AEROFOBIA

¿A QUÉ LE TEMEMOS CUANDO LE TEMEMOS A VOLAR?

AEROPHOBIA, WHAT DO WE FEAR WHEN WE FEAR FLYING?

DR. EMILIO MUÑOZ G. (1)

1. DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA. CLÍNICA LAS CONDES.

Email: emunozg@clc.cl

RESUMEN

El siguiente artículo pretende dilucidar qué elementos particulares pueden distinguir la Aerofobia de otras fobias específicas, incluyendo sus orígenes y alternativas terapéuticas. A pesar de que el tratamiento farmacológico está relativamente estandarizado, las aproximaciones psicoterapéuticas, realizadas de una manera ecléctica, pueden conducir a mejores resultados.

Palabras clave: Aerofobia, fobia específica, fobias.

SUMMARY

The following article pretends to elucidate what particular elements can distinguish Aerophobia, from other Specific Phobias, including their origins and therapeutic alternatives. Although pharmacological treatment is relatively standardized, psychotherapeutic approximations, in an eclectic manner, can make an important difference towards positive outcome.

Key words: Aerophobia, specific phobias, phobia.

INTRODUCCIÓN

Una gran cantidad de evidencia disponible, sitúa a las Fobias (Fobia Social y Fobias Específicas), como la patología psiquiátrica más prevalente de todas. En efecto, el estudio NIMH ECA (*Epidemiologic Catchment Area Program*), sitúa a los Trastornos Ansiosos con un 12.6% de prevalencia a 1 año, dentro de estos, las fobias dan cuenta del 10.9% (1). La mejor manera de entender la etiopatogenia de las fobias es a través de una diátesis genético constitucional sobre la que actúan estresores ambientales. Es así como un umbral bajo para la activación límbico-

hipotalámica, resultante en una respuesta ansiosa exagerada frente a la exposición a ciertos estresores, explica la vulnerabilidad biológica detrás de este trastorno (2).

Por otro lado, las teorías psicoanalíticas destacan el uso de tres mecanismos de defensa involucrados en el dinamismo de las fobias:

- 1. Desplazamiento** de una fuente de angustia inconsciente, ej. sexual, es desplazada desde su objeto original hacia el objeto al que se le teme.
- 2. Proyección** la angustia se sitúa en un objeto externo, en oposición a una fuente interna.
- 3. Evitación** el objeto temido, proyectado y desplazado hacia "afuera" es evitado, consiguiendo así el alivio de la angustia (3).

Los abordajes terapéuticos cognitivo-conductuales han demostrado eficacia a través de diversas técnicas, que se basan fundamentalmente en la re exposición progresiva de lo evitado (2).

Haciendo un "Disclosure", o apertura de la experiencia personal del terapeuta hacia la comprensión de los fenómenos, debo decir que yo no le tengo miedo a los aviones, tampoco a volar. Probablemente la explicación que a mí me deja más tranquilo es que mi primera experiencia en aviones fue a los 8 años y tuvo mucho de lúdico e ilusión (volaba a EE.UU. a encontrarme con mi padre, a quien no veía hacía tres meses). En contraste, este temor, tan arraigado, se ha constituido en una fobia específica altamente prevalente hoy en día en una población muy heterogénea (no distingue sexo, ni edad, ni condición socioeconómica de manera categórica). Por cierto que hay gradientes de severidad y superaciones terapéuticas personales. Además, es lógico pensar que en un mundo globalizado como el de hoy, la posibilidad de enfrentarnos a esta situación (volar) es mucho mayor a la de hace algunas décadas. Es altamente probable que las personas experimenten temor a volar, al-

guna vez en sus vidas, no necesariamente cumpliendo los criterios, que según el DSM IV (4) califican para hacer diagnóstico de fobia específica. Y es que a juicio del suscrito, no estamos hablando de una sola fobia, sino que de varias y diversas. Así, la mayoría de los pacientes que vemos, se encontrarían en el criterio G, o sea, en la exclusión diagnóstica requerida, según el DSM IV, para el diagnóstico de fobia específica.

Por ejemplo, he visto pacientes que temen a la sensación claustrofóbica de una cabina de avión; otros que temen al despegue; otros centran su temor en las turbulencias y en las posibilidades de que estas ocurran;

otros temen a sufrir un ataque de pánico en un lugar lleno de gente (agorafobia); existe también la acrofobia (miedo a las alturas) y el vértigo; otros temen el aterrizaje, sobre todo cuando en el pasado este evento se ha asociado a experiencias traumáticas; finalmente, algunos temen y no toleran el hecho de no contar con el control de las acciones y por ende, les resulta difícil abandonarse a la experticia de un piloto, a quien no conocen y en el cual deben confiar.

Debido a lo anterior, resulta lógico considerar un abordaje ecléctico (diverso, abierto) para enfrentar el tratamiento de ésta fobia específica.

LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA FOBIA ESPECÍFICA SON:
A. Temor acusado y persistente que es excesivo o irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).
B. La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada. Nota: En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
C. La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional. Nota: En los niños este reconocimiento puede faltar.
D. La(s) situación(es) fóbica(s) se evitan o se soportan a costa de una intensa ansiedad o malestar.
E. Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.
F. En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido de 6 meses como mínimo.
G. a ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo-compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno por estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

El primer caso clínico ilustra el origen traumático en aerofobia:

CASO 1

Mujer 50 años, casada, 1 hija, dueña de casa. Antecedentes mórbidos de TBC renal y probablemente compromiso de las trompas de Falopio que complican su fertilidad a los 20 años. En este periodo la paciente vivía en Punta Arenas, lugar en donde se trata la tuberculosis. Tiempo después, debe someterse a complejos estudios de fertilidad en Santiago, razón por la cual, debe viajar en avión en múltiples ocasiones y, según refiere, siempre en condiciones muy lábiles emocionalmente hablando. En uno de los viajes, el avión realiza un aterrizaje de emergencia al llegar a Punta Arenas, produciendo en la paciente síntomas compatibles con un TEPT (Trastorno de estrés postraumático), no tratado y consecuentemente desarrolla evitación a volar, enraizando su temor cada vez más.

La paciente consulta por primera vez el año 2010 luego del terremoto (fobia específica comórbida), muy sintomática. Su motivo de consulta decía relación con el TEPT post terremoto, pero en la historia se reúnen los antecedentes descritos respecto a la aerofobia. Cabe destacar que desde el inicio, la paciente manifiesta su negativa a tratar la aerofobia, sin embargo, se le plantea que probablemente el fármaco utilizado (Paroxetina) le iba a ayudar para ambas condiciones. Después de una muy buena respuesta al TEPT, la paciente se va de alta.

Este año reaparece tras haber tomado la decisión de viajar a Buenos Aires, con su marido, ya que consideró que su condición emocional (seguridad), la hacía atreverse. Luego de un tratamiento breve, que incluyó sólo fármacos ansiolíticos SOS. La intervención psicoterapéutica más aliviadora, tuvo que ver con un "cierre" vital, en el que el trauma vivido, a consecuencia de conseguir embarazarse, habría valido la pena ya que hoy en día tenía una hija adulta, ya criada, que se podía sostener por si misma.

Este segundo caso, muestra más bien, la importancia de los rasgos obsesivos en este trastorno:

CASO 2

Paciente mujer, 35 años, casada, 2 hijas, ingeniero comercial. Antecedentes de apego inseguro al nacer, sumado a la muerte traumática de ambos padres antes de cumplir 3 años. Adoptada por tíos, destaca en su desarrollo su naturaleza tímida, evitativa y ansiosa. En la edad escolar ya empiezan a destacar sus rasgos obsesivos. Al nacer su primera hija, la aprensión alcanza niveles de angustia muy importantes, razón por la que consulta por primera vez. Al igual que en el caso anterior, su motivo de consulta original fue la angustia parental y no una aerofobia, presente hace varios años y no asociada a eventos traumáticos. La paciente no solicita tratamiento específico para la fobia. Tiempo después, con su hija más crecida y las angustias más controladas, consulta con motivo de un viaje en avión. Viajaría con su marido y sin su hija. El tratamiento farmacológico escogido fue Sertralina en dosis altas, pero el abordaje psicoterapéutico tuvo como foco el relajo de sus rasgos obsesivos, que a la hora de imaginar el vuelo, le hacían intolerable pensar en estar a bordo, sin control del mismo ni de lo que pudiera suceder con su hija que se quedaba en Chile. Días antes del viaje, a pesar de estar estable. Se incorpora a su tratamiento Quetiapina, un antipsicótico atípico, que utilizado en dosis bajas, alivió su rumeación obsesiva durante el viaje.

DISCUSIÓN

Las diferencias entre temores son relevantes para el psiquiatra clínico, no tanto por el tratamiento farmacológico (que es más o menos estandarizado, efectivo, y no muy distinto de lo que usamos en el manejo de otras fobias), sino que psicoterapéuticas, es decir, cómo elaboramos mentalmente nuestros miedos, y por ende cómo los enfrentamos con la ayuda de un profesional.

Como en todas las fobias, existen vulnerabilidades genéticas y otras aprendidas que explican su origen. Un niño que ve como sus padres temen, tiene alta posibilidad de temer y por ende traspasar sus temores a la generación siguiente. Como un choque automovilístico en una carretera de alta congestión, sabemos quién nos chocó, sabemos a quién chocamos nosotros, pero no sabemos quién chocó al que nos chocó

(este ejemplo es de la psicoanalista francesa Françoise Dolto refiriéndose en un sentido amplio al desarrollo vital) (5).

En mi experiencia clínica, este cuadro generalmente es de buen pronóstico, pero los pacientes llegan a consultar luego de varias experiencias terapéuticas personales, algunas de ellas poco efectivas (las más común es con alcohol a bordo, que es el ansiolítico más antiguo que conoce la humanidad, pero al mismo tiempo un mal ansiolítico).

Invito entonces a consultar, toda vez que este miedo es limitante en muchos sentidos, pero sobre todo en el lúdico. Es agradable volar, es agradable viajar y por qué no decirlo, es agradable abandonarse en un mundo que hoy, al dejarnos en tierra, más nos cierra que nos abre las posibilidades de disfrutar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kaplan & Saddock's, Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volume I, Seventh edition, 2000; 517-518.
2. Kaplan & Saddock's, Comprehensive Textbook of Psychiatry, Volume I, Seventh edition, 2000; 1469-1470.
3. Etchegoyen R. Los fundamentos de la técnica psicoanalítica, 3era Edición, Buenos Aires, Amorrortu, 2009.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4a. ed.). Washington DC, EE. UU. 1994.
5. Jean-Claude Liaudet. Dolto para padres, Plaza & Janès editores, Barcelona (Espana), 2000.

El autor declara no tener conflictos de interés, con relación a este artículo.