8. A menudo me parece que mis manos o mis pies cambian de tamaño.
9. He pensado ya en la manera de quitarme la vida.
10. A veces tengo la sensación de apartarme de mi cuerpo.
11. Con frecuencia tengo la impresión de que mis huesos son demasiado blandos.
12. Incluso las personas conocidas tienen una apariencia extraña.
13. Noto como muertas mis entrañas.
14. La mirada de los demás es muy penetrante y atemorizante.
15. Soy una mala persona.
16. Sufro problemas digestivos.
17. Tengo algunos problemas en los que pienso constantemente.
18. Me es imposible liberarme de un cierto sentimiento de inquietud.
19. Me gustaría abofetear a algunas personas.
20. He perdido la noción del tiempo.
21. Observo cuidadosamente mi cuerpo, porque sé que en él algo no funciona como es debido.
22. A menudo veo puntos o manchas luminosas que se mueven delante de mí.
23. Cuando cierro los ojos, se me aparecen personas.
24. Noto claramente sabor a veneno en algunas comidas o bebidas.
25. Hay personas que intentan robarme mis pensamientos.
26. Se me aparece Dios (o Cristo).

27. Últimamente, el transcurso del tiempo se ha modificado de alguna manera, aunque me es imposible precisar de qué forma.

28. Últimamente, algunas cosas huelen de una manera muy rara.

29. A veces noto que me controlan a través de ondas o de rayos.

30. Hay momentos en que, sin motivo, me encuentro extraordinariamente alegre.

31. Tengo la costumbre de contar objetos sin importancia (postes de luz, baldosas, peldaños, etc.).

32. Cuando estoy con otras personas, escucho en ocasiones cosas extrañas que me molestan.

33. A veces noto como si algo se arrastrara bajo mi piel.

34. En alguna ocasión he notado que me han hipnotizado y me han obligado a hacer algo.

35. Ya nada me interesa.

36. A veces sufro crisis de risa o llanto incontrolables.

37. Creo poseer cualidades muy especiales de las que los demás carecen.

38. Frecuentemente he oído voces, sin que estuviese nadie presente.

39. Desde hace tiempo pienso constantemente que padezco una enfermedad.

40. Ahora me admiran más que nunca.

41. En ocasiones me noto totalmente paralizado.

42. Mis pensamientos van a una velocidad vertiginosa.

43. A veces noto que los retratos cobran vida y parecen respirar.

44. A veces noto como si flotase o me disolviese.

45. Tengo la sensación de estar constantemente amenazado por algo o por alguien.

46. Me es imposible cruzar un parque a solas.

47. Otras personas pueden leer mis pensamientos.

48. Tengo la impresión de que algunas personas son otras.

49. He oído voces que salían de la radio, de la TV, o de un

magnetofón y que me hablaban o hablaban acerca de mí.

50. Llevo mucho tiempo acudiendo a especialistas y no dan con lo que tengo.

51. Cuando leo, las letras a veces parecen extrañas, se mueven o se desvanecen.

52. Voy de sobresalto en sobresalto.

53. He notado cambios extraños en mi piel.

54. Muchos saben que yo debo cumplir una misión especial en esta vida.

55. Con los ojos abiertos he visto a personas que, sin embargo, estaban ausentes.

56. Me es imposible dormir por las noches.

57. Temo perder la razón.

58. Podría dormir todo el día.

59. Jamás hice algo que mereciera la pena.

60. Aun sin quererlo, y sin poder evitarlo, soy culpable de muchas cosas.

61. Me siento obligado a realizar algunas acciones una y otra vez.

62. Estoy siempre triste y no puede hacer nada para remediarlo.

63. En este momento, mi vida sexual es nula.

64. Mi corazón y mi circulación sanguínea ya no funcionan como antes.

65. En ocasiones se me queda la mente en blanco.

66. En ocasiones siento punzadas en el pecho.

67. He visto a mi alrededor personas, animales o cosas que otros no veían.

68. A veces me siento totalmente irreal.

69. Últimamente, el mundo me parece extraño e irreal.

70. Me da miedo estar en medio de una multitud.

71. Me aborrezco.

72. Frecuentemente me surgen tantos pensamientos a la vez, que me es imposible seguir ninguno.

73. Casi siempre temo por alguien.
74. A veces me dan arranques de furia en los cuales pierdo el control y golpeo lo que se me ponga por delante.
75. Me tortura la idea de que mi pareja me engañe.
76. A veces siento sabores especiales, sin saber de dónde vienen.
77. Tengo la sensación de haber hecho algo malo.
78. Ahora mi cuerpo huele mucho peor.
79. He tenido alguna experiencias religiosa fuera de lo común.
80. Últimamente siento con frecuencia la necesidad de vomitar.
81. A veces creo que alguien controla mis pensamientos.
82. He visto apariciones.
83. Estoy perdiendo la memoria.
84. Me da miedo utilizar objetos afilados o puntiagudos.
85. Pensándolo bien, el mundo me parece un lugar muy triste.
86. Soy una carga para los demás.
87. Me noto constantemente ansioso, aunque realmente no sé por qué razón.
88. Las relaciones sexuales no significan nada para mí.
89. Estoy totalmente de más en esta vida.
90. He llorado mucho últimamente.
91. Posiblemente soy muy miedoso.
92. A veces se me cortan los pensamientos a la mitad.
93. Realmente ignoro como salir adelante.
94. Hay una conspiración contra mí.
95. Cuando piso piedras o peldaños, debo hacerlo de una forma determinada.
96. A menudo he oído voces que conversaban entre sí, me daban instrucciones o hablaban de mí.
97. A menudo temo ponerme en ridículo.
98. Dudo acerca de quién soy yo.
99. Me pongo nervioso cuando debo ausentarme de casa, aunque sea por poco tiempo.
100. Me siento mejor por la tarde que por la mañana.

101. En ocasiones me atraviesan corrientes eléctricas.
102. A veces he notado que hay otra voz dentro de mi cabeza.
103. La mayor parte de la gente me odia.
104. Hay temporadas en las que tengo tanto energía, que puedo pasar sin dormir.
105. Necesito tomar regularmente analgésicos.
106. A veces noto olores extraños.
107. Tengo la sensación de que me persiguen.
108. A veces, mi corazón late rápida e irregularmente.
109. Tengo la necesidad de revisar varias veces lo que realizo.
110. Tengo la sensación de que mi cuerpo está como desfigurado.
111. Me falta valor para afrontar el futuro.
112. Mi cabeza está totalmente vacía.
113. A menudo noto un hormigueo en brazos o piernas y se me duermen las manos o los pies.
114. Siento a veces la necesidad de comportarme inadecuadamente ante los demás.
115. Tengo cambios bruscos de humor.
116. Al escribir se me agarrota el brazo o la mano.
117. Me es muy difícil cruzar las calles.
118. Oigo cosas extrañas cuando estoy solo.
119. Me da miedo estar solo en lugares amplios o abiertos,
120. A veces tengo ideas o deseos que no se pueden comentar con nadie.
121. Temo contagiarme al tocar tiradores, dinero o al dar la mano.
122. El mas mínimo desorden me saca de quicio.
123. Estoy inapetente.
124. Soy muy desgraciado.
125. Alguien ha intentado envenenarme.
126. Cuando debo hablar con un superior, me siento nervioso e inseguro.

127. Me resulta difícil hablar ante un grupo numeroso.
128. He sufrido anteriormente un colapso nervioso.
129. Me resulta muy incómodo sentarme en una mesa con desconocidos.
130. Todo se me ha venido abajo.
131. Me espían.
132. Con frecuencia me sudan las manos.
133. Me engañan.
134. Con frecuencia me duele la cabeza.
135. Me siento cohibido al tratar con personas del sexo opuesto.
136. Me tiemblan las manos.
137. A veces oigo mis pensamientos tan claramente, como si los dije desde fuera.
138. A menudo me es imposible librarme de algún pensamiento, melodía o imagen.
139. Me da asco beber de una taza usada por otra persona, aunque sea familiar.
140. El miedo al fracaso me impide actuar como quisiera.
141. He tenido experiencias muy curiosas y extrañas.
142. Sé lo que es sentir temor.
143. A veces me suben oleadas de calor.
144. A menudo memorizo cifras innecesariamente.
145. Me resulta difícil tomar decisiones.
146. Duermo poco y mal.
147. Temo verme obligado a hacer algo contra mi voluntad.
148. Soy incapaz de resolver mis problemas cotidianos.
149. En ocasiones me entran fuertes deseos de huir e irme lejos cualquier parte.
150. A veces se me pone un nudo en la garganta.
151. Últimamente reacciono de un modo irritable y descontrolado.
152. Pienso constantemente en mis errores.
153. A veces me atormentan ideas disparatadas.

154. Cuando me miro al espejo noto que mi cara cambia y veo como extraño.

155. Creo que estoy enfermo a pesar de lo que dicen los médicos.

156. A veces noto un fuerte impulso de hacer algo dañino, desagradable o indecente.

157. Noto algunas partes de mi cuerpo como muertas.

158. Actúan sobre mi cuerpo con el fin de dañarme.

159. A veces veo animales o cosas que no están presentes.

160. Me resulta imposible defender mis puntos de vista ante los demás.

CUESTIONARIO PSI-2 - HOJA DE RESPUESTAS

Nombre..... Apellidos.....

Fecha

=====

=====

1.- SI NO	36.- SI NO	71.- SI NO	106.- SI NO	141.- SI NO
2.- SI NO	37.- SI NO	72.- SI NO	107.- SI NO	142.- SI NO
3.- SI NO	38.- SI NO	73.- SI NO	108.- SI NO	143.- SI NO
4.- SI NO	39.- SI NO	74.- SI NO	109.- SI NO	144.- SI NO
5.- SI NO	40.- SI NO	75.- SI NO	110.- SI NO	145.- SI NO

6.- SI NO	41.- SI NO	76.- SI NO	111.- SI NO	146.- SI NO
7.- SI NO	42.- SI NO	77.- SI NO	112.- SI NO	147.- SI NO
8.- SI NO	43.- SI NO	78.- SI NO	113.- SI NO	148.- SI NO
9.- SI NO	44.- SI NO	79.- SI NO	114.- SI NO	149.- SI NO
10.- SI NO	45.- SI NO	80.- SI NO	115.- SI NO	150.- SI NO

11.- SI NO	46.- SI NO	81.- SI NO	116.- SI NO	151.- SI NO
12.- SI NO	47.- SI NO	82.- SI NO	117.- SI NO	152.- SI NO
13.- SI NO	48.- SI NO	83.- SI NO	118.- SI NO	153.- SI NO
14.- SI NO	49.- SI NO	84.- SI NO	119.- SI NO	154.- SI NO

- 15.- SI NO 50.- SI NO 85.- SI NO 120.- SI NO 155.- SI NO
- 16.- SI NO 51.- SI NO 86.- SI NO 121.- SI NO 156.- SI NO
- 17.- SI NO 52.- SI NO 87.- SI NO 122.- SI NO 157.- SI NO
- 18.- SI NO 53.- SI NO 88.- SI NO 123.- SI NO 158.- SI NO
- 19.- SI NO 54.- SI NO 89.- SI NO 124.- SI NO 159.- SI NO
- 20.- SI NO 55.- SI NO 90.- SI NO 125.- SI NO 160.- SI NO
- 21.- SI NO 56.- SI NO 91.- SI NO 126.- SI NO
- 22.- SI NO 57.- SI NO 92.- SI NO 127.- SI NO
- 23.- SI NO 58.- SI NO 93.- SI NO 128.- SI NO
- 24.- SI NO 59.- SI NO 94.- SI NO 129.- SI NO
- 25.- SI NO 60.- SI NO 95.- SI NO 130.- SI NO
- 26.- SI NO 61.- SI NO 96.- SI NO 131.- SI NO
- 27.- SI NO 62.- SI NO 97.- SI NO 132.- SI NO
- 28.- SI NO 63.- SI NO 98.- SI NO 133.- SI NO
- 29.- SI NO 64.- SI NO 99.- SI NO 134.- SI NO
- 30.- SI NO 65.- SI NO 100.- SI NO 135.- SI NO
- 31.- SI NO 66.- SI NO 101.- SI NO 136.- SI NO
- 32.- SI NO 67.- SI NO 102.- SI NO 137.- SI NO
- 33.- SI NO 68.- SI NO 103.- SI NO 138.- SI NO
- 34.- SI NO 69.- SI NO 104.- SI NO 139.- SI NO
- 35.- SI NO 70.- SI NO 105.- SI NO 140.- SI NO

APÉNDICE Nº 6: **INVENTARIO DE MIEDOS.**

IM

INSTRUCCIONES

Los items de este cuestionario se refieren a cosas, situaciones o personas que le pueden producir miedo u otros sentimientos

desagradables. Vd. deberá pensar cuánto miedo le pueden producir y entonces diferenciar si es mucho, bastante o nada. Para ello marque en la hoja de respuestas uno de los siguientes números:

0 = Si no le da miedo.

1 = Si le da bastante miedo.

2 = Se le da mucho miedo.

NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO, SINO EN LA HOJA DE RESPUESTAS NO DEJE NINGUNA RESPUESTA SIN CONTESTAR, SEA SINCERO, POR FAVOR.

- I. Los locos.
2. Hablar delante de mucha gente.
3. Viajar en barco.
4. La guerra.
5. Que alguien me ataque y haga daño en la calle.
6. Ver ataúdes y coches fúnebres.
7. Vivir separado de la familia.
8. Los extraterrestres.
9. Que me humillen o se burlen de mi.
10. Los OVNIS.
11. Lugares donde ha muerto alguien.
12. Los dentistas.
13. Los gatos.
14. Las cuevas.
15. Las armas.
16. Los borrachos.
17. Fracasar.
18. Una habitación desconocida.
19. Presenciar peleas familiares.
20. La sangre.
21. Personas que tienen mal genio.
22. Las ratas.

23. Los gusanos.
24. Las películas de terror.
25. Montar en bicicleta.
26. Los relámpagos.
27. Que me ignoren.
28. Estar entre mucha gente.
29. La oscuridad.
30. Las inyecciones.
31. Amenazas de que me peguen.
32. Perderme entre la gente.
33. Ver heridas abiertas.
34. Los entierros.
35. Los médicos.
36. El fuego.
37. La gente deforme.
38. Ser castigado por Dios.
39. Amenazas de otras personas.
40. Perder el cariño de las personas que más quiero.
41. Los túneles y pasadizos.
42. Ser atacado/a por animales.
43. Cometer errores en el trabajo diario.
44. Presenciar peleas en la calle.
45. Personas feas.
46. Reuniones con gente desconocida.
47. Estar solo/a en un lugar extraño.
48. Perder objetos muy queridos.
49. El mar.
50. Caerme.
51. Los truenos.
52. Viajar en avión.
53. Ver personas muertas.
54. Los hospitales y las clínicas.
55. Entrar en una reunión donde ya esta la gente sentada.
56. Ver animales muertos.

57. Ver maltratar a otra persona.
58. Las habitaciones pequeñas y cerradas.
59. Cruzar las calles.
60. Los ladrones.
61. Las ranas.
62. Estar enfermo/a.
63. Las serpientes.
64. Las arañas.
65. Los ruidos fuertes.
66. Los comentarios.
67. Que me griten.
68. Los fantasmas y los monstruos.
69. La muerte de los padres.
70. Ir en ascensor.
71. Estar solo/a en casa.
72. Tomar medicinas.
73. Verme sangrar una herida.
74. Los perros.
75. Estar en lugares altos.
76. Que me pongan inyecciones.
77. Que me saquen sangre de las venas.
78. Que me critiquen, que hablen mal de mi.
79. Las cucarachas.
80. La brujería.
81. Ser sometido a intervenciones quirúrgicas.
82. La muerte.
83. La suciedad.
84. Que me consideren tonto/a.
85. Que me miren.
86. Las personas desconocidas.
87. Sentirme rechazado.
88. Los ancianos.
89. La muerte de hermanos.
90. Mirar hacia abajo desde lugares altos.

91. Viajar en coche.
92. La policía.
93. Los cuchillos.
94. Viajar en tren.
95. Los caballos.
96. Los practicantes (ATS).
97. Las tormentas.
98. Ser observado/a mientras trabajo.
99. Enfermedad de los padres.
100. Muerte de amigos.
101. Películas e historias de miedo.

CUESTIONARIO - IM

HOJA DE RESPUESTAS

 Nombre..... Apellidos.....

Fecha

1.- 0 1 2	26.- 0 1 2	51.- 0 1 2	76.- 0 1 2
2.- 0 1 2	27.- 0 1 2	52.- 0 1 2	77.- 0 1 2
3.- 0 1 2	28.- 0 1 2	53.- 0 1 2	78.- 0 1 2
4.- 0 1 2	29.- 0 1 2	54.- 0 1 2	79.- 0 1 2
5.- 0 1 2	30.- 0 1 2	55.- 0 1 2	80.- 0 1 2
6.- 0 1 2	31.- 0 1 2	56.- 0 1 2	81.- 0 1 2
7.- 0 1 2	32.- 0 1 2	57.- 0 1 2	82.- 0 1 2
8.- 0 1 2	33.- 0 1 2	58.- 0 1 2	83.- 0 1 2
9.- 0 1 2	34.- 0 1 2	59.- 0 1 2	84.- 0 1 2
10.- 0 1 2	35.- 0 1 2	60.- 0 1 2	85.- 0 1 2
11.- 0 1 2	36.- 0 1 2	61.- 0 1 2	86.- 0 1 2

- | | | | |
|------------|------------|------------|-------------|
| 12.- 0 1 2 | 37.- 0 1 2 | 62.- 0 1 2 | 87.- 0 1 2 |
| 13.- 0 1 2 | 38.- 0 1 2 | 63.- 0 1 2 | 88.- 0 1 2 |
| 14.- 0 1 2 | 39.- 0 1 2 | 64.- 0 1 2 | 89.- 0 1 2 |
| 15.- 0 1 2 | 40.- 0 1 2 | 65.- 0 1 2 | 90.- 0 1 2 |
| 16.- 0 1 2 | 41.- 0 1 2 | 66.- 0 1 2 | 91.- 0 1 2 |
| 17.- 0 1 2 | 42.- 0 1 2 | 67.- 0 1 2 | 92.- 0 1 2 |
| 18.- 0 1 2 | 43.- 0 1 2 | 68.- 0 1 2 | 93.- 0 1 2 |
| 19.- 0 1 2 | 44.- 0 1 2 | 69.- 0 1 2 | 94.- 0 1 2 |
| 20.- 0 1 2 | 45.- 0 1 2 | 70.- 0 1 2 | 95.- 0 1 2 |
| 21.- 0 1 2 | 46.- 0 1 2 | 71.- 0 1 2 | 96.- 0 1 2 |
| 22.- 0 1 2 | 47.- 0 1 2 | 72.- 0 1 2 | 97.- 0 1 2 |
| 23.- 0 1 2 | 48.- 0 1 2 | 73.- 0 1 2 | 98.- 0 1 2 |
| 24.- 0 1 2 | 49.- 0 1 2 | 74.- 0 1 2 | 99.- 0 1 2 |
| 25.- 0 1 2 | 50.- 0 1 2 | 75.- 0 1 2 | 100.- 0 1 2 |
| | | | 101.- 0 1 2 |

 OBSERVACIONES.....

APÉNDICE N° 7: CUESTIONARIO DE CAPACIDAD DE RELAJACIÓN (CAP-REL).

INSTRUCCIONES

Al final de esta página se encuentra una serie de frases que se refieren a modos de pensar y sentimientos que usted puede tener.

La tarea a realizar consiste en leer cada frase y responder a todas ellas. Por favor, no deje ninguna respuesta sin responder.

No escriba nada en esta página sino en la correspondiente HOJA DE RESPUESTAS.

En la hoja de respuestas se encuentran cuatro números:

- 3 significa "siempre".
- 2 significa "frecuentemente".
- 1 significa "alguna vez" .
- 0 significa "nunca".

Señale, con una cruz, el número que corresponde a lo que usted piensa, cree o siente.

Ejemplo

"Soy una persona feliz"

En la hoja de respuestas se encuentra

Ejemplo.- 0 1 2 3

Señale lo que considere oportuno.

SEA SINCERO, POR FAVOR

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

1. Cuando estoy acostado(a) en la cama, me siento totalmente relajado
2. Después de un baño caliente, olvido las tensiones del día
3. Puedo relajarme completamente con facilidad
4. Creo que no puedo disfrutar más de la vida porque no puedo relajarme
5. Con una buena comida y en compañía agradable, consigo olvidarme de mis problemas

6. Me cuesta mucho dormir porque no puedo relajarme del todo
7. Me resulta fácil olvidarme de mis problemas
8. Aunque piense en situaciones agradables, no me siento relajado(a)
9. Cuando estoy mirando la tele, me olvido de todo lo que me pasa.
10. Después de hacer algún ejercicio físico puedo descansar muy bien.
11. Cuando me sucede algo bueno, me noto relajado(a) y despreocupado(a)
12. Si estoy furioso(a) me cuesta mucho calmarme.
13. Una tarde, en compañía agradable, me hace olvidar todos mis problemas
14. Cuando me relajo, olvido todos mis problemas.
15. Me cuesta relajarme al acabar el día.
16. Hay muchas cosas que me proporcionan un sentimiento agradable de paz
17. Me cuesta trabajo calmarme cuando estoy disgustado(a) o rabioso(a)
18. Cuando llego a casa y me siento a descansar, me noto totalmente relajado(a)
19. No sé lo que es sentirse relajado(a)
20. El miedo que tengo a que me pase algo es lo que me impide relajarme.

HOJA DE RESPUESTAS

CAP-REL

APELLIDOS..... NOMBRE.....

FECHA

CLAVE DE RESPUESTA: (0) NUNCA
(1) ALGUNA VEZ
(2) FRECUENTEMENTE
(3) SIEMPRE

EJEMPLO.- 0 1 2 3

1.- 0 1 2 3 11.- 0 1 2 3
2.- 0 1 2 3 12.- 0 1 2 3
3.- 0 1 2 3 13.- 0 1 2 3
4.- 0 1 2 3 14.- 0 1 2 3
5.- 0 1 2 3 15.- 0 1 2 3

6.- 0 1 2 3 16.- 0 1 2 3
7.- 0 1 2 3 17.- 0 1 2 3
8.- 0 1 2 3 18.- 0 1 2 3
9.- 0 1 2 3 19.- 0 1 2 3
10.- 0 1 2 3 20.- 0 1 2 3

OBSERVACIONES:.....

.....

APÉNDICE N° 8: CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (ESAFAC).**INSTRUCCIONES**

A continuación se exponen una serie de acciones y modos de pensar posibles cuando uno se enfrenta con problemas que le preocupan. La tarea a realizar consiste en decidir hasta qué punto estas acciones reflejan su modo de pensar y actuar. Para ello tiene que elegir, de entre cuatro alternativas de respuesta, aquella que mejor muestre su punto de vista.

Las preguntas se refieren al presente, en el caso que tenga miedo a viajar en avión conteste pensando en ese problema. En el caso que no tenga miedo a volar en avión conteste pensando en algún problema o miedo que le preocupe y señale en la hoja de respuestas a qué miedo o problema se refiere.

NO ESCRIBA NADA EN EL CUADERNILLO SINO EN LA HOJA DE RESPUESTAS.

Ejemplo:

"El ser humano ha nacido para sufrir"

En la hoja de respuestas se encuentran cuatro alternativas:

- 0 significa "No estoy de acuerdo".
- 1 significa "Ligeramente de acuerdo".
- 2 significa "Bastante de acuerdo".
- 3 significa "Totalmente de acuerdo".

Señale, por favor, en la HOJA DE RESPUESTAS y en el lugar correspondiente al "ejemplo" el número que más se aproxime a lo que usted piensa al respecto.

SEA SINCERO EN SUS RESPUESTAS, POR FAVOR

EL OBJETIVO QUE PERSEGUIMOS ES PODER AYUDARLE A USTED Y A OTRAS PERSONAS QUE TENGAN PROBLEMAS SIMILARES. LOS DATOS SERÁN SECRETOS Y SERÁN EMPLEADOS SOLAMENTE PARA AYUDA DE LAS PERSONAS Y EN NINGÚN CASO EN PRESENTACIÓN DE CASOS INDIVIDUALES. SUS DATOS DE IDENTIFICACIÓN SERÁN CODIFICADOS EN ORDENADOR.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

- 1.- Pienso en lo que puede sucederme.
- 2.- Intento analizar el problema para conocerlo mejor.
- 3.- Intento tener la mayor cantidad de información posible preguntando a todos aquellos que creo que saben sobre él.
- 4.- Me vuelco en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema.
- 5.- Voy a un especialista para saber a qué atenerme.
- 6.- Pregunto a una persona de la que fío para que me diga qué me está pasando.
- 7.- Hago cosas en las que no creo, pero al menos no me quedo sin hacer nada.
- 8.- Visito a más de un especialista para ver si me dicen lo mismo porque no me acabo de fiar de ellos.
- 9.- Si se lo consulto a un especialista del seguro, luego visito a un especialista privado.
- 10.- Me critico a mí mismo(a) porque creo que yo tengo parte de culpa, al menos.

- 11.- Confío en que el problema no se repetirá. Que lo mío fue una cosa pasajera.
- 12.- Intento resolver el problema por mí mismo(a).
- 13.- Voy solo(a) a un especialista y no le digo nada a mi familia.
- 14.- Guardo para mí lo que me pasa para no preocupar a mi familia.
- 15.- Se lo digo a la familia para que me puedan ayudar.
- 16.- Intento mirar las cosas por su lado bueno. Alguna ventaja debe tener.
- 17.- Me desespero y pienso que el mundo es injusto.
- 18.- Desde que lo experimenté, duermo más de lo habitual.
- 19.- Desde que lo experimenté, no puedo dormir pero no digo lo que pasa.
- 20.- Me siento más irritable que lo de costumbre y lo pagan los que están más cerca de mí.
- 21.- Pienso más de una vez que la culpa la tiene mi familia, por los disgustos que me dan.
- 22.- Pienso que la vida es corta y que hay que disfrutar más de ella.
- 23.- Acepto la simpatía y comprensión de alguna persona.
- 24.- Me digo a mí mismo(a) cosas que me hacen sentirme mejor.
- 25.- Pienso que es una señal y me siento más creativo(a) que normalmente.
- 26.- Pienso que tengo que arreglar las cosas con mi familia.
- 27.- Pienso que la vida son cuatro días y que no merece la pena enfadarse por casi nada.
- 28.- Estoy cambiando; creo que estoy madurando como persona.
- 29.- Espero a ver lo que pasa, antes de hacer cualquier cosa.
- 30.- Me desespero y lloro solo(a) durante un rato.
- 31.- Pienso que ya nada puede ser como antes.
- 32.- Pienso que yo soy el(la) principal responsable del problema.

33.- No puedo concentrarme porque las ideas sobre lo que me pasa me vienen una y otra vez a la cabeza.

34.- Procuro hablar con los especialistas para que me digan lo que tengo que hacer.

35.- Intento sentirme mejor haciendo las cosas que nunca me atreví a hacer (fumar mucho, emborracharme, tomar drogas...)

36.- Pienso que, dentro de todo, tengo suerte.

37.- Intento no apresurarme y pensar con calma. Una y otra vez me digo que tengo que tomarme las cosas con calma.

38.- Busco tener fe en algo o alguien (religión o un ideal de vida).

39.- Mantengo el tipo y "a mal tiempo, buena cara".

40.- Me doy cuenta de lo que es importante en la vida.

41.- He cambiado algo mis puntos de vista sobre lo que vale y lo que no vale en la vida.

42.- Hago lo posible para que los problemas que tengo con mi familia y amigos se arreglen.

43.- Evito estar con gente.

44.- No permito que el problema me venza: sigo mi vida normal y

evito pensar en el problema.

45.- Pienso que mi vida ha cambiado radicalmente.

46.- Me siento una persona lisiada.

47.- Recorro a experiencias pasadas; busco entre mis recuerdos algo similar para aplicar las mismas soluciones.

48.- Sé lo que tengo que hacer, así que me esfuerzo para hacer lo que debo.

49.- Me prometo a mí mismo(a) que mi vida va a cambiar y que voy a coger las cosas verdaderamente en serio.

50.- Después de pensarlo bien, me propongo un par de soluciones distintas.

51.- Pienso que es una situación pasajera. Esas cosas no me pueden pasar a mí.

52.- Lo he aceptado porque no puedo hacer otra cosa.

53.- Intento que mis sentimientos y preocupaciones no interfieran con las cosas que hago todos los días.

54.- Deseo cambiar lo que está ocurriendo o la forma de pensar y sentir mía al respecto.

55.- Pienso que es menos grave de lo que me dicen porque los especialistas siempre tienden a exagerar un poco para asustarte.

56.- Sueño o imagino otro tiempo en el que las cosas me iban mejor.

57.- Rezo.

58.- Pienso que sólo Dios sabe lo que está pasando y me dan ganas de ir a una iglesia.

59.- Repaso mentalmente lo que tengo que hacer y decir.

60.- Pienso cómo actuaría en esa situación una persona a la que admiro y respeto y la tomo como modelo.

61.- Intento verme "desde fuera", como lo vería una persona distinta a mí y a la que no le pasaran estas cosas.

62.- Me digo a mí mismo(a) que las cosas pueden ser peor.

63.- Pienso que he tenido muy mala suerte en la vida.

64.- Pienso que, como soy una persona con suerte, el futuro no va a ser tan malo como parece.

65.- Pienso que no soy la única persona en el mundo con ese problema y por ello, saldré adelante.

66.- Me aferro al especialista que me haya ayudado desde el principio como un rayo de esperanza.

67.- Pienso que debería haberme cuidado más antes de ahora.

68.- Pienso que, en definitiva, me habían "pasado" a lo largo de mi vida demasiadas cosas.

69.- Pienso que lo que me queda debe ser mejor que lo que he pasado y me propongo pasarlo mejor.

CUESTIONARIO - ESAFAC**HOJA DE RESPUESTAS**-----
Nombre..... Apellidos.....Fecha.....

- | | | |
|--------------|--------------|--------------|
| 1.- 0 1 2 3 | 26.- 0 1 2 3 | 51.- 0 1 2 3 |
| 2.- 0 1 2 3 | 27.- 0 1 2 3 | 52.- 0 1 2 3 |
| 3.- 0 1 2 3 | 28.- 0 1 2 3 | 53.- 0 1 2 3 |
| 4.- 0 1 2 3 | 29.- 0 1 2 3 | 54.- 0 1 2 3 |
| 5.- 0 1 2 3 | 30.- 0 1 2 3 | 55.- 0 1 2 3 |
| 6.- 0 1 2 3 | 31.- 0 1 2 3 | 56.- 0 1 2 3 |
| 7.- 0 1 2 3 | 32.- 0 1 2 3 | 57.- 0 1 2 3 |
| 8.- 0 1 2 3 | 33.- 0 1 2 3 | 58.- 0 1 2 3 |
| 9.- 0 1 2 3 | 34.- 0 1 2 3 | 59.- 0 1 2 3 |
| 10.- 0 1 2 3 | 35.- 0 1 2 3 | 60.- 0 1 2 3 |
| 11.- 0 1 2 3 | 36.- 0 1 2 3 | 61.- 0 1 2 3 |
| 12.- 0 1 2 3 | 37.- 0 1 2 3 | 62.- 0 1 2 3 |
| 13.- 0 1 2 3 | 38.- 0 1 2 3 | 63.- 0 1 2 3 |
| 14.- 0 1 2 3 | 39.- 0 1 2 3 | 64.- 0 1 2 3 |
| 15.- 0 1 2 3 | 40.- 0 1 2 3 | 65.- 0 1 2 3 |
| 16.- 0 1 2 3 | 41.- 0 1 2 3 | 66.- 0 1 2 3 |
| 17.- 0 1 2 3 | 42.- 0 1 2 3 | 67.- 0 1 2 3 |
| 18.- 0 1 2 3 | 43.- 0 1 2 3 | 68.- 0 1 2 3 |
| 19.- 0 1 2 3 | 44.- 0 1 2 3 | 69.- 0 1 2 3 |
| 20.- 0 1 2 3 | 45.- 0 1 2 3 | |
| 21.- 0 1 2 3 | 46.- 0 1 2 3 | |
| 22.- 0 1 2 3 | 47.- 0 1 2 3 | |

- | | |
|--------------|--------------|
| 23.- 0 1 2 3 | 48.- 0 1 2 3 |
| 24.- 0 1 2 3 | 49.- 0 1 2 3 |
| 25.- 0 1 2 3 | 50.- 0 1 2 3 |

 OBSERVACIONES.....

APÉNDICE N° 9: CUESTIONARIO DE EXPECTATIVAS DE ÉXITO TERAPÉUTICO (EVEX-MV).

 Nombre y apellidos
 Fecha de aplicación

 A continuación encontrará una serie de afirmaciones que reflejan lo que se puede pensar o sentir en relación con el tratamiento que usted va a recibir.

Su misión consistirá en leer atentamente las frases que se le presentan y evaluar hasta qué punto dichas frases reflejan su modo de pensar sobre el tratamiento.

Para responder usted deberá tachar el número que mejor represente su manera de pensar. Como verá los números van en una escala de 0 a 10. El 0 significa que usted está **TOTALMENTE EN DESACUERDO** con lo que dice la frase; el 10 que usted está **TOTALMENTE DE ACUERDO** con el contenido de la afirmación y el 5 significa que **NO ESTA NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO**. El resto de los números según se acerquen al 0 o al 10, significarán que está **EN DESACUERDO O DE ACUERDO EN DISTINTO GRADO**.

Ejemplo:

1. Tengo una casa en el Senegal X 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. Tengo coche 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 X

3. Hace frío 0 1 2 3 4 X 6 7 8 9 10

4. Mi familia es de Canarias 0 1 2 3 4 5 6 X 8 9 10

La persona que ha contestado no tiene una casa en Senegal (marcó el 0), si tiene coche (marcó el 10), piensa que no hace ni frío ni calor (marcó el 5) y su familia es principalmente de Canarias pero también tiene algún familiar de otro sitio (marcó el 7).

IMPORTANTE: En este cuestionario no hay preguntas FALSAS o VERDADERAS. Usted debe señalar lo que CREE y ESPERA del tratamiento que se le va a aplicar. Le rogamos que sea absolutamente sincero pues TODAS LAS RESPUESTAS SON ABSOLUTAMENTE CONFIDENCIALES.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

PREGUNTAS

1. Con que consiguiera soportar el realizar un vuelo me daría por satisfecho.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

2. No creo que existan especialistas que puedan decirme lo que tengo que hacer.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

3. Seguiré todas las instrucciones del psicólogo/a con tal de solucionar mi problema.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

4. Tengo dudas de que todo vaya tal y como me han asegurado.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Vengo dispuesto a poner todo lo que haga falta por mi parte para solucionar el problema.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Me convence el tratamiento.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Veo difícil que sin pastillas o fármacos se pueda solucionar mi problema.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8. Me será fácil seguir este tratamiento.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

9. Creo que el/la psicólogo/a ha entendido tan bien mi problema que el tratamiento que voy a recibir será el más adecuado para mi caso.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

10. Recomendaría este tratamiento a un amigo mío que sufriera el mismo problema que yo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

11. Creo que el tratamiento psicológico que voy a recibir es el mejor.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

12. Confío en la capacidad del profesional que me trata.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

13. Aunque me quiten el miedo a volar, estoy seguro que tarde o temprano volveré a tener miedo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

14. Creo que después del tratamiento por fin podré viajar en avión tranquilo/a.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

15. Creo que el tratamiento que voy a recibir es eficaz.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

16. Las tareas que tengo que realizar durante el tratamiento son sencillas.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

17. Entiendo con claridad las explicaciones sobre el tratamiento.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

18. Por probar nada se pierde, pero dudo mucho que este tratamiento vaya a tener éxito.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

19. Espero mejorar rápidamente, ya en la primera semana del tratamiento.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

20. Me cuesta creer que los psicólogos puedan ayudarme en mi problema.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

21. Este tratamiento me parece lógico.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

22. En el fondo creo que mi problema es inmodificable (no tiene solución).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

23. Creo que durante la primera semana lo voy a pasar mal.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

24. Estoy seguro de que conseguiré eliminar mi miedo a volar con este tratamiento.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

25. Me encuentro motivado para realizar el tratamiento.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

26. Seguiré este tratamiento siempre y cuando no me exijan demasiado.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

27. Creo realmente que el tratamiento que voy a recibir tiene un alto porcentaje de éxito.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

28. Creo que durante este tratamiento me van a preguntar cosas que de ninguna manera me gustaría comentar.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

29. Confío en este tipo de tratamiento psicológico.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

30. Creo que el psicólogo/a y yo vamos a tener una buena relación.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

31. Creo que el tratamiento va a ser largo.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

32. Creo que el tratamiento puede ayudar a otras personas, pero a mi lo dudo mucho.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

33. Creo que las sesiones serán agradables.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

34. Tengo claro en que va a consistir este tratamiento.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APÉNDICE N° 10:

**PROGRAMA DE AUTO-REGULACIÓN EMOCIONAL
PARA EL TRATAMIENTO DE LA FOBIA A VOLAR EN AVIÓN**

SESIÓN 0.

OBJETIVOS:

- Informar a la persona del resultado de los cuestionarios rellenos.
- Establecer un buen rapport.
- Informar a la persona acerca del programa de tratamiento.

PROCEDIMIENTO:

En esta sesión cero, se comenzará resumiendo a la persona los resultados que se han obtenidos a través de las diversas pruebas de autoinforme y psicofisiológicas que se le administraron en la

evaluación. Una vez hecho esto, se le pedirá feedback para ver su grado de acuerdo con este resumen y si considera adecuado realizar algún comentario al mismo.

Se continuará esta sesión con la descripción del tratamiento en los términos que siguen: "Ahora vamos a pasar a explicar la técnica con que vamos a trabajar para quitarle su miedo a volar. Esta técnica, una vez que se domina, permite tener un mayor control sobre las emociones, los pensamientos y sobre la propia conducta.

Se basa en el recuerdo sensorial y es una capacidad que todas las personas tenemos. En algunas personas está más desarrollada que en otras, pero está comprobado que en todas las personas, se puede desarrollar. Para que se entienda lo que es el recuerdo sensorial lo mejor, como siempre, es poner un ejemplo que ilustre en que consiste. Es muy probable que haya experimentado en alguna ocasión como, al escuchar una determinada canción, vuelve a sentir emociones o sensaciones de otros tiempos, despertándole recuerdos de sucesos importantes para Vd. (por ejemplo, una fiesta en que se lo pasó muy bien con sus amigos, una vez que salió con su esposo/a, unos Carnavales, etc). Esto es así porque, en aquel momento, la canción quedó fuertemente asociada a determinadas sensaciones, emociones o pensamientos, todo lo cual vuelve a surgir de nuevo cuando, después de algún tiempo, incluso varios años, Vd. vuelve a escuchar la canción.

Hay personas que tienen tan desarrollado el mecanismo del recuerdo sensorial que incluso reproducen sensaciones olfativas o gustativas, por ejemplo, el olor de la leña hecha brasas y el sabor de la carne en una chuletada en el campo. Este proceso nos ocurre todos los días de manera natural, continua, automática y al margen de nuestra propia voluntad. Si esto sucede así de forma natural, con entrenamiento se puede llegar a aprender a controlar este mecanismo del recuerdo sensorial y a aplicarlo para eliminar su

miedo a volar en avión, ya que se trata de un "mecanismo" potente, duradero y automático.

Con esta técnica que, como verá el próximo día, es agradable, Vd. aprenderá a estar relajado/a, a controlar sus pensamientos mientras está volando, etc. de tal manera que no tenga miedo cuando vuelva a volar/vuele por primera vez en avión".

Tras la descripción de la técnica se le administrará el Cuestionario de Expectativas de Éxito Terapéutico (EVEEX-MV). Una vez cumplimentado el cuestionario concertaremos, con la persona, cita para dos días consecutivos, con el objeto de comenzar con el tratamiento propiamente dicho en esas sesiones.

SESIÓN 1.

OBJETIVOS:

- Administración de la Escala de Auto-Regulación Emocional.

MATERIAL:

- Útiles necesario para la aplicación de la Escala: agua fría con cubitos de hielo; calefactor; toallas de papel; libro; cenicero con ceniza; dos vasos, uno con zumo de limón y otro con agua.

- Hoja de Registro del Anexo I, bolígrafo y cronómetro con cuenta atrás automática.

PROCEDIMIENTO:

Tras los saludos de rigor se comenzará esta primera sesión de la siguiente manera: "Como dijimos en la sesión anterior, el tratamiento que vamos a emplear para eliminar su miedo a volar en avión se basa en el recuerdo sensorial. Recuerde la canción que era capaz de despertarnos recuerdos y emociones que estaban asociadas a ella (o el olor a leña, el sabor de la carne, o aquello que hubiera señalado la persona como más impactante para ella/él).

Realizaremos a continuación algunos ejercicios en los que pondremos en marcha el mecanismo del recuerdo sensorial para que vaya aprendiendo a controlarlo y, al final, consiga dominarlo por completo". Tras estas palabras de introducción, iniciaremos la administración de la escala de Auto-Regulación Emocional:

Elemento 1) MANO-ENTUMECIMIENTO.

"Bien, ya que se trata de llegar a controlar totalmente el mecanismo del recuerdo sensorial a través del entrenamiento, lo más lógico es comenzar por lo más sencillo. Y lo más sencillo es comenzar por estímulos físicos que sean capaces de producir fácilmente sensaciones, "¿no le parece?". (En ese momento se le muestra a la persona un recipiente con suficiente cantidad de agua fría con cubitos de hielo para que pueda cubrir totalmente la mano pero sin que, al introducirla, el agua se derrame). "En el primer ejercicio, como puede ver, vamos a utilizar el agua fría. La tarea a seguir consiste en lo siguiente: Vd. debe introducir la mano en el agua. Una vez dentro, conviene que no mueva los dedos para que se noten más claramente ciertas sensaciones. Estas sensaciones probablemente serán de frío, cosquilleo en los dedos, entumecimiento, agarrotamiento, la sensación de que tiene una pulsera en la muñeca, en la parte que esté en contacto con la superficie del agua, etc. Es muy conveniente, que preste atención a todas las sensaciones que el agua le provoque, ¿de acuerdo?."

Pues, cuando quiera, ya puede introducir la mano en el agua y recuerde no mover los dedos. (La introduce). ¿Qué siente?. ¿Está fría?, ¿Nota el cosquilleo o cómo se va entumeciendo la mano?. Como no es necesario que llegue a sentir dolor, puede retirar la mano cuando quiera, en cuanto note varias sensaciones de las que he dicho u otras que Vd. note. Cuando retire la mano del agua, es necesario que no mueva los dedos y que mantenga la mano en la misma postura que ahora, "¿de acuerdo?".

Una vez retirada la mano del agua, se sigue de la siguiente manera: "Dentro de unos segundos, cuando se lo indique, volverá a introducir la mano en el agua y, cuando vuelva a notar las sensaciones que ha sentido, asocie **todas** esas sensaciones a una imagen o a una palabra o a una frase. Me explico: cuando note ya las sensaciones, puede imaginarse que tiene la mano introducida en el congelador y que, dentro de él, está notando esas sensaciones. También, puede imaginarse que tiene la mano introducida en la nieve del Teide o utilizar otra imagen que a Vd. le parezca más adecuada. Si no le gusta emplear una imagen, puede utilizar una palabra, por ejemplo, frío, rigidez o cualquier otra que desee. ¿Ha comprendido lo que tiene que hacer?"

Bien, cuando quiera, puede volver a introducir la mano en el agua y manténgala dentro el tiempo suficiente para sentir nuevamente las sensaciones físicas y asociarlas todas con la estrategia que haya elegido. De esta manera, cuando vuelva a utilizar la estrategia (sin tener la mano dentro del agua), podrá reproducir las sensaciones que nota cuando la tiene dentro, ¿de acuerdo?"

Cuando la persona señala que ya ha realizado la asociación, se le indica que retire la mano y se le ofrecen toallas de papel para que se seque y el calefactor para que recupere la temperatura normal de la mano, antes de intentar reproducir las sensaciones por medio de la estrategia que haya empleado.

Una vez que la mano de la persona ya está seca y a temperatura normal, se continúa diciendo: "Ahora se trata de que coloque la mano en la misma posición que la tenía cuando tenía la mano introducida en el agua e intente reproducir los efectos que antes ha notado con la ayuda de la estrategia que ha utilizado. Concéntrese en ello y observe la respuesta. Cuando note el más mínimo efecto, por pequeño que sea, dígamelo inmediatamente, por favor. Puede empezar cuando Vd. quiera".

En ese momento se pone en marcha el cronómetro para contar treinta segundos. Para puntuar este elemento se tiene en cuenta lo siguiente: si durante esos treinta segundos informa la persona que está experimentando dos o más sensaciones, se da por terminado el elemento y obtiene dos puntos. Si en ese tiempo, únicamente señala una sensación o ninguna, el terapeuta le insta a que siga concentrándose en la estrategia y se le indica que "Diga todo lo que note". Si señala otra u otras sensaciones en ese momento (2 ó más en total, por lo tanto), se da por terminado el elemento. Si no ocurre así, se vuelve a poner en marcha el cronómetro por otros treinta segundos más. Si al completarse este segundo período temporal, no ha señalado ningún efecto, el terapeuta vuelve a insistir: "Dígame todo lo que nota". Con independencia de lo que señale la persona, se da por finalizado el ejercicio y así se le señala: "Bien, hemos terminado con este elemento". En este último caso, se pueden obtener las siguientes puntuaciones:

a) Si señala sentir una sensación, en la mano, en los primeros treinta segundos e indica la percepción de otra o más sensaciones en el segundo período temporal, se le puntúa 1,5.

b) Si indica experimentar una sensación tan sólo en el primer período temporal y no señala la reproducción de ninguna en los treinta segundos siguientes, obtiene la puntuación de 1,25.

c) Si no menciona la reproducción de ninguna sensación en los primeros treinta segundos y señala, durante el segundo período temporal, experimentar dos o más sensaciones se le puntúa con un 1.

d) Si no indica la percepción de ninguna sensación en el primer período temporal y una sola sensación en el segundo, se le puntúa con un 1.

e) Si no reproduce ninguna sensación durante los dos períodos temporales se le puntúa con un 0.

Para mayor claridad de la forma de puntuar de este primer elemento de la Escala de Auto-Regulación Emocional, se ofrece a continuación un extracto de la Hoja de Registro, en la que se refleja la puntuación que merece cada una de las posibilidades mencionadas.

	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
ELEMENTO 1												
(AGUA)	2	-	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0 1=
	2p		1.5p	1.25p	1p			0.5p		0p		

Este primer elemento, en el que el control lo ha ejercido la persona evaluada, se finaliza diciéndole: "Por medio de este ejercicio ha podido comprobar que, simplemente utilizando una estrategia de asociación por imágenes (o por palabras, si fue el caso), ha sido Vd. capaz de reproducir en su mano las sensaciones físicas que le provocaba el agua. Bien, pasemos al siguiente ejercicio".

Elemento 2) MANO-PESO.

A la persona se le presenta un libro que tenga un peso adecuado para que se note y se le dice: "En el ejercicio anterior Vd. era el que elegía la estrategia que iba a utilizar. En este otro, por el contrario, voy a ser yo mismo quien le vaya señalando los efectos que va a ir percibiendo. "Levante y extienda ahora, por favor, el brazo y póngalo horizontal con la palma de la mano hacia arriba. Dentro de unos instantes le indicaré los efectos que puede notar". En este momento se coloca el libro sobre la palma de la mano de la persona y se le van describiendo las sensaciones que notará:

"Observe el peso del libro en su mano, cómo empieza a percibir sensaciones de tensión en su mano, en el antebrazo, en el brazo (se va señalando), en el hombro, en el costado y en el pie derecho (o izquierdo, si sostiene el libro con la mano de esa parte). Dónde lo va notando?" (Se tiene en cuenta lo que haya dicho).

En cuanto se observa que está notando las sensaciones se le retira el libro y se le señala que lo mueva con el objeto de que desaparezca la tensión que se pudiera haber producido.

"Como en el ejercicio anterior, se trata de conseguir una nueva asociación. Pero, ahora, la tarea consiste en que asocie todas las sensaciones que va a volver a experimentar en el brazo y en el cuerpo, con mi voz. No con las palabras que vaya diciendo sino, simplemente, con mi voz. "¿Lo ha comprendido?".

Se coloca el libro sobre la palma de la mano, de la misma forma que en la vez anterior, se esperan unos segundos hasta que se vea que el brazo comienza a oscilar y se comienza a decir: "Nota el peso del libro en la mano, en el antebrazo, codo, bíceps, hombro y cuello" (o cualquier otra combinación que haya señalado la persona). "Va viendo como el brazo va bajando por el peso". Cuando se considera que la persona ha conseguido establecer la asociación de la tensión muscular con nuestra voz, se le retira el libro.

"Bien, conviene que vuelva a mover el brazo para que desaparezca la tensión que haya podido quedar en sus músculos. Mientras lo consigue, voy a explicar qué vamos a hacer a continuación. Cuando el brazo esté normal, volverá a colocar el brazo en la misma postura y se concentrará en mi voz, no en mis palabras, sino en mi voz, "¿de acuerdo?".

Cuando la persona vuelve a colocar el brazo en la posición adecuada, se empieza a hablar y se cuentan los dos períodos temporales de treinta segundos que se indicaron en el elemento anterior y se puntúa de la misma manera que en él, teniendo en cuenta el número de sensaciones señaladas y el período temporal en que se indican.

Tras la realización de estos dos ejercicios, se pasa a evaluar el grado de automatismo/esfuerzo de los dos elementos anteriores.

Elemento 3) AUTOMATISMO/ESFUERZO DEL ELEMENTO 1.

"En el primer ejercicio que hemos realizado, el de la mano, cuando ya no tenía la mano introducida dentro del agua y se trataba de que reprodujera las sensaciones por medio de la estrategia que Vd. había elegido, ¿cómo diría que aparecieron esas sensaciones, de forma automática o ha tenido que realizar un esfuerzo para que aparecieran?".

La respuesta que ofrezca la persona, se evaluará con arreglo al siguiente esquema.

2 puntos = Si notaba que las sensaciones aparecían de forma AUTOMÁTICA.

1 punto = Si la persona no estaba segura: si lo vio de forma CONFUSA.

0 puntos = Si tenía que realizar un ESFUERZO para que aparecieran las sensaciones.

Elemento 4) AUTOMATISMO/ESFUERZO DEL ELEMENTO 2.

Este cuarto elemento consiste en que, a la persona evaluada, el terapeuta le formule la misma pregunta que en el tercer elemento pero, ahora, respecto al elemento dos. La puntuación que merezca la persona se establecerá, también, de la misma manera que en el elemento anterior.

Elemento 5) SENSACIONES DE OLOR.

"Vamos a realizar otro ejercicio". (Se saca un cenicero lleno de colillas y ceniza). "La tarea consiste en que huela el cenicero y observe las sensaciones físicas que le vaya provocando. Puede que, además de oler a ceniza, perciba olor a tabaco, le pique la nariz o llegue a experimentar cualquier otra sensación". (Se le acerca el cenicero y cuando haya señalado la aparición de varias sensaciones, se le indica que deje de oler el cenicero).

"Nuevamente, vamos a efectuar una asociación. Una asociación entre las sensaciones que le provoca el cenicero y su contenido y, otra vez, como en el ejercicio de la mano en el agua fría, es necesario que utilice una estrategia como una imagen o palabras. Como ejemplo de imagen, puede utilizar el mismo cenicero o una habitación llena de humo de tabaco que le sea familiar o la imagen que Vd. considere oportuno. O, si lo prefiere, puede utilizar una palabra como ceniza, cenicero, etc. Lo que considere más adecuado, ¿de acuerdo? Bien, una vez que se haya decidido por la estrategia que va a utilizar, vuelva a oler el cenicero y, cuando tenga claras las sensaciones, asócielas con la estrategia que haya decidido utilizar. ¿Lo ha comprendido?. Cuando crea que ya ha establecido la asociación, indíquemelo, por favor".

Cuando la persona avisa de que considera que la asociación entre las sensaciones y la imagen (o la palabra) ya está bien establecida, se le indica que deje aparte el cenicero y que esperaremos hasta que le hayan desaparecido totalmente las sensaciones que la ceniza le ha provocado para continuar. Cuando así lo hace, se le dice lo siguiente:

"Ahora se trata de que utilice la estrategia y, cuando note algo, por débil que sea la sensación, me lo va indicando, ¿comprendido? Pues puede comenzar cuando guste". (Este ejercicio se puntúa exactamente igual que los elementos uno y dos).

Elemento 6) SENSACIONES DE GUSTO.

"Pasemos a otro ejercicio". (Se saca un vaso con zumo de limón). "Bien, esto es zumo de limón. Esta tarea consiste en que tome un poquito y que preste atención a las sensaciones que le irá describiendo. Cuando acabe de enumerarlas Vd. me señala las que ha sentido, ¿de acuerdo?. Cuando quiera puede tomar un poco del zumo". (Bebe un poco). "Al entrar el limón en la boca, notará como le cosquillean los labios y le ripia la cara. Observe la gran cantidad de salivación que le va produciendo el limón. Va notando la acidez y amargura del limón en la punta de la lengua y observe como se va desplazando esa sensación a lo largo de ella. Observe como tiene la sensación de que se le queda una gota en el cielo del paladar y lo mismo le ocurre en la garganta. ¿Qué sensaciones de las que he descrito, ha notado? (Se tienen en cuenta).

"Tome, si quiere, un poco de agua para que desaparezca el sabor del limón. ¿Ya desapareció el sabor?. Perfecto. La tarea que vamos hacer ahora, consiste en que va a tomar otro poco de limón y va a ir asociando todas las sensaciones que le vaya produciendo con mi voz, como ocurrió en el caso del libro. ¿Me ha comprendido? ¿Alguna pregunta?". (Cuando vuelve a beber del vaso con limón se

vuelve a realizar la descripción, utilizando las sensaciones que haya señalado la propia persona).

Cuando la descripción ha finalizado, se le invita a que beba del vaso de agua para que desaparezcan todas las sensaciones creadas por el limón. Una vez conseguido la eliminación de las sensaciones se sigue diciendo: "Ahora, dentro de unos segundos, voy a comenzar a describir las sensaciones que le provocaba el limón y Vd. debe concentrarse en mi voz. Cuando la aparezca alguna sensación, por débil que ésta sea, me lo va diciendo, de ¿acuerdo?. (Este ejercicio también se puntúa como los elementos uno, dos y se

Elemento 7) AUTOMATISMO/ESFUERZO DEL ELEMENTO 5.

"En el ejercicio que hemos realizado con la ceniza, y Vd. utilizaba la estrategia elegida por sí mismo/a para conseguir que aparecieran las sensaciones, ¿cómo diría que aparecieron esas sensaciones, de forma automática o ha tenido que realizar un esfuerzo para que aparecieran?". (La puntuación de este séptimo elemento es igual a la del elemento tercero).

Elemento 8) AUTOMATISMO/ESFUERZO DEL ELEMENTO 6.

Se vuelve a formular la misma pregunta para el ejercicio del limón, en el que la estrategia seguida para conseguir la asociación fue la utilización de la voz del terapeuta. La puntuación es idéntica a la del tercer elemento.

Elemento 9) COMÚN PARA LAS ESCALAS AUTO-CONTROL Y HETERO-CONTROL.

"Hasta aquí hemos realizado cuatro ejercicios con estímulos físicos. En dos de ellos (cuando introducía la mano en el recipiente con agua fría y cuando se ha empleado la ceniza), Vd. ha utilizado

sus propias estrategias para conseguir la asociación. En los otros dos ejercicios (cuando sostenía el libro en su mano y cuando daba un sorbo al vaso de limón), la asociación se realizaba con mi voz, ¿sí?. “¿De cual de las dos maneras, considera Vd., que reproducía mejor, con sus estrategias o con mi voz?”.

La respuesta de la persona se valorará en función del esquema reflejado a continuación:

AUTO-C	HETERO-C	
0 puntos	MEJOR CON LA VOZ DEL TERAPEUTA	2 puntos
1 punto	MAS O MENOS IGUAL	1 punto
2 puntos	MEJOR CON MIS ESTRATEGIAS	0 puntos

Elemento 10) DISPOSICIÓN DE LA PERSONA EN LA ESCALA DE AUTO-REGULACIÓN EMOCIONAL.

En este elemento, para determinar la puntuación merecida, se considera la actitud que ha mostrado la persona durante la administración de la Escala de Auto-Regulación Emocional, manifestada en los comentarios realizados.

2 puntos: La persona no realiza espontáneamente ninguna clase de comentarios. Y, al preguntarle el terapeuta si ha comprendido lo que tiene que hacer (al comienzo de cada uno de los cuatro ejercicios en que se utilizan estímulos físicos), contesta afirmativamente en las cuatro ocasiones.

1 punto: La persona formula alguna pregunta para esclarecer algún punto en uno de los cuatro ejercicios mencionados. También

obtiene la misma puntuación cuando responda alguna vez con expresiones como las siguientes: "Creo que sí", "Más o menos", etc.

0 puntos: La persona expresa, en alguno de los cuatro ejercicios, comentarios negativos (ej.: "¿Y esto sirve para algo?". También se obtiene esta puntuación cuando la persona responde, como en el punto anterior, en dos o más ejercicios.

Una vez completada la Escala de Auto-Regulación Emocional, se le indica: "Como ha podido ver a lo largo de esta sesión si se utiliza una estrategia de asociación se puede lograr la reproducción de sensaciones sin necesidad de que esté presente el estímulo físico que las provocaba. Esto que lo hemos conseguido con elementos sin demasiada importancia, lo podemos aplicar a aspectos más relevantes de nuestra vida, como veremos en la sesión de mañana".

Se termina esta sesión con la "idea de sabotaje" (McMullin & Giles, 1981), diciéndole: "Bueno, para terminar esta sesión, conviene decir que para que el tratamiento funcione no se debe sabotear. ¿Cómo se puede sabotear? Pues mire, Vd. puede sabotear el tratamiento: reinterpretando lo que yo vaya diciendo; no siguiendo las instrucciones que le vaya dando a lo largo del tratamiento; no haciendo las tareas para casa que le vaya encargando; negando la mejoría donde la haya (si, pero...) y, finalmente, viendo la mejoría donde no la haya. Por cierto, si Vd. quisiera sabotear ¿cómo lo haría?

Pero no sólo Vd. puede sabotear el tratamiento. Yo también puedo hacerlo. ¿De qué manera?. Pues de las siguientes formas: No preparándome las sesiones; reinterpretando lo que Vd. me vaya diciendo; No hablando con claridad; no viendo mejoría donde la haya; viéndola donde no la haya.

En fin, no es que esto vaya a ocurrir, pero conviene que lo tengamos en cuenta los dos para que eso no suceda. ¿De acuerdo? De modo que si ninguno de los dos sabotamos el tratamiento es más que probable que lo completemos con éxito. ¿No le parece? Bien, pues hasta mañana que seguiremos con el tratamiento y comenzaremos a hablar del avión".

SESIÓN 2.

OBJETIVOS:

- Generalización de habilidades de las habilidades adquiridas (fases 2 y 3 de la Terapia de Auto-Regulación).
- Juego de roles e imaginación (tiene como función el evaluar sus reacciones tanto fisiológicas como cognitivas a los distintos momentos de un viaje en avión).
- Evaluar el funcionamiento de la persona en la utilización en diversas estrategias.

MATERIAL:

- Hoja de registro de Pensamientos Ansiógenos (Anexo II).
- Cronómetro y bolígrafos.

PROCEDIMIENTO:

Se puede comenzar la sesión de esta manera: "Bien, en la sesión de ayer trabajamos un poco con el recuerdo sensorial (RS) y, como he podido comprobar con las pruebas que pasó, Vd. tiene bastante desarrollada esa capacidad. Ahora se trata de potenciarla con una serie de ejercicios, a través de los cuales irá adquiriendo una

creciente habilidad en el manejo del RS. Es decir, se trata de un proceso de aprendizaje y como tal, requiere tiempo. No hay que tener prisa ni estar tenso" (hay que insistir en este punto en todo momento, a lo largo de todas las sesiones).

"El RS es una capacidad que todos tenemos y vimos que es un proceso que nos ocurre en nuestro cerebro de forma habitual, continua, automática y al margen de nuestra voluntad. Si esto sucede así de forma natural, imagínese lo útil y productivo que puede resultar el emplear este mecanismo del RS y que Vd. empiece a controlarlo y a aplicarlo para eliminar su miedo a volar en avión, ya que se trata de un "mecanismo" potente, duradero y automático. Además, como más adelante tendrá ocasión de comprobar, se trata de una técnica eficaz, potente, rápida y, sobre todo, agradable, muy agradable".

También se le dice: "Es importante que durante el transcurso de los ejercicios que vamos a realizar a continuación se muestre motivado, al tiempo que debe adoptar una actitud positiva hacia las tareas que realizará, junto con un grado importante de atención centrada en las mismas. También es importante concentrarse, estar absorto en la tarea que se esté realizando para evitar distracciones y mejorar el rendimiento en ella. Cuando ve una película por la televisión y la está siguiendo con toda su atención, está "metido" en ella y, por tanto, es muy difícil que se distraiga. Sin embargo, si no está absorto en ella es probable que piense en otras cosas y no entienda porque ocurría una escena en determinado momento o, si se entera de todo, es posible que no la sienta como si estuviera metido dentro de ella, y que la vea como algo ajeno a Vd."

Una vez dadas estas explicaciones, se retoma el primer ejercicio de la escala (o el que mejor le saliera) y se le pide: "Por favor, dése ahora la instrucción de que, cuando ponga la mano en la posición que tenía dentro del agua, la mano se le quedará rígida, tensa.

Cuando se haya dado la instrucción coloque la mano en posición y, si quiere, puede ayudarse de las imágenes o pensamientos que utilizó ayer para que vuelva a lograr la reproducción de las sensaciones que percibió con el agua".

Conviene recomendar que, para que el ejercicio salga bien, es conveniente tener muy en cuenta dos principios: "Uno, si le viene a la mente algún pensamiento del tipo "esto es una tontería", "no lo voy a conseguir", "no sé qué tiene esto que ver con quitar el miedo a volar", es decir, si le viene alguna interferencia con lo que estemos haciendo, la estrategia a seguir es no hacerla caso, no luche contra ella sino, simplemente, ignórela, y vuelva a concentrarse en lo que estemos haciendo en ese momento, ¿de acuerdo?. El otro principio que debemos tener muy presente, es que no se debe forzar el que aparezcan las sensaciones. Simplemente, concéntrese en la imagen que haya elegido y deje que las cosas ocurran. Ya verá como van apareciendo solas las sensaciones físicas que tuvo ayer, cuando tenía la mano introducida en el agua.

Se le indica a la persona que nada más notar algo, se lo comunique al terapeuta, quien reforzará cualquier logro, por débil que sea en un principio. Generalmente, las personas informan de varias sensaciones, entre las que se encuentran, que la mano adquiere cierta rigidez. Esta sensación es la más útil para la continuación del procedimiento y, por ello, será especialmente reforzada por el terapeuta.

Una vez que tiene rígida la mano, y mientras mantiene la sensación, se le pide que asocie las sensaciones que tiene en ese momento con tocar el pomo de la puerta y que avise cuando la asociación está hecha sin cortar la sensación de rigidez. También aquí puede utilizar o la imaginación o una instrucción verbal de la actividad que va a realizar o la asociación del pomo de la puerta con una palabra cualquiera.

En el momento de informar que se ha dado la instrucción para que la mano se le ponga rígida cuando toque el pomo de la puerta, se le dice: "Como éste es un entrenamiento para adiestrar el cerebro para controlarlo más eficazmente, conviene que no interrumpa las sensaciones sin más ni más, sino que es más apropiado el darse una señal para cortarlas. Así, puede decirse una palabra como "basta", "ya", "corta", "fin" y cortar la sensación al mismo tiempo que mueve la mano. Elija la que Vd. prefiera y utilícela para cortar las sensaciones que nota en este momento".

"Ahora, por favor, se va a dar la instrucción de que cuando toque este bolígrafo comenzará a tener las mismas sensaciones que cuando tomaba el limón, va a notar una gran salivación. ¿Ya se dio la instrucción? Pues cuando quiera puede tocar el bolígrafo y en el momento en que empiece a notar alguna sensación (como la salivación), me lo dice ¿de acuerdo?".

A partir de aquí, conviene tener en cuenta que las instrucciones y/o autoinstrucciones se deben dar en "futuro inmediato", emplazándolas para más adelante. Es decir, sugerir que a partir de determinado momento la instrucción empezará a hacerse realidad (p.e. "dentro de unos momentos, empezará a notar sensaciones de bienestar"). Por contra, las instrucciones no deben ser del tipo: "ahora te sientes bien", "la mano se le pone rígida", etc.

En el momento en que comunique que empieza a percibir las sensaciones que antes le produjo el limón (u otras distintas), se le refuerza: "Muy bien, como ve ya empieza a adiestrar su cerebro, haciendo que esté más bajo su control. Cuando quiera puede interrumpir la sensación, dándose la señal que antes eligió."

A continuación, se solicita a la persona que se acerque a la puerta y toque el pomo, recordándole que no debe forzar las sensaciones, que debe dejar que las sensaciones le vayan viniendo

sin perseguirlas que, aunque tarden un poco en aparecer, aparecerán con toda seguridad. Cuando informa que empieza a notar alguna sensación de rigidez, se dejan pasar unos segundos, se le separa la mano del pomo y se le hace ver como ha quedado rígida e inmóvil. Antes de cortar esa sensación, se le sugiere que haga una nueva asociación con la rigidez que nota en la mano. Por ejemplo, con un bolígrafo que haya encima de la mesa. (En esta fase, siempre hay que sugerir que se dé una instrucción mientras está notando claramente una sensación).

A partir de aquí, se va insistiendo en que la reproducción de las sensaciones, surge más rápida e intensamente y que, cada vez necesitará menos de las imágenes y de las asociaciones pues las sensaciones aparecerán con sólo utilizar sus propias instrucciones o dejarse llevar por las sugerencias del terapeuta, sin necesidad de asociaciones o práctica.

Se repiten varias veces (de cuatro a seis) la reproducción de las sensaciones que mejor le salgan (preferentemente la rigidez en la mano). Una vez completadas se le dice: "Debido a las continuas asociaciones, su cerebro está cada vez más activado y, por tanto, más receptivo a las instrucciones que Vd. se dé o yo le proponga. Y no sólo por lo que se refiere a los elementos que hemos ensayado hasta ahora, sino que cualquier otra sugerencia que se dé, se cumplirá y si no ocurre, no se preocupe, no pasa nada. Es una cuestión de aprendizaje y de no ponerse nervioso porque, al final, se cumplirá.

"Bien, como su cerebro ahora está mucho más activado y mucho más receptivo vamos a pasar a reproducir otras sensaciones que hasta ahora no hemos practicado. Así, puede darse la instrucción de que, dentro de unos momentos, cuando ponga la mano sobre la mesa, va a intentar levantarla, pero no va a poder aunque quiera. ¿Ya se dio la instrucción? Pues adelante, ponga la mano sobre la mesa y comprobará que no puede levantarla por mucho que lo

intente". Si por su expresión o comentarios parece que le asusta la sugerencia por creer que no podrá levantarla posteriormente, se añade que, por supuesto, si se da la señal de cortar, podrá levantar la mano. Pero que conviene que no lo haga hasta que se le indique. (Si ésta u otra sugestión de reto falla, aplicar los ejercicios correctivos que se detallan más abajo, al final de la sesión).

Si se considera oportuno para lograr mayor convencimiento de que le funciona cualquier instrucción que se dé, puede utilizarse la instrucción de que va a intentar levantarse de la silla y no va a poder hacerlo aunque quiera.

Una alternativa a esta instrucción es la de que una las palmas de sus manos y que se dé la instrucción de que va a intentar separarlas y no va a poder aunque quiera.

Dado que estos ejercicios de reto producen mucho impacto (aumentan las expectativas de éxito terapéutico), conviene hacer más de uno (no poder levantar la mano, no poder levantarse de la silla).

"Magnífico, como ve su cerebro responde a todo lo que Vd. le diga. Ya no sólo cumple instrucciones referentes a experimentar sensaciones, sino que también sigue instrucciones que afectan a que uno se pueda mover o no, es decir, al sistema motor. Tiene el cerebro tan activado que incluso puede darse instrucciones que actúen sobre sus emociones. Por ejemplo, dése la instrucción de que en el momento en que toque este lápiz se va a encontrar bien, fenomenalmente bien. Más que bien, muy bien, no va a poder reprimir el sonreír aunque lo intente y quizás hasta suelte una carcajada. Va a sentirse totalmente feliz y contento". Pasados unos segundos, se le pregunta: "¿Qué siente Vd. en estos momentos?". Si por cualquier circunstancia no sonríe, se insiste: "Va a intentar mantener los labios apretados con expresión de disgusto, pero no va

a poder. Lo bien que se encuentra por dentro, va a provocar que, si se deja llevar por lo que siente, los labios se le estiren y no pueda aguantar las ganas de sonreír, sonriendo francamente y ría con todas sus ganas".

(A la mínima sonrisa el terapeuta sonreirá alegremente para facilitar la expresión de lo que la persona siente).

Una vez está sonriendo e informa que se encuentra bien (que respira mejor, está más relajado, etc.) se le aconseja que asocie todo lo que está sintiendo en ese preciso momento, con la palabra "alegría". De esta manera, siempre que piense en esa palabra, disfrutará de las mismas sensaciones placenteras que ahora está experimentando.

Cuando señale que ya ha hecho la asociación que se le pide se le indica que, cuando quiera, puede darse la señal para interrumpir el efecto. Una vez lo ha cortado, se le sugiere que se dé la instrucción de que, dentro de unos momentos va a empezar a experimentar sensaciones desagradables, que van a conseguir que se encuentre mal, molesto. Cuando se le aprecian gestos de desagrado y éste se confirma con sus verbalizaciones, se le sugiere que piense en la palabra "alegría" y, tras unos segundos, que informe cómo se siente, si el desagrado no se ha tornado ahora en bienestar. (Aquí se puede aprovechar para motivarlo, diciéndole que si algo tan difícil como el controlar sensaciones de desagrado lo ha conseguido tan fácilmente, que se imagine lo que puede conseguir con esta técnica).

"Ahora asociaremos un pensamiento a una actividad, como golpear la mesa. Elija un pensamiento y asócielo con el golpe que yo dé en la mesa, de tal manera que, cuando yo golpee la mesa, el pensamiento automáticamente surgirá en su mente. Una vez haya hecho la asociación me lo dice". (Cuando lo señala, se le hace otra sugerencia como, por ejemplo, que vuelva a pensar en la palabra

"alegría". En el momento en que su rostro o sus verbalizaciones expresen que está experimentando sensaciones agradables, se le comenta lo mucho que ha avanzado en pocos minutos y, seguidamente, se golpea la mesa. Entonces se le pregunta qué pensamientos tiene en ese momento y, tras confirmar que se trata del pensamiento previamente asociado a la actividad de golpear la mesa, se le dice:

"¡Estupendo! Como puede ver, cualquier cosa que se diga o cualquier asociación que haga, se cumple. Ya hemos puesto las bases para empezar con su miedo a volar en avión."

(Estas tres últimas sugerencias terapéuticas: inducción de estados de ánimo (positivos y negativos), interrumpir emociones negativas y pensamiento asociado, se practican aquí por ser necesarias más tarde, cuando se trabaje específicamente con el miedo a volar del paciente).

"Bueno, vamos a hacer un ejercicio para ver qué elementos, de los que existen alrededor de un vuelo en avión, son los que le producen más ansiedad y ver qué pensamientos tiene en esos momentos, para luego poder modificarlos".

"Ahora, por favor, se va a poner cómodo en el sillón e imaginar el vuelo en avión que yo le iré describiendo. Concéntrese en mi voz y vaya imaginando lo que le vaya diciendo. Puede cerrar los ojos, si piensa que así se lo imaginará mejor o, por el contrario, puede permanecer con los ojos abiertos y, fijándose en la pared, "ver", todo como si estuviera realmente dentro de la situación. Si, en algún momento, experimenta ansiedad o miedo, me lo indica moviendo el dedo meñique, ¿de acuerdo?. Pues, entonces, imagínese que mañana tiene que realizar un vuelo. Elija Vd. el punto de destino que desee y que le parezca más verosímil o posible de realizar por

Vd.. ¿Cuál ha elegido?. De acuerdo, tiene que tomar un avión para ir a ".....". Se encuentra en su casa, ya tiene el billete en la mano y el vuelo confirmado. (Pausa). Vaya imaginándose, lo más claro posible los detalles de la habitación en que se encuentra, los muebles, las paredes, las lámparas, las ventanas. Más que imaginárselo, puede "sentir" que está en esa habitación. Vea con claridad los colores. (Pausa). Escuche los sonidos que llegan hasta Vd. (Pausa). Inspire y vaya percibiendo los olores que hay en la habitación. (Pausa) ¿Lo percibe todo con claridad?. Está pensando que mañana tiene que subirse al avión". (Pausa).

Si se observa y/o verbaliza que la persona está experimentando ansiedad, se le pregunta: "¿Qué pensamientos tiene en estos momentos?" (Se anotan, en las hojas del Anexo II para reetiquetarlos donde más abajo se indica).

(Se continúa con la descripción: "Se acerca al dormitorio para ir haciendo la maleta" (Pausa). Y, así sucesivamente, se irán detallando todos los elementos contenidos en el vídeo (Taxi o coche particular; autopista; llegar al aeropuerto; entrar en el aeropuerto; facturación de equipaje y recogida de la tarjeta de embarque; sala de espera de la llamada para embarcar; paso por control de metales; entrada en sala de embarque entregando la tarjeta; salida al exterior; aproximación al avión; esperando subir al avión en la cola ; subida al avión; colocación del equipaje de mano; sentarse en el asiento; mirar al exterior por la ventanilla; desplazamiento del avión por la pista de rodadura; anuncio, por megafonía, de despegue inmediato; carrera por la pista de despegue y elevación del avión; observación de cómo se va elevando el avión; demostración del uso del salvavidas; exteriores con nubes y mar; interiores; aproximación al punto de destino; aterrizaje). Esta descripción tiene como objetivo el ir recogiendo los pensamientos indeseados que provocan que la ansiedad se dispare, para incidir sobre ellos más adelante. El vídeo

servirá de guía, sobre todo, a aquellas personas que, teniendo miedo a volar en avión, nunca lo hayan hecho.

Aquí, es conveniente preguntar a la persona si prefiere un tratamiento que esté basado, sobre todo, en el esfuerzo o, por el contrario, prefiere que se insista más en ir formando automatismos que, siendo incompatibles con el miedo a volar, le liberen de las sensaciones desagradables que experimenta cuando vuela. (Hay que tener en cuenta que, en los dos casos, preferencia por el esfuerzo o preferencia por los automatismos, se trabajarán los dos aunque, eso sí, insistiendo en la preferencia manifestada).

"Antes de pasar a trabajar sobre esas situaciones que en el vuelo le producen malestar, vamos a practicar la relajación que, lógicamente, le será muy útil para cuando vaya a viajar en avión. Conviene que se apoye en el respaldo del asiento y descanse las manos en los brazos del sillón para facilitar la relajación. También puede cerrar los ojos si piensa que de esa manera se va a relajar más. Si se encuentra cómodo podemos comenzar. Dado que es la primera vez que vamos a practicar este ejercicio voy a ir describiéndole sensaciones de relajación después de que Vd. se dé la instrucción de relajarse ¿de acuerdo? Dése la instrucción de que, dentro de unos momentos, va a empezar a notar como todo su cuerpo va a ir relajándose de la cabeza a los pies. ¿Se dio la instrucción? Empecemos entonces. Ahora, poco a poco, se le van a ir relajando todos los músculos de la cara: la mandíbula, se le va relajando, (pausa); los labios... se entreabren por efecto de la relajación, (pausa); la lengua y los músculos de la cara se relajan, (pausa); los ojos van perdiendo la tensión y se van relajando, (pausa); los músculos de la frente, del ceño se le van relajando, (pausa); toda la cabeza va relajándose más y más, (pausa). El cuello se va abandonando a la relajación y los músculos se van relajando por momentos. (Pausa). Los músculos del pecho también comienzan a soltarse y se van relajando lenta pero intensamente. (Pausa).

Observe que ahora respira más lenta y armoniosamente, tranquilamente. (Pausa). Está relajado, cada vez más y más relajado. La relajación le va inundando cada vez más y le llega al vientre, al estómago que, poco a poco, van relajándose más y más. (Pausa). Las nalgas van relajándose más y más. (Pausa). Los muslos van perdiendo su tensión y se relajan más y más. (Pausa). Los músculos de sus pantorrillas comienzan a soltarse y se relajan. (Pausa). Sus espinillas se relajan. (Pausa). Sus tobillos se relajan. (Pausa). Los músculos del empeine se relajan. (Pausa). Poco a poco sus pies empiezan a relajarse. (Pausa). Los dedos de sus pies se relajan. (Pausa). Está más y más relajado. Tiene la frente relajada..., los ojos relajados..., los labios van entreabriéndose por efecto de la relajación...las mejillas, la lengua..., la mandíbula..., el cuello. Tiene el pecho relajado, observe como su respiración es tranquila y relajada, muy relajada. Tiene relajado el estómago..., las piernas totalmente relajadas, los muslos..., las pantorrillas..., las espinillas..., los pies. (Pausa). Se deja, a la persona, disfrutar durante unos segundos de la relajación y, después, se continúa diciendo:

"Si quiere volver a experimentar lo que está sintiendo en estos momentos de relajación, puede lograrlo haciendo lo mismo que cuando sintió alegría. Elija una palabra, por ejemplo, paz, relajación, tranquilidad, u otra que a Vd. se le ocurra y asocie la palabra a todas las sensaciones que está disfrutando en estos momentos. Vaya repitiéndose la palabra que haya elegido y, al mismo tiempo, sienta como todo su cuerpo está relajado, muy relajado."

Después de unos segundos, se le pregunta si considera que ya ha hecho la asociación. Si la respuesta es afirmativa se le indica que, a partir de ahora, cada vez que se dé la instrucción de relajación a través de la palabra elegida (también se le pregunta cuál ha sido) su cuerpo sentirá lo mismo que está sintiendo en esos momentos. A continuación se le señala que, si quiere, puede cortar con las

sensaciones de relajación para continuar con la práctica de otras estrategias para eliminar su miedo a volar en avión. (Recomendarle que no lo haga bruscamente, ni que se levante, sino que se vaya moviendo poco a poco y haciendo unas respiraciones profundas hasta que considere que está en un nivel adecuado de activación).

"¿Qué tal se ha sentido?. ¿Se había relajado alguna vez tanto como ahora?" (Si nunca había conseguido relajarse tanto, se aprovecha la ocasión para insistir en los beneficios que puede obtener de la técnica y en que cada vez va logrando mayor control sobre las respuestas de su cerebro).

El terapeuta puede seguir de la siguiente manera: "Tal como dijimos hace un rato, ahora vamos a trabajar sobre esos pensamientos desagradables que le asaltan en determinados momentos del vuelo". Aquí, se van reetiquetando todos los pensamientos deformados utilizando la técnica de búsqueda automática. Esta técnica consiste en que la persona se dé la instrucción de sentirse bien (con la palabra elegida de "Alegría" u otra que le guste más). Una vez que experimenta las sensaciones de alegría y bienestar, se la sitúa con sugerencias en el momento del vuelo que le provoca el primer pensamiento deformado y se le indica que busque motivos, dentro de esa situación, que justifiquen el que se encuentre tan bien. La misma tarea se aplica con el resto de los pensamientos deformados y las situaciones en las que se desencadenan.

"Pero hay más medios para conseguir que Vd. viaje cómodo y tranquilo en un avión. Para que se entienda lo que vamos a hacer a partir de ahora retomemos el ejemplo de ver la televisión o ir al cine. Es evidente que si nos gusta una película, en realidad más que verla la "vivimos". Si se trata de una comedia, nos reímos y nos lo pasamos bien. Si es un drama, en determinados momentos sentimos angustia; en otros, miedo y, en otros, pena. ¿No es así? Sin embargo,

aunque la película sea un drama, si no nos gusta, nos aburrirnos. También puede ocurrir que nos quedemos medio dormidos o, incluso, que nos... durmamos completamente, ¿le ha ocurrido alguna vez?. Es evidente que si nos aburrirnos o, más aún, si nos dormimos, no compartimos el sufrimiento ni las penas de los protagonistas. ¿Está de acuerdo?

Pasando del ejemplo de la película al hecho de que Vd. lo pasa mal cuando vuela, "¿qué preferiría Vd.? ¿tener miedo dentro del avión o, por el contrario, que le fuera indiferente, que se aburriera, o que, incluso, se durmiera siempre que viaje en avión y no se enterara en absoluto del viaje?

Pues bien, a continuación vamos a trabajar en el sentido de que Vd., a partir de ahora, se aburra en el vuelo. Se aburra tanto, que va a volar siempre medio dormido o, quizás, totalmente dormido. Con el tiempo, a lo mejor hasta le gusta y puede disfrutarlo pero, por ahora, es mejor aburrirse que pasar miedo, ¿no le parece?. Entonces acomódese en el sillón y comencemos":

(Tanto en esta descripción como en las siguientes cronometrar el tiempo que dure, con el objeto de comprobar cuánto se reduce el tiempo cuando se aplique la técnica de distorsión temporal).

"Acaba de entrar en el avión y se acerca hasta el asiento que le ha correspondido. (Pausa). Coloca las maletas en su lugar y se acomoda en el asiento. (Pausa). Se pone el cinturón de seguridad y mira al frente. (Pausa). ¿Cómo se siente en estos momentos? De acuerdo, sigamos entonces, para conseguir que estar dentro del avión le sea indiferente e incluso aburrido. Fíjese en el respaldo del asiento que tiene delante y vea que es de un color soso, aburrido. (Pausa). Da un vistazo a su alrededor y se da cuenta de que no hay nada que le atraiga especialmente. Ni los colores del interior del avión, ni los movimientos de las personas que se encuentran dentro

del avión. (Pausa). No le atrae ni la vista del exterior que ofrece la ventanilla del avión. (Pausa). Todo le produce una gran indiferencia, nada llama su atención. (Pausa). Todo le aburre, nada le atrae. (Pausa). Le entran ganas de bostezar. (Pausa). Piense en la palabra que asoció con el estado de relajación. (Pausa). Empieza a sentir una gran relajación por todo el cuerpo. (Pausa). Empieza por la cabeza y, poco a poco, se extiende por todo el cuerpo. (Pausa). La relajación le va inundando todo el cuerpo. (Pausa). Le entran ganas de dormirse. (Pausa). Va a dormirse más y más profundamente y, a pesar de ello, me seguirá oyendo claramente. (Pausa). Dentro de poco, Vd. va a tener un sueño. (Pausa). Un sueño real. (Pausa). Un sueño agradable como los que ha tenido algunas veces por la noche. (Pausa). Cuando deje de hablar, cualquier clase de sueño agradable se le puede presentar. (Pausa). Recuerde que no tiene que perseguirlo, simplemente deje que ocurra. (Pausa). Cuando yo vuelva a hablar, me volverá a oír como lo está haciendo ahora. (Pausa). Si acaba de soñar antes de que yo empiece a hablar, permanecerá tal y como está ahora: profundamente relajado. (Pausa). Ahora, si quiere, puede dormir y tener un sueño". (Pausa).

(Permanecer en silencio durante un minuto y, una vez acabado el plazo, preguntarle acerca de si se ha sentido aburrido, indiferente. Si piensa que ha llegado a dormirse, si ha tenido un sueño, si éste ha sido agradable, etc).

(Si verbaliza que soñó): "Sueños como éste le vendrán cada vez que vuele, si se da las instrucciones oportunas. Puede decidir quedarse profundamente dormido durante todo el vuelo o puede permanecer ensimismado en sus sueños, como prefiera".

(Si expresa, por el contrario, que no soñó): "No importa, como señalamos anteriormente, todo es una cuestión de entrenamiento y, aunque no consiga llegar a tener un sueño, si se quedó profundamente relajado y medio dormido (o totalmente dormido),

¿verdad?. Pues ese es el objetivo, evitar que lo pase mal, durante el vuelo en avión".

"Ahora vamos a ver una forma distinta de conseguir que Vd. no sufra mientras vuela. Para ejemplificarla podemos decir lo siguiente: es posible que haya visto alguna vez como un niño que tiene miedo a un perro se echa a llorar aterrizado cuando tiene delante al perro y, cuando se aleja de él, se sosiega y juega tranquilamente. Y, es posible que haya visto también que no sólo deja de llorar cuando está lejos del perro sino que, si conseguimos distraerlo llamándole la atención con juegos o con algo que le guste, deja de llorar aunque siga estando cerca del animal. ¿Ha visto algo parecido alguna vez"?

"Pues ahora se trata de aplicar a su miedo a volar el mismo principio que funciona con el niño del ejemplo. Es decir, que Vd. consiga concentrarse en un tema, idea u objeto cuando viaje en avión de tal manera, que el hecho de estar volando le sea totalmente indiferente, le parezca como si eso no fuera con Vd., como si volara otra persona en vez de Vd. ¿De acuerdo?."

"Empecemos, pues. (Puede acomodarse como antes, es decir, con los ojos cerrados imaginando lo que yo le vaya diciendo o bien, con los ojos abiertos "viendo" lo que yo le vaya diciendo en la pared). Imagínese que ya está en el avión. Ve delante suyo el respaldo del asiento que tiene en frente de Vd. A un lado tiene la ventanilla y, al mirar a través de ella, ve la pista de despegue del aeropuerto. Mire ahora al otro lado, y verá cómo la gente se mueve por el pasillo. ¿Siente algo de nerviosismo? Elija ahora una idea en la que centrarse, o un objeto o, si quiere, un juego en el que pueda concentrarse mientras está volando. ¿Cuál ha elegido? De acuerdo. A partir de este momento, le iré describiendo un vuelo en avión y Vd. se va a centrar en la actividad que ha elegido, de manera que lo que yo le vaya diciendo le va a parecer que no va con Vd., le parecerá que estoy hablando con otra persona, y que lo único en

qué va a estar concentrado es en el tema que ha elegido. Es posible que se esté preguntando cómo puede conseguir estar concentrado en la actividad que ha elegido y, al mismo tiempo, "sentir" que está en el vuelo que le voy a ir describiendo a continuación. Es lógico, pero no se preocupe. Como ha ido viendo a lo largo de la sesión, Vd. ya está en condiciones de darse cualquier instrucción que, aunque parezca contradictoria a primera vista, seguro que se cumplirá".

Una vez subrayado este punto, se comienza a describir a la persona un vuelo en avión. Acabada la descripción, se le pregunta para ver en qué grado le ha funcionado la técnica, pasando a la siguiente estrategia.

"Vamos a trabajar, ahora, otra manera de distanciarse subjetivamente de la situación de estar dentro del avión. Esta técnica consiste en darse la instrucción de que va a ir todo el viaje pensando en lo bien que se lo va a pasar cuando llegue al punto de destino, en que va a sentir que ya está allí. Esa instrucción puede dársela antes de salir de casa o ya en el avión".

"Antes de empezar ¿me podría decir a donde irá la primera vez que vaya a hacer un viaje en avión? ¿Con quién? ¿Con qué motivo?" (Estas preguntas se formulan con objeto de obtener información para utilizar a continuación).

"De acuerdo. Va a hacer Vd. un viaje en avión para ir a _____. Acomódese en el sillón e imagine que está en su casa dispuesto a salir para el aeropuerto rumbo a _____. Le voy a ir describiendo todo el viaje, desde casa hasta su punto de destino y Vd. va a "ver" lo que le vaya diciendo como si estuviera realmente allí. Sin embargo, se va a dar la instrucción de que, durante todo el tiempo, su pensamiento no va a estar en la situación sino que, por el contrario, va a ir todo el viaje pensando en que ya está en _____

, se encuentra con las personas con las que quiere pasarse esos días y, por lo tanto, está pasándoselo muy bien, disfrutando enormemente con esas personas y en ese lugar. Es decir, aunque va a "ver" y "oír" todo lo que le vaya describiendo, para Vd. lo único importante, será aquello en lo que va a concentrarse, que es en disfrutar con las personas y en el sitio al que quiere ir, ¿de acuerdo?".

Una vez descrito el viaje, se le preguntará el grado en que ha vivido la situación.

(Aunque se aplicará a todas las personas que tengan miedo a volar, la siguiente técnica es de especial aplicación a aquellas en las que su problema tenga que ver más con su percepción del tiempo, es decir, con personas a las que el viaje les dure, subjetivamente, más de lo que desearían; que se les hace eterno el viaje y, por tanto, el sufrimiento).

"Ahora vamos a ver cómo Vd., cuando quiera, puede darse la instrucción de que el viaje le resulte breve, muy breve, que los viajes en avión le resulten a partir de ahora cortos, que los minutos pasen tan rápidos como si fueran segundos".

"Por favor, prepárese como antes (con los ojos cerrados o "viendo" el vuelo proyectado en la pared), e imagínesse Vd. mismo todo un vuelo, desde que se acomoda en su asiento dentro del avión hasta que sale de él, tal como hemos practicado hasta ahora. Pero esta vez dése la instrucción de que el tiempo va a ir muy rápido, de que cada minuto le va a parecer un segundo. Por lo que el vuelo le va a durar subjetivamente muy poco ¿De acuerdo?. Voy a ser yo quien le dé la señal para empezar, pero Vd. será quien me diga cuándo acaba de aterrizar".

(Aquí es conveniente hacer dos observaciones:

1) Mientras la persona está imaginando o "viendo" que está volando dentro del avión, no se le puede preguntar, en ningún momento, dónde está, qué siente, si está experimentando que el tiempo pasa deprisa..., ni ninguna otra clase de pregunta o hacer ningún tipo de comentario. Esto es debido a que si se le pregunta algo referente al vuelo, al intentar describirlo lo hará, lógicamente, en tiempo real y no experimentará en ese momento, como se pretende, la aceleración del tiempo: la distorsión temporal.

2) Hay que apuntar el tiempo que tarda entre las dos señales, tanto de inicio como de final (entre los dos "ya"), a fin de compararlo con el tiempo que tardó anteriormente en los vuelos imaginados. Esto se hace para comprobar que tarda menos en esta ocasión debido a que ha comprimido el tiempo. También es conveniente la comparación, para indicárselo a la persona y motivarla).

PRÁCTICA EN CASA

Como penúltima recomendación, antes de despedir a la persona hasta la siguiente sesión, se encuentra la de darle instrucciones de que practique todo lo que pueda en su casa, insistiendo en que el dominio de la técnica dependerá (básicamente en el caso de los que opten por alternativa de esfuerzo personal), de esa práctica. Se le puede poner el ejemplo de cualquier deporte (o de elaboración de cualquier plato culinario, si es ama de casa), en los que es necesario practicar continuamente para poder llegar a tener los músculos preparados óptimamente para ese deporte o, por el contrario, si una persona no practica una determinada receta, se le olvidan los ingredientes o "pierde la mano" a la hora de darle el punto adecuado al plato, (también se puede utilizar el ejemplo de la rehabilitación-fisioterapia).

Conviene que se den a la persona una serie de recomendaciones para un buen uso de la técnica en su vida cotidiana:

"Cuando comience a practicar la técnica fuera de aquí, es aconsejable que elija, para empezar, un momento en que esté a solas, sin nada que le moleste (T.V. o radio encendida). Conseguido esto, dése la instrucción de que, cuando ponga la mano en la posición que hemos practicado hasta ahora, se le pondrá rígida. Cuando obtenga esa sensación con claridad, ya tendrá el cerebro suficientemente activado como para que se pueda cumplir cualquier instrucción que se dé".

Además, ha de tener en cuenta varios puntos:

- El que la mano se ponga rígida o no, depende, en gran medida, de lo concentrado que esté en ese momento.

- Las instrucciones deben darse en **futuro inmediato**, es decir, deben ir en la línea de "dentro de unos momentos (segundos, minutos, etc.) empezaré a sentirme cada vez más relajado" y no en el sentido de "ahora mismo me voy a quedar totalmente relajado".

- Las instrucciones deben darse en forma afirmativa, esto es, deben ser del tipo: "Cuando me levante me encontraré fresco y descansado", y no conviene incluir la palabra "no" como en las frases: "Cuando me levante no me encontraré cansado", "No voy a estar tenso durante todo el día".

- Conviene que repita las instrucciones dos o tres veces.

- Si se da una instrucción y tarda en percibir las sensaciones, no intente forzarlas para que aparezcan sino que, por el contrario, déjese estar y siga esperando a que aparezcan, pues aparecerán con seguridad. Y no se preocupe, aparecerán más rápido con la práctica,

recuerde que el dominio de la técnica es una cuestión de aprendizaje".

EJEMPLOS DE TAREAS PARA CASA:

- Instrucción de que cuando se acuesten y apaguen la luz irán experimentando cómo les va invadiendo una sensación de gran relajación, que les nacerá en la cabeza y les irá descendiendo hacia los pies y, cuando llegue a éstos, se quedarán profundamente dormidos.

- En las siguientes sesiones, cuando se vea que ya va dominando la técnica, la instrucción anterior se puede complementar diciendo que, cuando se levante, nada más encender la luz se sentirá bien, descansado y con ganas de hacer muchas cosas, con mucha vitalidad.

- Si tiene que acudir a algún lugar que piensa que le va a resultar desagradable, que se dé la instrucción de que se va a sentir muy bien, que le va acudir a la mente, de forma repetida, la palabra "alegría", experimentando sensaciones de gran alegría y que va buscar razones, dentro de la situación, que justifiquen esa sensación de bienestar.

Acabar esta sesión (y las siguientes) dando la sugestión al modo posthipnótico de que, cuando en la próxima sesión, ponga la mano derecha en la posición acostumbrada, la mano se le pondrá rígida y se activará tanto su cerebro como lo tiene en esos momentos, siguiendo tan receptivo como está entonces. Señálese que no será necesario repetir todos los ejercicios que en esa sesión se han realizado.

ELEMENTOS A CONSIDERAR EN ESTA SESIÓN:

A) Si falla alguno de los ejercicios de reto, conviene aplicar los ejercicios correctores según el siguiente esquema: a) instigación, b) asociación, y c) reproducción (Bayot, A. Capafons, & Bayot, 1995). Como ejemplos, podemos poner los siguientes:

- **Levanta la mano** (cuando se ha dado la instrucción de que no va a poder levantarla aunque quiera). Se le comentará que no hay problema, que eso puede ser debido a que, o bien ha interferido con algún pensamiento en contra de la instrucción, o bien que no tiene el recuerdo sensorial de no poder levantar la mano (insistir en este punto). Tras esta explicación se le dirá que para que tenga ese recuerdo sensorial, dentro de unos segundos se le colocará la mano encima de la suya y se apretará contra la mesa mientras él/ella intenta levantarla con todas sus fuerzas (hasta que no le quede duda de que no puede levantarla), grabando la sensación de la imposibilidad de levantar la mano.

- **Se levanta de la silla** (cuando se ha dado la instrucción de que no va a poder levantarse aunque quiera). Se le dirá y hará lo mismo que en el caso anterior pero, ahora, con las manos sobre los hombros apretándole hacia abajo.

- **Separa las manos** (cuando se le ha dado la instrucción de teniendo las palmas de las manos unidas va a intentar separarlas y no va a poder aunque quiera). Igual que en los casos anteriores, en este caso, apretándole una mano contra la otra.

B) Si se observa que la persona no puede evitar el tener pensamientos interferentes sobre una sugerencia concreta, habiendo funcionado bien en lo anterior, se le puede sugerir que se dé la instrucción de que sólo van a acudir a su mente pensamientos

acordes con la sugerencia, (no conviene dar la instrucción al revés, esto es, que "no" va tener pensamientos interferentes.

SESIÓN 3.-

OBJETIVOS:

- Evaluar el resultado que la persona ha obtenido en la práctica de la Auto-Regulación en general y de las tareas para casa en particular.

- Repetición del programa mental relativo a las técnicas que mejor le hayan funcionado.

- Lograr la asociación del brazo del sillón del avión con relajación y la aparición de pensamientos positivos. También la de proporcionar información adecuada de ruidos y movimientos "raros" en el avión.

MATERIAL:

El necesario según las técnicas a aplicar.

PROCEDIMIENTO:

Una vez recogida la información correspondiente de cómo le ha ido en la práctica, en casa, de la técnica, reforzarles los logros conseguidos y, en su caso, corregirles los elementos que no dominan del todo, se le aplicarán tres de las técnicas que mejor le hayan funcionado.

Para conseguir que, cada vez que le surja un pensamiento de peligro, le sobrevenga una gran relajación y, además, pensamientos positivos incompatibles con los que acostumbra cuando vuela, se

puede utilizar la técnica del pensamiento asociado de una manera como la siguiente:

1) Se decidirán con la persona los pensamientos positivos que sean más adecuados para ella.

2) Se le pedirá que se diga la palabra que había asociado anteriormente con relajación y que observe como va a ir notando los efectos desde la cabeza hasta los pies.

3) Una vez que experimenta la relajación (si se observa que tarda se le volverá a inducir como al principio) se le indica que asocie la acción de apretar el brazo del sillón con los pensamientos positivos previamente acordados y la relajación que experimenta.

Cuando alguna persona expresa que su miedo a volar se dispara por algún suceso dentro del avión, que es absolutamente normal en un vuelo, conviene suministrar la siguiente información (sobre todo para los que nunca han volado):

- Cuando despegue el avión, suele bajar unos metros. Esto es normal, no es debido a un fallo del aparato.

- Cuando levantan (y bajan) el tren de aterrizaje, es muy probable que se oigan ruidos metálicos debajo del avión.

- Cuando el avión se interna en una nube, las alas se mueven. Esto es debido a que, en las nubes, existen pequeñas turbulencias, (pero no es para preocuparse pues el duraluminio soporta hasta que se le doble entero y no se parte).

- Los timbres de llamada. Suelen asustar a los que desconocen su función.

Completada la aplicación de estas técnicas, se le indicará la conveniencia de que siga practicando en casa.

Se finalizará la sesión dando la sugestión al modo posthipnótico, (igual que en sesión anterior).

SESIÓN 4

Objetivo:

- Los mismos que en la sesión anterior.

MATERIAL:

El necesario para la realización de los ejercicios.

PROCEDIMIENTO:

Se comentará el rendimiento del cliente en las prácticas que ha llevado a cabo, proponiéndole nuevas aplicaciones.

Se le vuelven a aplicar las mismas técnicas que en la sesión anterior.

Finalizada la aplicación de esas técnicas, se le indicará que siga practicando en casa.

Se finalizará la sesión dando la sugestión al modo posthipnótico, (igual que en sesión anterior).

SESIÓN 5.-**OBJETIVOS:**

- Evaluar el resultado que la persona ha obtenido en la práctica de la Auto-Regulación en general y de las tareas para casa en particular.
- Repetición del programa mental relativo a aquellas técnicas que quedan por repetir de la segunda sesión.
- Comenzar con el modelado sistemático de cómo enfrentarse al vuelo.

MATERIAL:

El necesario según las técnicas a aplicar.

PROCEDIMIENTO:

Una vez recogida la información relativa a los resultados de la prácticas que haya realizado en casa, reforzar los logros conseguidos y, en su caso, corregir los elementos que no domina del todo. Se volverán a trabajar las técnicas que en la segunda sesión se vieron menos eficaces, en busca de una mejoría de su rendimiento en esas estrategias. Si no se obtiene ninguna mejora, recomendar que la persona se abstenga de usarlas y que se centre en la práctica de las técnicas que mejor hayan funcionado.

Una vez visto el rendimiento de la persona en esas técnicas, se modelará al paciente la manera de enfrentarse al vuelo teniendo en cuenta las estrategias que mejor le hayan funcionado hasta ese momento.

Finalizado el modelado, se le indicará que siga practicando en casa con las técnicas que se ha visto son las más eficaces con él/ella.

Se finalizará la sesión dando la sugestión al modo posthipnótico, (igual que en sesión anterior).

SESIÓN 6.-

OBJETIVOS:

- Evaluar los resultados que la persona va obteniendo en la práctica de la Auto-Regulación en general y de las tareas para casa en particular.
- Repetición del programa mental de las técnicas que mejor hayan funcionado hasta ese momento.
- Continuar con el modelado sistemático de cómo enfrentarse al vuelo.
- Introducción de metáforas adecuadas a determinados momentos y experiencias asociadas.

MATERIAL:

El necesario para la aplicación del programa.

PROCEDIMIENTO:

Recogida la información correspondiente a los resultados que ha venido obteniendo, desde la última sesión, en su práctica en casa, se le aplicarán las técnicas que mejor le hayan funcionado hasta ese momento y se le modelará en la forma más conveniente que debe emplear para utilizarlas.

Una vez finalizado el punto anterior, se comenzará con la realización de ejercicios que hagan uso de metáforas para aquellas personas que expresen lo desagradable que resultan ciertos momentos del vuelo: despegue, turbulencias, la altura a la que vuela el avión, la estrechez del mismo, el aterrizaje, etc. Para estas personas se realizarán ejercicios como el que, a continuación, sirve de modelo.

Para una persona que le resulte desagradable las sensaciones que experimenta con la fuerte subida de un avión al despegar, se puede realizar este ejercicio: "Bien, ¿a Vd. le gusta la noria, la montaña rusa o cualquier otra actividad que tenga en común con el despegue del avión el que se sube rápidamente?". Si indica alguna actividad concreta, se puede realizar la tarea consistente en que se dé la instrucción de que se va a ver dentro de un avión despegando y que va a experimentar las sensaciones placenteras y excitantes de "subir" con la noria, montaña rusa o la actividad que haya señalado.

Si las sensaciones desagradables se circunscriben a los momentos en que el avión da bandazos por estar dentro de una zona de turbulencias se puede utilizar la metáfora de una carretera llena de baches conduciendo un todoterreno, o bien, ir por el mar a bordo de lancha motora, etc.

Si lo que le desagrada es el aterrizaje, se pueden utilizar, también aquí, la noria, la montaña rusa, además del tobogán u otra actividad que ella misma proponga.

Si es la altura lo que no le gusta, puede hacer ejercicios en que, viéndose en vuelo, mire por la ventanilla y perciba todo como si estuviera a la altura de sus pies y que las casas y montañas sean pequeñas, maquetas que están ahí mismo, al alcance de su mano.

Si lo que le resulta molesto es la estrechez del avión y le gusta ir en coche o en tren, se pueden hacer ejercicios en los que se vea dentro del avión, pero sintiéndose como si fuera en uno de los otros vehículos.

Se finalizará la sesión insistiendo en la práctica en casa y dando la sugestión al modo posthipnótico.

SESIÓN 7.-

OBJETIVOS:

- Repetición del programa mental de las técnicas que mejor hayan funcionado hasta ese momento.
- Continuar con el modelado sistemático de cómo enfrentarse al vuelo.
- Modelado para prevención de recaídas.
- Que la persona vaya adquiriendo el rol de "serle indiferente" o "gustarle" volar.

MATERIAL:

El necesario según los ejercicios.

PROCEDIMIENTO:

Se aplicarán a la persona, las técnicas que mejor le hayan funcionado hasta ese momento (incluidas las metáforas) y se le modelará en su utilización.

Asimismo, teniendo en cuenta lo anterior, se le modelará como debe afrontar eventuales recaídas.

Se le recomendará que vaya asumiendo, el rol de que el avión le es totalmente indiferente o, si es posible, el de que le gusta mucho volar (mediante las instrucciones oportunas).

Se finalizará la sesión dando ejemplos de nuevas prácticas en casa y con la sugestión al modo posthipnótico.

SESIÓN 8.-

OBJETIVOS:

- Repetición del programa mental de las técnicas que mejor hayan funcionado durante el programa de intervención.
- Modelado sistemático de cómo enfrentarse al vuelo.
- Subrayado de la importancia de que asuma el rol de "serle indiferente" o "gustarle" volar.

MATERIAL:

El mismo que en la sesión anterior.

PROCEDIMIENTO:

Se le aplicarán las mismas técnicas que en la sesión anterior.

A partir de los resultados en esa aplicación, se decidirá cual es la técnica o combinación de técnicas más adecuada. Se le modelará en la forma en que debe darse las instrucciones en la noche anterior al vuelo y en la mañana del vuelo, nada más levantarse.

Se le indicará la conveniencia de que asuma el rol de que el avión le es totalmente indiferente o el de que le gusta mucho volar (mediante las instrucciones oportunas). Se finalizará la sesión dando la sugestión al modo posthipnótico utilizando la estrategia o combinación de estrategias que, finalmente, se decidió.

ANEXO Nº I

HOJA DE REGISTRO: ESCALA AUTO-REGULACIÓN EMOCIONAL

(Versión de Bayot, Capafons & Amigó, 1995)

ELEMENTO 1 (AGUA)	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	1=
	2	-	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0	
	2p		1.5p		1.25p		1p		0.5p		0p		

ELEMENTO 2 (LIBRO)	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	2=
	2	-	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0	
	2p		1.5p		1.25p		1p		0.5p		0p		

ELEMENTO 3 (IN. AGUA)	INVOLUNTARIO = 2	CONFUSO = 1	VOLUNTARIO = 0	3=
--------------------------	------------------	-------------	----------------	----

ELEMENTO 4 (IN. LIB.)	INVOLUNTARIO = 2	CONFUSO = 1	VOLUNTARIO = 0	4=
--------------------------	------------------	-------------	----------------	----

ELEMENTO 5 (CENIZA)	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	5=
	2	-	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0	
	2p		1.5p		1.25p		1p		0.5p		0p		

ELEMENTO 6 (LIMÓN)	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	6=
	2	-	1	1	1	0	0	2	0	1	0	0	
	2p		1.5p		1.25p		1p		0.5p		0p		

ELEMENTO 7 (IN. CEN.)	INVOLUNTARIO = 2	CONFUSO = 1	VOLUNTARIO = 0	7=
--------------------------	------------------	-------------	----------------	----

ELEMENTO 8 (IN. LIM.)	INVOLUNTARIO = 2	CONFUSO = 1	VOLUNTARIO = 0	8=
--------------------------	------------------	-------------	----------------	----

		AUTO	HETERO		
ELEMENTO 9 (CONTROL)	MEJOR CON EXPERIMENTADOR	NO = 0	SI = 2	AUTO =	
	MAS O MENOS IGUAL	SI = 1	SI = 1		
	MEJOR ESTRATEGIAS PROPIAS	SI = 2	NO = 0	HETERO =	

	1	2	5	6		
ELEMENTO 10 (DISPOSIC.)	SI	SI	SI	SI	2	
	D U D A S				1	10 =
	DESCONFIANZA				0	

TOTAL AUTO-C	1 + 3 + 5 + 7	=	

TOTAL HETERO-C	2 + 4 + 6 + 8	=	

TOTAL ESCALA	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
	6	
	7	
	8	
	10	

PREPERENCIA	9	AUTO =	HETERO =
-------------	---	--------	----------

ANEXO N° II**PENSAMIENTOS ANSIÓGENOS
(P.A.)**

- En casa, imaginando que, al otro día, tiene que volar.

P.A.:

- Haciendo la maleta.

P.A.:

- En taxi o coche particular camino del Aeropuerto.

P.A.:

- Llegar al Aeropuerto.

P.A.:

- Entrar en el Aeropuerto.

P.A.:

- Facturación del equipaje y recogida de la tarjeta de embarque.

P.A.:

- Esperando la llamada para embarcar.

P.A.:

- Paso por el control de metales.

P.A.:

- Permaneciendo en la puerta antes de entregar la tarjeta de embarque.

P.A.:

- Entrega de la tarjeta de embarque.

P.A.:

- Esperando en la Sala de embarque.

P.A.:

- Salida al exterior.

P.A.:

- Recorrido hasta el avión.

P.A.:

- En la cola, esperando subir al avión.

P.A.:

- Subida al avión.

P.A.:

- Colocación del equipaje de mano.

P.A.:

- Sentarse y colocarse el cinturón de seguridad.

P.A.:

- Mirar al exterior por la ventanilla.

P.A.:

- Desplazamiento del avión por la pista de rodadura.

P.A.:

- Anuncio, por megafonía, de despegue inmediato.

P.A.:

- Carrera por la pista de despegue y elevación del avión.

P.A.:

- Demostración del uso del salvavidas.

P.A.:

- Exteriores.

P.A.:

- Interiores.

P.A.:

- Movimiento del avión durante el vuelo.

P.A.:

- Abrocharse el cinturón para aterrizar.

P.A.:

- El avión da vueltas, pero no aterriza.

P.A.:

- Comienzo del descenso para aterrizar.

P.A.:

- Aterrizaje.

P.A.:

APÉNDICE N° 11: **MATRICES DE CORRELACIONES**

TABLA N° 84

MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES QUE EVALÚAN EL MIEDO A VOLAR, CONSIDERANDO LOS

NOTA: EMVS: Miedo a volar sin autoimplicación; EMVA: Miedo antes del vuelo; EMVD: Miedo durante el vuelo; EPVA: Pensamientos catastrofistas; EPVB: Experiencias Fisiológicas; CPR: Tasa cardíaca en el prevuelo; CDU: Tasa cardíaca durante el vuelo; MPR: Tensión muscular en el prevuelo; MDU: Tensión muscular durante el vuelo; CMV: Nivel de miedo; VOR: Conducta de evitación; MFIS: Manifestaciones perturbadoras; QDM: Calidad del miedo.

TABLA N° 88

MATRIZ DE CORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES QUE EVALÚAN EL MIEDO A VOLAR, CONSIDERANDO EL GRUPO FÓBICO (GRUPOS CONTROL Y EXPERIMENTAL UNIDOS EN EL SEGUNDO PASE DE PRUEBAS) Y EL GRUPO SIN MIEDO A VOLAR (N 92).

	EMVS	EMVA	EMVD	EPVA	EPVB	CPR	CDU	MPR	MDU	CMV	VOR	MFIS	QDM
EMVS	.71	.64	.51	.66	.12	.11	.14	.10	.70	.51	.60	.52	
EMVA		.91	.67	.82	.13	.28	.26	.20	.89	.71	.71	.74	
EMVD			.77	.83	.11	.25	.28	.22	.91	.66	.67	.79	
EPAVA				.64	.08	.18	.27	.19	.72	.51	.55	.64	
EPAVB					.16	.28	.23	.16	.85	.66	.68	.72	
CPR					.50	.09	.04	.17	.15	.12	.16		
CDU						.18	.10	.29	.24	.18	.26		
MPR							.88	.28	.22	.25	.31		
MDU								.20	.14	.17	.20		
CMV									.72	.76	.88		
VOR										.47	.58		
MFIS											.74		
QDM													.

NOTA: EMVS: Miedo a volar sin autoimplicación; EMVA: Miedo antes del vuelo; EMVD: Miedo durante el vuelo; EPVA: Pensamientos catastrofistas; EPVB: Experiencias Fisiológicas; CPR: Tasa cardíaca en el prevuelo; CDU: Tasa cardíaca durante el

vuelo; MPR: Tensión muscular en el prevuelo; MDU: Tensión muscular durante el vuelo; CMV: Nivel de miedo; VOR: Conducta de evitación; MFIS: Manifestaciones perturbadoras; QDM: Calidad del miedo.