

Características clínicas y tratamiento de la fobia a volar

M. Tortella-Feliu^a y M.A. Fullana^b

^aDepartamento de Psicología. Institut Universitari d'Investigacions en Ciències de la Salut (IUNICS). Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca.

^bDepartamento de Psiquiatría. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. Barcelona. España.

Puntos clave

- La fobia a volar se incluye en la categoría diagnóstica de fobia específica tipo situacional. De todos modos, no es infrecuente que las personas con esta problemática presenten un trastorno de angustia con agorafobia o agorafobia sin historia de trastornos de angustia.
- En sus diferentes grados, el miedo a volar afecta aproximadamente a una cuarta parte de la población, aunque únicamente alrededor del 10% reúne criterios diagnósticos de fobia específica o pánico-agorafobia. La afectación es algo más del doble en mujeres que en varones.
- Respecto a la etiología, puede originarse tanto a partir de experiencias aversivas directas, por aprendizaje vicario o por transmisión de información. Un porcentaje notable de casos no se asocia con ningún desencadenante claro y no hay evidencias de factores biológicos en la etiología.
- Los tratamientos que incluyen alguna variante de la exposición con prevención de respuesta parecen ser los más indicados. Los tratamientos farmacológicos con ansiolíticos, aunque superiores al placebo, resultan ineficaces a medio y largo plazo. Algún estudio ha sugerido la utilidad de los bloqueadores beta.

Definición y ubicación diagnóstica

El miedo excesivo a volar en avión se recoge en la categoría diagnóstica de fobia específica tipo situacional en el DSM-IV-R¹. Los criterios diagnósticos centrales incluyen la presencia de miedo excesivo o irracional ante la presencia o anticipación de los estímulos relacionados con el hecho de volar, la aparición prácticamente invariable e inmediata de respuestas de

ansiedad intensas ante la exposición a dichas condiciones estímulantes, la evitación de esas situaciones o que éstas se soporten a costa de una elevada ansiedad y la interferencia del problema en el funcionamiento sociolaboral, o bien la aparición de malestar clínicamente significativo.

De todos modos, el miedo a volar puede formar parte de otras alteraciones, como el trastorno de angustia con o sin agorafobia, la agorafobia sin historia de trastorno de angustia, cosa que ocurre entre un 15 y un 27% de los casos, ser un miedo residual de una historia anterior de problemas de pánico-agorafobia o secundario a otro tipo de fobia específica, como puede ser la claustrofobia²⁻⁵.

Características clínicas

El miedo fóbico a volar no es un miedo unitario, sino que refleja diferentes componentes subyacentes³⁻⁵. El componente principal es el miedo a los accidentes aéreos, pero el foco de aprensión también puede situarse en el temor a los espacios cerrados, a no tener control de la situación, a las alturas, a la inestabilidad o a experimentar sensaciones físicas desagradables, lo que da cuenta de la heterogeneidad de las posibles manifestaciones del trastorno. A esto se debe añadir que la mayoría de fóbicos a volar presentan temor excesivo a más de uno de esos componentes. De todos modos, el foco de aprensión no parece tener especial relación con la intensidad del miedo experimentado.

La fobia a volar presenta una elevada comorbilidad con otros tipos de fobia específica pero, a diferencia de lo que ocurre con otros desórdenes ansiosos, en esta alteración no es frecuente la comorbilidad con trastorno depresivo mayor o con otros trastornos de ansiedad⁵.

Prevalencia de la fobia a volar

Los datos epidemiológicos de la fobia a volar son poco precisos y las tasas de prevalencia que se aportan se mueven en un rango muy amplio. Por lo que se desprende de la revisión de los trabajos publicados³, el miedo a volar, en sus diferentes manifestaciones, afectaría entre un 10 y un 40% de la población general en países industrializados. El porcentaje de personas que experimentan malestar cuando deben volar en avión se situaría alrededor del 25%, pero sólo una pequeña parte de los casos, cerca del 3% en las consideraciones más

Tabla I. Aspectos básicos acerca del diagnóstico, las características clínicas, la prevalencia y la etiología de la fobia a volar

Ubicación diagnóstica	Prevalencia	Características clínicas	Etiología
<i>Más frecuente</i> Fobia específica (situacional)	Amplio rango de tasas de prevalencia según estudios	Miedo heterogéneo, diferentes componentes Miedo accidentes (principal) Miedo lugares cerrados Miedo alturas Miedo inestabilidad Miedo no control de la situación Miedo sensaciones físicas	Experiencias aversivas directas <i>Experiencias indirectas</i> Transmisión de información–aprendizaje vicario
<i>Otras</i> Trastorno de angustia con/ sin agorafobia Agorafobia sin historia de trastorno de angustia	Más de un 25% de la población general con miedo a volar Cumpliendo criterios diagnósticos de trastorno psicopatológico entre 3 y 10%		Incidencia importante vías no asociacionistas Miedo evolutivo no habituado Inicio sin precipitante evidente
Posible manifestación secundaria de otras fobias específicas	Edad de inicio, mitad de la tercera década Mayor afectación mujeres (1/2)	Alta comorbilidad con otras fobias específicas Baja comorbilidad con trastornos depresivos y otros trastornos de ansiedad	

estrictas y algo por encima del 10% en las más laxas, cumplirían los criterios de severidad e interferencia para el diagnóstico de fobia específica situacional o de todo trastorno fóbico. En cualquier caso, la fobia a volar en avión es muy superior a la exhibida ante otros medios de transporte, y se trata de uno de los miedos específicos más frecuentes y de los que motiva con mayor frecuencia atención especializada.

En cuanto a la distribución por sexos, como sucede en la mayoría de trastornos de ansiedad, la afectación es mayor, algo más del doble, en mujeres que en varones. En cuanto al inicio, la edad media de adquisición se sitúa en la mitad de la tercera década (tabla I).

Etiología de la fobia a volar

La fobia a volar puede adquirirse a partir de experiencias aversivas directas (condicionamiento clásico) o por vías indirectas, como el aprendizaje vicario o la transmisión de información^{2,4-6}. Los diferentes estudios que han analizado las vías de adquisición de esta fobia no son consistentes respecto a cuál de ellas es predominante, aunque la que menos peso parece tener en la instauración del trastorno sean las experiencias vicarias. Además de lo dicho, debe apuntarse que en un porcentaje significativo de casos (incluso la mitad de los sujetos en algunos estudios) se informa de que su miedo ha estado desde siempre o, lo que es más frecuente, que apareció sin ningún desencadenante claro después de volar sin malestar significativo, lo que se relacionaría con las hipótesis no asociacionistas de adquisición de las fobias y con el principio de inhibición latente. La aparición más o menos repentina del miedo a volar sin que pueda aislarse desencadenante alguno, suele producirse en períodos en que el sujeto se ha visto expuesto a condiciones estresógenas no específicas (problemas laborales, familiares, etc.) que podrían estar actuando como favorecedoras de la deshabitación y reinstauración de miedos evolutivos.

En cualquier caso, no parece haber ninguna relación significativa entre la vía de adquisición y la intensidad o severidad del miedo fóbico. Aunque probablemente se podría apelar a la presencia de factores de vulnerabilidad biológica, como el patrón ansioso de reactividad psicofisiológica al estrés, como predisponente al desarrollo de problemas fóbicos, no hay evidencias de la implicación de factores biológicos en la etiología de la fobia a volar.

Tratamiento de la fobia a volar

Los tratamientos psicológicos, y específicamente los cognitivo-conductuales, son los que han se aplicado más ampliamente en la intervención sobre la fobia a volar y de los que se cuenta con más datos acerca de su eficacia. Los tratamientos farmacológicos han sido mucho menos utilizados —las fobias específicas en general no parecen responder bien al tratamiento psicofarmacológico—, se dispone de muchos menos estudios controlados acerca de su eficacia, y su aplicación se recomendaría únicamente en un porcentaje muy limitado de casos⁷.

En el caso de que el paciente presente un trastorno de angustia, con o sin agorafobia o agorafobia sin historia de trastorno de angustia, el clínico debe valorar si está más indicado tratar estas alteraciones y no centrarse únicamente en el miedo fóbico a volar. Lo mismo puede decirse del miedo a volar secundario a otra fobia específica. Lo más indicado parece ser tratar las alteraciones primarias, aunque también es cierto que algunos pacientes responden bien a los tratamientos específicos para la fobia a volar.

Tratamientos psicológicos

Las técnicas y procedimientos de tratamiento psicológico utilizadas en el abordaje terapéutico de la fobia a volar han sido muy diversas. En la tabla II se resumen las características y resultados principales de los estudios controlados de tratamiento publicados hasta la fecha.

El tratamiento más extendido, en cualquier caso, es el de los programas multicomponentes que, con diversas variantes, suelen contemplar: *a*) información aeronáutica y acerca de las respuestas de ansiedad; *b*) estrategias de control de la activación (respiración controlada, relajación muscular, relajación aplicada); *c*) estrategias cognitivas (autoinstrucciones, terapia racional emotiva, detección de cogniciones fóbicas y generación de pensamientos alternativos...) para el control de pensamientos disfuncionales, y *d*) la exposición en vivo, bien como parte del tratamiento mismo o como programación de un vuelo al final del entrenamiento mediante las técnicas antes citadas (vuelo de graduación). De todos modos, como se verá más adelante, probablemente este tipo de programas multicomponente no sean la estrategia terapéutica más indicada, al menos en términos de eficiencia.

Hay un acuerdo muy generalizado respecto a que las técnicas de exposición con prevención de respuesta, y preferente-

Tabla II. Tratamiento psicológico del miedo a volar. Estudios controlados

Estudio	N	Condiciones experimentales (y n)	Resultados postratamiento		Resultados seguimiento			
			Vuelan	Variables dependientes	Vuelan	Variables dependientes		
Solyom et al (1973) ¹²	40	DSi	10			100% (?)		
		EXP	10	78%	DS = EXP = AA > PG	100% (?)	DS = EXP = AA = PG	
		AA	10	(total		100% (?)		
		PG	10	muestra)		50%		
DS	20	65%	88%					
Denholtz y Mann (1975) ¹³		EXP + RE	13	15%		de todos los		
		DS (sense RE)	11	27%		que volaron		
		RE	7	14%		postratamiento		
		DS	20	65%	88%			
Ekeberg et al (1990) ¹⁴	83	PMC		83%	PMC > LE	85%		
		(IA + RE + EXPv) LE		–				
Howard et al (1983) ¹⁵	56	DS	11	82%	DS = IMP = INU = RE > LE		INU > DS = IMP = ER > LE	
		IMP	11	82%				
		INU	11	64%				
		RE	13	92%				
		LE	10	70%				
Walder et al (1987) ¹⁶	50	IA + EXPv	38	100%	INF + EXP > LE	39% (1 año)		
		LE	12					61% (3 años)
Beckham et al (1990) ¹⁷	28	Manual basado EIE	14	82%	Manual > NT		Sujetos del grupo EIE toman más vuelos que los sujetos del grupo NT	
		GC (NT)	14	36%				
Capafóns et al (1997) ¹⁸	41	PMC (Dsi + EXPv + RES)	20		PMC > LE			
		LE	21					
Capafóns et al (1997) ¹⁹	85	PMC (RE + RE S + EXPv + EXPi)	37		PMC = TR > LE		PMC = TR	
		TR	24					
		LE	24					
Capafóns et al (1999) ²⁰	73	PMC (Dsi + EXPv + RES)	37	100%	PMC > LE		PMC > LE	
		LE	36	0%				
Mühlberger et al (2001) ²¹	30	RV	15		RV > RE		RV > GC – RE	
		GC – RE	15					
Rothbaum et al (2000) ²²	45	PMC + RV	15	79%	PMC + RV = PMC + EXPv > LE MPC + RV y MPC + EXPv	93%	PMC + RV = PMC + EXPv > LE	
		PMC + EXPv	15	69%				
		LE	15	6,7%				
Bornas et al. (2001) ²³	50	EAO	15	93%	EAO, PMC > LE EAO > PMC		EAO > PMC	
		PMC (EAO + IA + RE)	18	50%				
		LE	17	12%				
Maltby et al (2002) ²⁴	43	VR	20	65%	VR > GC (no en todas las medidas)	47%	VR = GC	
		GC (información–atención placebo)	23	57%				36%
Mühlberger et al (2003) ²⁵	47	RV	13	38%	VR = VR-mov > COG, GC	69%	VR = VR-mov > COG, GC	
		RV-mov	13	38%				54%
		COG	11	27%				45%
		GC (información–atención placebo)	10	–				50%
Bornas et al (2006) ²⁶		CAE	13	57,9%	CAE = PMC-NE	76,9%	CAE = PMC-NE	
		PMC-NE	19	76,2%				57,9%

AA: alivio por aversión; COG: terapia cognitiva sin exposición; DS: desensibilización sistemática con relajación; EAO: exposición asistida por ordenador; EIE: entrenamiento en inoculación de estrés; EXP: exposición; GC: grupo control; i: en imaginación; IMP: implosión; INU: inundación; LE: lista de espera; NT: no tratamiento; PG: psicoterapia de grupo; PMC: programa multicomponente; PMC-NE: programa multicomponente sin exposición; RE: relajación; RES: entrenamiento en respiración; RV: realidad virtual; RV-mov: realidad virtual con plataforma de movimiento; TR: terapia de reatribución; v: en vivo.

mente la exposición en vivo, son el tratamiento de elección para el conjunto de las fobias específicas. Las dificultades inherentes a la aplicación de la exposición en vivo en el caso de la fobia a volar (económicas, prácticas...) han hecho que se hayan aplicado en pocos casos⁸ y que, alternativamente, se hayan desarrollado otros procedimientos favorecedores de la confrontación a los estímulos temidos, como es el caso de los tratamientos asistidos por ordenador y, especialmente, la realidad virtual. La exposición mediante realidad virtual o asistida por ordenador parece tener la misma eficacia que la exposición en vivo, tanto al final de la intervención como en los seguimientos posteriores. En España se encuentra uno de los grupos punteros en el ámbito mundial en el desarrollo de la realidad virtual en el tratamiento de la fobia a volar y otros trastornos psicopatológicos, encabezado por las Dras. Cristina Botella y Rosa M. Baños.

La principal conclusión que puede extraerse de la mayoría de estudios controlados (tabla II), es que los tratamientos de naturaleza cognitivo-conductual y en especial los que incluyen la exposición, sea ésta en vivo o mediante estrategias que promuevan la confrontación a estímulos relacionados con el hecho de volar (asistida por ordenador, realidad virtual), reducen significativamente el miedo fóbico y lo hacen en mayor medida que otras formas de terapia, el no tratamiento o estar en lista de espera. La exposición, por tanto, podría considerarse un factor esencial y necesario para la eficacia de las intervenciones. Técnicas como la información aeronáutica, la relajación o las estrategias cognitivas podrían ser redundantes. Con todo, algunos estudios ofrecen datos que apuntan hacia índices de éxito equivalentes mediante intervenciones psicológicas que no contemplan la exposición. Esto es, las técnicas adicionales no añaden eficacia a los tratamientos de exposición, aunque algunos datos apuntan que la aplicación de estas técnicas (información aeronáutica, estrategias cognitivas y de control de la activación) sin que se contemple la exposición sistemática pueden ser útiles para la reducción del miedo fóbico a volar.

Tomando como referencia el grupo de tratamiento más efectivo de los diferentes estudios, podría establecerse que alrededor del 85% de los pacientes que finalizan el tratamiento consiguen tomar un avión con posterioridad y hacerlo con una reducción estadística y clínicamente significativa del miedo.

No se dispone de datos concluyentes acerca de si los tratamientos adaptados a las peculiaridades clínicas de cierto grupo de pacientes sea más efectivo que otro que no lo sea. Tampoco hay datos consistentes respecto a factores pronósticos del resultado de los tratamientos^{7,9}.

Tratamientos farmacológicos

En los últimos años, el uso de psicofármacos en el tratamiento de la fobia a volar se ha limitado a algunos estudios de caso, que han postulado la supuesta eficacia de la fluoxetina o la disopiramida, y 3 estudios controlados que han valorado la eficacia de 3 sustancias diferentes: timolol, atenolol y alprazolam. De los 2 estudios controlados con bloqueadores beta para la fobia a volar, uno de ellos ha obtenido resultados positivos sólo en la disminución de la tasa cardíaca¹⁰, mientras que el otro¹¹ ha obtenido resultados positivos tanto en respuestas psicofisiológicas como subjetivas de ansiedad. La implicación del estudio del grupo de Ekeberg¹¹ es que los bloqueadores beta-1 pueden ser un tratamiento alternativo para la fobia a

volar, especialmente cuando los síntomas predominantes son de tipo somático. Por su parte, Wilhelm y Roth⁴ también han demostrado la mayor eficacia de una benzodiacepina, el alprazolam, frente al placebo, en el tratamiento agudo de la fobia a volar.

Los resultados de estos trabajos demuestran la eficacia de 2 sustancias, atenolol y alprazolam, especialmente en la reducción de los síntomas fisiológicos característicos de la fobia a volar, pero no dicen nada acerca de sus efectos a largo plazo. Por tanto, y más si se tiene en cuenta el posible efecto negativo de las benzodiacepinas sobre la exposición, el tratamiento de la fobia a volar con estos tipos de fármacos tendría que ser crónico, es decir, el paciente debería tomar el fármaco cada vez que tomase el avión.

Si bien en otras fobias específicas hay un enorme consenso en cuanto a la ineficacia a largo plazo de los tratamientos farmacológicos, es posible que las características peculiares de la fobia a volar hagan de ella una mejor candidata a la aplicación de tratamientos farmacológicos, especialmente para el tratamiento agudo. En nuestra opinión, el tratamiento con fármacos podría ser una mejor opción terapéutica que las intervenciones conductuales, en términos de coste-beneficio, en los pacientes que vuelan muy pocas veces. Siguiendo el mismo razonamiento, y teniendo en cuenta los efectos negativos de la administración crónica de psicofármacos, la terapia conductual sería de elección en los casos en que el paciente "ha de" volar regularmente. Con los datos disponibles actualmente, también podría hipotetizarse una mayor eficacia de los tratamientos con bloqueadores beta en los fóbicos en que el componente predominante fuera el miedo a las sensaciones físicas. Ésta es, en cualquier caso, una hipótesis no comprobada.]

Bibliografía

1. APA. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 4.ª ed. Barcelona: Masson; 2000.
2. McNally RJ, Louro CE. Fear of flying in agoraphobia and simple phobia: distinguishing features. *J Anxiety Disord.* 1992;6:319-24.
3. Van Gerwen LJ, Spinhoven P, Diekstra RF, Van Dyck R. People who seek help for fear of flying: typology of flying phobics. *Behavior Therapy.* 1997;28:237-51.
4. Wilhelm FH, Roth WT. Clinical characteristics of flight phobia. *J Anxiety Disord.* 1997;11:241-61.
5. Tortella-Feliu M, Fullana MA, Bornas X. Características clínicas del miedo fóbico a volar en avión. *Psicología Conductual.* 2001;9:63-78.
6. Tortella-Feliu M, Fullana MA. Prevalencia, dimensiones y vías de adquisición en el miedo a volar en avión. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.* 2000;5:13-26.
7. Tortella-Feliu M, Fullana MA. El tratamiento del miedo a volar: una revisión. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud.* 2001;1.
8. Öst L-G, Brandberg M, Alm T. One versus five sessions of exposure in the treatment of flying phobia. *Behav Res Ther.* 1997;35:987-96.
9. Fullana MA, Tortella-Feliu M. Variables predictoras del éxito terapéutico en el tratamiento de exposición del miedo a volar. *Psicothema.* En prensa 2001.
10. Campos PE, Solyom L, Koelink A. The effects of timolol maleate on subjective and physiological changes. *Can J Psychiatry.* 1984;29:570-4.
11. Ekeberg O, Kjeseldsen SE, Greenwood DT, Enger E. Effects of a selective beta-adrenorreceptor blockade on anxiety associated with flight phobia. *J Psychopharmacol.* 1990;4:35-41.
12. Solyom L, Shugar R, Bryntwick S, Solyom C. Treatment of fear of flying. *Am J Psychiatry.* 1973;130:423-7.

13. Denholtz MS, Mann ET. An automated audiovisual treatment of phobias administered by non-professional. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1975;6:111-5.
14. Ekeberg O, Seeberg I, Ellertsen BB. A cognitive/behavioral treatment program for flight phobia with 6 months and 2 years follow-up. *Norsk Psykiatrisk Tidsskr*. 1990;44:365-74.
15. Howard WA, Murphy SM, Clarke JC. The nature and treatment of fear of flying: a controlled investigation. *Behav Ther*. 1983;14:567-87.
16. Walder CP, McCracken JS, Herber M, James PT, Brewitt N. Psychological intervention in civilian flying phobia: evaluation and a three-year follow-up. *Br J Psychiatry*. 1987;151:494-8.
17. Beckham JC, Vrana SR, May JG, Gustafson DJ, Smith GR. Emotional processing and fear measurement synchrony as indicators of treatment outcome in fear of flying. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1990;21:153-62.
18. Capafóns JL, Sosa CD, Avero PB. La desensibilización sistemática en el tratamiento de la fobia a viajar en transporte aéreo. *Psicothema*. 1997;9:17-25.
19. Capafóns JI, Sosa CD, Viña C, Avero P. Fobia a viajar en avión: valoración y predicción de dos programas terapéuticos. *Ansiedad y Estrés*. 1997;3:265-87.
20. Capafóns JI, Avero P, Sosa CD, López-Curbelo M. Fobia a viajar en avión: valoración de un programa de exposición. *Psicología Conductual*. 1999;7:119-35.
21. Mühlberger A, Herrmann M, Wiedemann G, Ellgring H, Pauli P. Treatment of fear of flying with exposure therapy in virtual reality. *Behav Res Ther*. 2001;39:1033-50.
22. Rothbaum BO, Hodges L, Smith S, Lee JH, Price L. A controlled study of virtual reality exposure therapy for the fear of flying. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68:1020-6.
23. Bornas X, Fullana MA, Tortella-Feliu M, Llabrés J, García de la Banda G. Computer-assisted therapy in the treatment of flight phobia: a case report. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2001;8:234-40.
24. Maltby N, Kirsch I, Mayeres M, Allen GJ. Virtual reality exposure therapy for the treatment of fear of flying: a controlled investigation. *J Consult Clin Psychol*. 2002;70:1112-8.
25. Mühlberger A, Wiedemann G, Pauli P. Efficacy of a one-session virtual reality exposure treatment for fear of flying. *Psychotherapy Research*. 2003;13:323-36.
26. Bornas X, Tortella-Feliu M, Llabrés J. Do all treatments work for flight phobia? Computer-assisted exposure versus a brief multi-component non-exposure treatment. *Psychotherapy Research*. 2006; 16: 41-50.

Bibliografía comentada

Baños RM, Botella C, Perpiñà C. Fear of flying: virtual reality treatment manual. Valencia: Promolibro; 2002.

Visto el desarrollo de los tratamientos mediante realidad virtual experimentado en los últimos 5 años, este texto es una excelente guía para quienes quieran conocer el procedimiento de intervención seguido en estos casos y sus bases teóricas. Además, recomiendo la visita a la página web del grupo de investigación liderado por las profesoras Cristina Botella y Rosa M. Baños para acceder a más información sobre el tema (<http://www.eita.uji.es>)

Bor R, Van Gerwen L, editors. Psychological perspectives on fear of flying. Aldershot: Ashgate; 2003.

Se trata del texto más amplio acerca de los aspectos psicológicos de la fobia a volar y su tratamiento. Incluye 15 capítulos en los que se abordan las características clínicas de este trastorno, su evaluación y, muy especialmente, los diversos abordajes terapéuticos que hay. Los autores de los diferentes capítulos son algunos de los principales investigadores, en el ámbito mundial, en el estudio y tratamiento de este trastorno. En el año 2006 aparecerá una segunda edición revisada de este libro en el que se incorporan las novedades aparecidas acerca de esta temática los últimos 3 años y que afectan especialmente al tratamiento de la fobia a volar mediante la realidad virtual y los tratamientos asistidos por ordenador.

Tortella-Feliu M, Fullana MA. El tratamiento del miedo a volar: una revisión. Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud. 2001;1.

Revisión exhaustiva de los tratamientos psicológicos y farmacológicos para la fobia a volar que cuentan con apoyo empírico a través de estudios controlados. Se recogen los trabajos publicados hasta el año 2000.

Wilhelm FH, Roth WT. Clinical characteristics of flight phobia. J Anxiety Disord. 1997;11:241-61.

A pesar de haberse publicado hace ya unos años, este estudio sigue siendo el trabajo más completo sobre las características clínicas de la fobia a volar



ACCEDA A LOS CONTENIDOS DE MEDICINA DE JANO

En www.doyma.es/jano encontrará todos los contenidos de nuestra sección de Medicina a texto completo. El acceso es abierto y gratuito para los contenidos publicados hasta septiembre de 2003. Los documentos más recientes están disponibles gratuitamente para nuestros suscriptores. Si todavía no es suscriptor de Jano puede acceder a nuestros exclusivos contenidos editoriales mediante el sistema de pago por visión o bien activar la suscripción completa que le reportará importantes ventajas.