

SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO EN UN CASO DE HEMATOFOBIA TRATADO CON EXPOSICIÓN EN VIVO^{1, 2}

Borda Más, Mercedes (*)
Barcia Ruiz, María José (**)
Blanco Picabia, Alfonso (***)

(*) Profa. Titular. Universidad de Sevilla
(**) Colaboradora. Universidad de Sevilla
(***) Catedrático. Universidad de Sevilla

Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

RESUMEN

En el presente trabajo se describe el tratamiento y evolución de una persona con fobia a la sangre con un seguimiento de 12 meses. Se utilizó la técnica de 'exposición en vivo' a las situaciones fóbicas. La evaluación se llevó a cabo en el pretratamiento, postratamiento y en los seguimientos de 1, 6 y 12 meses. El tratamiento constó de 6 sesiones en un periodo de 6 semanas, con una duración aproximada de 90 mn. por sesión. En los resultados se observa una mejoría significativa a corto y largo plazo en todas las medidas realizadas.

Palabras clave: *HEMATOFOBIA, EXPOSICIÓN EN VIVO, EFICACIA TERAPÉUTICA.*

¹ Correspondencia: Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. Avenida San Francisco Javier, s/n, 41.005 SEVILLA. Tlf.: (95) 455.78.02

² Este trabajo procede de la actividad del Grupo de Investigación y Desarrollo tecnológico nº 1012 de la Junta de Andalucía denominado Psicología Clínica y de la Salud, dirigido por D. Alfonso Blanco Picabia.

SUMMARY

In this paper the treatment and evolution of a blood-phobia patient is described, with a follow-up of twelve months. A technique was used: 'exposure in vivo' to phobic situation. The evaluation was made in the pre-treatment, post-treatment and along the follow-ups of one, six and twelve months. The treatment consisted of six sessions in a period of six weeks, with an approximate duration of ninety minutes per session. On the results, a significant improvement in short and long term is observed in all the measurements taken.

Key words: *BLOOD-PHOBIA, EXPOSURE IN VIVO, THERAPEUTIC EFFICACY.*

1. INTRODUCCIÓN

La fobia a la sangre se define como el miedo y la evitación de situaciones relacionadas directa o indirectamente con la sangre, las inyecciones y las heridas (Marks, 1988). El recuerdo de experiencias de miedo experimentado en situaciones anteriores, vividas directa o indirectamente hacen que una persona llegue incluso a cambiar la elección de su carrera (por ejemplo: Medicina) o ponga múltiples excusas para someterse a cualquier proceso médico (por ejemplo: rechazar ser intervenido quirúrgicamente).

La característica más destacable de la fobia a la sangre, a diferencia de las demás fobias, es el patrón de respuesta fisiológico específico, que viene determinado por una respuesta bifásica. En una primera fase, se produce una elevación de los tres parámetros fisiológicos más importantes: el ritmo cardíaco (taquicardia), la presión arterial y la tasa respiratoria. A continuación, en una segunda fase, se da un rápido descenso de estas tres medidas, especialmente un enlentecimiento del ritmo cardíaco (bradicardia de hasta 30-45 pulsaciones por minuto) y una disminución de la presión sanguínea. En casos extremos, el proceso puede llevar al mareo y terminar en desmayo. Este patrón de respuesta, hace que la respuesta de evitación adoptada se produzca más por el temor al desmayo que por las situaciones en sí (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1994).

Son pocas las personas que piden ayuda profesional, a pesar de que este tipo de fobias constituye una de las fobias específicas más comunes en la

población general (Yule y Fernando, 1980), ya que, por un lado, es fácil de llevar a cabo la respuesta de evitación de las situaciones fóbicas y, por otro lado, no resulta muy atractivo enfrentarse a situaciones donde puede estar presente el dolor o incluso darse pérdida de conocimiento (Hellström, Fellenius y Öst, 1996).

Un cierto miedo a determinados fenómenos (como la visión de heridas y/o cicatrices) se considera normal en el individuo cuando el componente de dolor está presente; sin embargo, este miedo es aceptado siempre que no suponga una limitación importante al individuo. Cuando este temor alcanza una gravedad mayor y predominan las conductas de evitación y una activación persistente ante los estímulos, se habla de trastorno fóbico (Vázquez y Buceta, 1990).

En la fobia a la sangre se halla presente la conducta de evitación de lugares, objetos y situaciones relacionadas con la visión de sangre, jeringuillas y heridas por el temor a la pérdida de conocimiento y en caso extremo, al desmayo.

La sensación de desvanecimiento súbito sin causa aparente (como consecuencia del descenso de la tasa cardíaca y la presión arterial) deja al individuo sin estrategias de autocontrol, favoreciendo el aumento de posteriores conductas de escape y evitación de los lugares en que podría repetirse la pérdida de control. Además, con frecuencia surgen en torno al individuo hechos relacionados con la sangre de carácter impredecible (por ejemplo: cortarse con un cuchillo) pero de duración breve, que hacen que la persona se sensibilice más, produciéndose así, a nivel cognitivo, un recuerdo de experiencias anteriores, y, por tanto, una anticipación de los efectos o síntomas desagradables experimentados. Esta secuencia 'sangre-activación fisiológica- sensación de no poder dominar la situación' por miedo al desmayo (más o menos ocasional) en la que resulta difícil determinar cuál es el primer eslabón de la cadena, contribuye a que una vez instaurado el trastorno fóbico, no remita por sí mismo, condiciona y limita en mayor o menor medida la vida de la persona (Borda, Báez y Echeburúa, 1993).

La prevalencia de la fobia a la sangre en la población adulta general es de 3'1 % (Agras, Sylvester y Oliveau, 1969). El miedo a la sangre surge en la infancia (en torno a los siete años) con manifestaciones de miedo ligero en el 44% de los niños entre los 6 y 8 años y del 27 % entre los 9 y los 12 años (Lapouse y Marks, 1959); en cambio, únicamente el 2-3% de los niños señalan un miedo intenso a la sangre o inyecciones (Miller, Barret y

Hampe, 1974). La fobia a la sangre se observa con mayor frecuencia en las mujeres (Öst, Sterner y Lindahl, 1984) y en un porcentaje considerable de casos se da la existencia de antecedentes familiares con hematofobia (entre el 60% y el 70% de los casos) (Marks, 1987).

La elaboración de este trabajo se debe al interés por conocer la evolución en el triple sistema de respuestas (tras la aplicación del tratamiento de exposición gradual en vivo orientado a hacer frente a las situaciones hematofóbicas) en una persona que tomó parte en el estudio grupal que se llevó a cabo acerca del tratamiento psicológico de la hematofobia.

2. MÉTODO

La paciente es una mujer de 20 años, soltera, estudiante universitaria de Publicidad y Relaciones Públicas, con un nivel socioeconómico medio, que convive con sus padres y dos hermanos.

Acude a consulta en Abril de 1995 (al programa de tratamiento para la hematofobia) por su dificultad y el miedo a la sangre (e incluido a las inyecciones). Se siente incapaz de curarse algún tipo de herida, ver películas con accidentes, hacerse una extracción de sangre o someterse a una intervención quirúrgica aun bajo prescripción médica.

En todas estas circunstancias la paciente presenta un aumento del ritmo cardíaco, de la presión arterial y de la tasa respiratoria en un primer momento, e inmediatamente, en un segundo momento estos parámetros disminuyen lo que le lleva a sufrir mareos y en algunas ocasiones el episodio termina en desmayo. Por todo esto, tiende a evitar todas estas situaciones de manera sistemática o a escapar de ellas cuando la evitación no se ha llegado a producir. Sin embargo, el sólo pensar en la posibilidad de acercarse a estos lugares o situaciones le produce un gran malestar, provocándole la aparición, aunque en menor medida, de los síntomas psicofisiológicos expuestos, así como una serie de pensamientos irracionales acerca de su capacidad para soportar la situación.

El problema surgió cuando la paciente contaba 8 años de edad. En aquel momento, debía someterse a una intervención quirúrgica leve y días antes tuvo que hacerse unos análisis de sangre. Fue entonces cuando nada más ver cómo se introducía la aguja en su brazo se sintió mareada, con sensación de ahogo, sudor frío, visión borrosa y con temblores en las piernas, aunque en aquella ocasión no llegó a perder el conocimiento.

A partir de este primer episodio, las situaciones provocadoras de ansiedad se fueron generalizando a todo aquello que le recordara la presencia de sangre o agujas.

El historial tanto psicológico como médico de la paciente es normal, sin haber padecido alguna enfermedad física grave, ni trastorno mental a destacar. Tampoco ha recibido anteriormente tratamiento psiquiátrico ni psicológico para este problema. No existen antecedentes de intervención médica o psicológica por este motivo en el núcleo familiar, aunque según describe la paciente hay diversos familiares que refieren este trastorno fóbico.

El desarrollo evolutivo durante la infancia y la adolescencia ha sido normal, con unas relaciones familiares y sociales satisfactorias. Se trata de una persona con un nivel normal de inteligencia que conoce el alcance de sus recursos a la hora de emprender una tarea y a la que le gusta la independencia y las innovaciones. Posee un alto nivel de sensibilidad y su reacción ante acontecimientos adversos es sentirse tensa y sobreexcitada. Quizás por esto, como veremos más adelante, cuando se habla de su problema con la sangre y las inyecciones la reacción que más pone en marcha es la de una constante inquietud motora.

Actualmente, la estrategia que adopta ante este tipo de circunstancias es similar: distraerse y no pensar en lo que está ocurriendo, aunque la reacción más típica es no enfrentarse a estas situaciones buscando múltiples excusas para poder evitarlas.

3. PROCEDIMIENTO

3.1. Evaluación

Se administraron diversas pruebas psicológicas tanto para la fobia específica que la paciente presentaba como para tener información más general sobre otros miedos y algunos aspectos de su personalidad. Las pruebas se administraron en momentos diferentes: antes de llevar a cabo el tratamiento (pretratamiento), inmediatamente después del tratamiento (postratamiento) y en los seguimientos de 1, 6 y 12 meses.

En este apartado sólo incluiremos los datos obtenidos en el pretratamiento para más adelante incluir los restantes resultados. Las pruebas administradas a la paciente así como los resultados obtenidos aparecen a continuación:

a) Entrevista para la hemafobia (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1994)

En ella, la paciente nos relata la historia de su problema desde el primer episodio sufrido, su evolución hasta la actualidad, los antecedentes familiares, la interferencia que dicho problema le crea en su vida, las estrategias de afrontamiento que hasta ahora ha puesto en marcha ante las situaciones que le crean malestar, los síntomas que padece en estas circunstancias, así como una visión global de otros problemas de salud.

b) Escala de Conductas-Objetivo (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1994)

En esta escala la paciente nos refleja las cinco conductas o situaciones relacionadas con la sangre y las inyecciones que en este momento le crean dificultad y sobre las que se va a trabajar durante el tratamiento. Estas conductas son graduadas de 0 (nada) a 10 (máxima) en dificultad. Las conductas-objetivos establecidas por la paciente en el pretratamiento figuran en la tabla 1.

Tabla 1.- Puntuaciones dadas en la subescala de grado de dificultad de la escala de conductas-objetivo en el pretratamiento

CONDUCTAS-OBJETIVO	Grado de dificultad (0 - 10)
1ª Hacerse un análisis de sangre	10
2ª Observar una extracción de sangre realizada a otra persona	10
3ª Ver imágenes relacionadas con sangre en T.V. o revistas	8
4ª Entrar en un hospital	6
5ª Curar (se) heridas	7

c) Inventario de fobia a la sangre (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1994)

Es un inventario específico para evaluar la fobia a la sangre. Está compuesta por 50 ítems referidos a situaciones relacionadas con la sangre, las inyecciones y el dentista y, en menor medida, con el color rojo, de ansiedad social, de agorafobia y de sangre animal. En él se miden, en una escala

d) Cuestionario de miedos (Marks y Mathews, 1979)

Este cuestionario tiene una subescala de hematofobia compuesta por 5 ítems que se refieren a la sangre y/o a las heridas. La paciente debe valorar en una escala de 0 (nunca) a 8 (siempre) la frecuencia con que evita cada una de las situaciones descritas. Los resultados obtenidos durante el pretratamiento figuran en la Tabla 3

Tabla 3.- Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario de Miedos en el pretratamiento

SUBESCALAS	Puntuación
Hematofobia (rango 0-40)	22
Agorafobia (rango 0-40)	6
Ansiedad Social (rango 0-40)	2

e) Cuestionario de 16 factores de Personalidad (16 PF) (Cattel, 1972)

El cuestionario de Personalidad de 16 factores. Es un instrumento de valoración objetiva, cuyo fin es ofrecer, en el menor tiempo posible, una visión bastante completa de la personalidad. Esta visión se basa en la evaluación de las 16 dimensiones, fundamentalmente independientes y psicológicamente significativas, lo cual nos da una mayor posibilidad de comprensión y predicción del comportamiento humano. Consta de 187 ítems con 3 posibilidades de respuesta (Tabla 4).

f) Perfil de Personalidad (PPG) (Gordon)

Es un instrumento para evaluar 8 rasgos básicos de personalidad. Además, el perfil ofrece la posibilidad de una medida conjunta basada en la suma de las puntuaciones en 4 de los rasgos del instrumento. Consta de 38 ítems, con 4 posibilidades de respuesta de las que hay marcadas alternativas, una la que más se aproxima a la forma de ser del sujeto y otra la que menos se aproxima. Los resultados de la paciente se muestran en la Tabla 5.

Tabla 4.- Puntuaciones obtenidas en el Cuestionario 16 PF

Factores de Personalidad	Puntuación directa de la media del grupo	Puntuación directa del paciente
A. Sizotimia-Afectotimia	11'5	15
B. Inteligencia	9	9
C. Fuerza del ego	12'5	8
E. Sumisión-Dominancia	11	16
F. Desurgencia-Surgencia	14'5	15
G. Fuerza del superego	13	14
H. Trectia-Parmia	13'5	19
I. Harria-Premsia	15	18
L. Alaxia-Protensión	11'3	12
M. Praxemia-Autia	11'6	11
N. Sencillez-Astucia	12'3	10
O. Adecuación imperturbable-		
Tendencia a la culpabilidad	12'8	12
Q1. Conservadurismo-Radicalismo	9'25	11
Q2. Adhesión al grupo-Autosuficiencia	11	16
Q3. Baja integración-Mucho autocontrol		
de su autoimagen	11'5	17
Q4. Tensión energética	13'65	21

Tabla 5.- Puntuaciones obtenidas en la Escala PPG

Subescala	Puntuación
ASC (Ascendencia)	25
RES (Responsabilidad)	24
EST (Estabilidad Emocional)	20
SOC (Sociabilidad)	26
AUT (Autoestima)	22
CAU (Cautela)	21
ORI (Originalidad)	25
COM (Comprensión)	27
VIT (Vitalidad)	22

g) Escala de Creencias Disfuncionales (DAS) (Weissman, 1979)

Es un autoinforme diseñado para medir las suposiciones comunes que subyacen a las cogniciones depresivas. Está compuesta por 40 actitudes o creencias hacia las que el sujeto muestra una disconformidad o conformidad en una escala tipo Likert de 7 puntos (0 = totalmente en desacuerdo; 7 = totalmente de acuerdo). La paciente obtuvo una puntuación de 121, siendo la puntuación media global de la población normal de 122'5.

Para terminar la evaluación en el pretratamiento se recogieron algunos datos de cuestiones que podían ser de interés para la práctica clínica. Así, se valoraron sensaciones, pensamientos y comportamientos que la paciente tenía antes del tratamiento en un rango que iba desde 0 a 5, siendo 0 el grado mínimo y 5 el máximo. Dichos datos junto a sus puntuaciones aparecen recogidos en la Tabla 6.

Tabla 6.- Datos de interés clínico

CUESTIONES DE INTERÉS CLÍNICO (0 = grado mínimo / 5 = grado máximo)	PUNTUACIÓN
Percepción de control de las situaciones antes del tratamiento	2
Grado de interferencia de la hematófobia en su vida	3
Tendencia al desmayo	2
Pensamientos irracionales acerca de su capacidad para afrontar la situación	4

Por último, y como dato también de interés, se preguntó por la estrategia más utilizada por ella cuando debía enfrentarse a situaciones relacionadas con su problema a lo cual respondía habitualmente con la misma estrategia: evitar la situación siempre.

3.2. Hipótesis explicativa

El suceso que desencadenó, en este caso, el primer episodio de hematófobia fue probablemente el malestar experimentado por la paciente (mareo, sudor frío, visión borrosa y temblores en las piernas) cuando le hacían los análisis

de sangre para someterse a la intervención médica. A partir de este momento, las situaciones relacionadas con la sangre y las agujas comenzaron a adquirir un valor aversivo o desagradable al pensar que podía volver a sentirse incómoda o ansiosa en esos lugares. Desde entonces, y con el paso del tiempo tendió a evitar todas aquellas situaciones asociadas al primer episodio (un hospital, una sala de curas), y más tarde, por un proceso de generalización todo aquello que le recordaba a la sangre (por ejemplo: accidentes en TV u oír hablar de sangre).

Actualmente, todas estas evitaciones se mantienen por refuerzo negativo y es la evitación de las situaciones (para no experimentar los síntomas de ansiedad) la que mantiene el miedo irracional de esta paciente a la sangre, por lo que la única forma con la que poder superar todo esto es con la ayuda de una exposición regular a las situaciones temidas. Junto a esto, la paciente es una persona con tendencia a la hipotensión, característica que contribuye a que ante situaciones relacionadas con la hematófobia se acelere el cuadro vasovagal y aparezcan síntomas tales como mareo, sudor frío, palidez en la cara, flojera en las piernas, terminando en algunas ocasiones en desmayo.

3.3. Tratamiento

La técnica que se eligió en este caso, fue el tratamiento de 'exposición gradual en vivo', debido al papel fundamental que desarrollan las conductas de evitación en la hematófobia.

El programa terapéutico constó de 6 sesiones grupales, donde los grupos estaban formados por 3 ó 4 personas como máximo, con un nivel de ansiedad del problema similar, pudiendo ser este nivel: bajo, medio o alto, en función de la severidad de las respuestas psicofisiológicas. La paciente pertenecía al nivel medio.

En estos grupos estaban presente tanto un terapeuta (con dos años al menos, de experiencia clínica) como un coterapeuta (con una experiencia clínica de entre 6 y 12 meses). La periodicidad con la que se llevaron a cabo las sesiones fue semanal y cada una de ellas tenía una duración de entre 60 y 90 minutos. El centro donde se realizó el tratamiento fue el Hospital Universitario "Virgen Macarena" de Sevilla. La composición de cada una de las sesiones queda reflejada de forma esquemática en el Diario de Sesiones (Tabla 7)

Tabla 7.- Diario de sesiones

Sesiones	DIARIO DE SESIONES
	Contenido
1ª	<ul style="list-style-type: none"> I. Introducción. II. Explicación de la composición del tratamiento. III. Explicación detallada sobre la tarea de exposición. IV. Exposición en vivo a la conducta-objetivo definida.
2ª-5ª	<ul style="list-style-type: none"> I. Comentario sobre las dificultades surgidas durante la semana. II. Explicación detallada sobre la tarea de exposición. III. Exposición en vivo a la conducta-objetivo definida.
6ª	<ul style="list-style-type: none"> I. Comentario sobre las dificultades surgidas durante la semana. II. Explicación detallada de la tarea de exposición. III. Exposición en vivo a la conducta-objetivo definida. IV. Valoración global del tratamiento: Informe Final. V. Hoja de consejos útiles para hacer frente a las situaciones relacionadas con la sangre.

SESIÓN 1ª

En la primera sesión se explicó a la paciente (y al grupo, en general) la diferencia existente entre miedo (emoción normal ante situación de peligro) y fobia (miedo excesivo y persistente provocado por un objeto o situación de forma irracional) para pasar a enseñarle cómo antes estas situaciones irracionales las personas sienten una serie de síntomas específicos en cada caso, pero que en definitiva están enmarcados dentro de lo que llamamos ansiedad. Así, en el caso de la hematófobia, la persona durante la infancia, habitualmente, ha experimentado estos síntomas ante un episodio relacionado con la sangre que le ha creado bastante malestar, que en determinados momentos el recuerdo de este malestar le lleva a evitar este tipo de situaciones adversas a lo largo de su vida, manteniendo de este modo su miedo irracional hacia la sangre y ante todo aquello relacionado con ella.

Se explicó a la paciente (y al grupo) que es esta evitación la que mantiene su problema y que por ello la forma de superar el trastorno es enfrentándose en vivo al estímulo temido de forma gradual, aunque con exposiciones en

intervalos de tiempo largos para así quitar el miedo a este tipo de situaciones, ya que con intervalos breves de tiempo, a lo que se contribuye es a aumentar el miedo por un proceso de sensibilización. Esto se debe a que, en el primer caso, la persona se va dando cuenta de cómo a lo largo de la exposición sus síntomas de ansiedad van disminuyendo y son además controlables mientras que esto no ocurre en el segundo caso. Por otra parte, también se explicó cómo existe un patrón específico de respuestas tanto a nivel motor como cognitivo y fisiológico cuando se enfrentaba al estímulo temido. Este patrón consistía, en la mayoría de las ocasiones, en una elevación del ritmo cardíaco, de la presión arterial y de la tasa respiratoria, para luego sufrir una bajada de estos parámetros. Sin embargo había personas que se quedaban en la fase primera, mientras que otras pasaban las dos fases, incluso había personas que pasaban a la segunda fase con tanta rapidez que los síntomas asociados a la primera fase eran casi imperceptibles. Por todo eso, se aconsejó que estuviera atento durante todo el tiempo que durase la primera exposición, a sus pensamientos, sensaciones y conductas motoras, para de esta manera poder identificar su patrón específico de respuesta. Se le enseñó a respirar (lenta y profundamente) correctamente para así disminuir la ansiedad y, además, se intentaba mantenerle en movimiento (en el asiento) para evitar el síndrome vasovagal y, por tanto, el desvanecimiento.

Una vez explicada tanto la técnica que íbamos a utilizar como la causa por la cual surge y se mantiene este problema, se pasó a enfrentar al paciente (y al grupo) a la primera tarea de exposición la cual consistía en la proyección de una película, grabada exclusivamente para llevar a cabo este tratamiento.

Lo primero que se hacía era explicar al grupo el contenido de la película para provocar los síntomas y seguidamente ver como reaccionaban ante la proyección de la misma. Antes de iniciar la película se advertía que podían cerrar los ojos si no eran capaz de ver alguna imagen, podían salir unos minutos hasta sentirse mejor y volver a la exposición e incluso, podían pedirnos, llegado el caso, que detuviésemos la película unos instantes hasta que se sintieran capacitados para seguir adelante. Tanto el contenido del vídeo como la reacción de la paciente ante él quedan reflejados en la Tabla 8.

Al final de la sesión se le aconsejó que aprovechara cualquier ocasión para poner en práctica lo aprendido y detectar en estas ocasiones, los síntomas que le surgieran, no olvidándose de llevar a cabo las respiraciones. Pero, sobre todo, lo que se le aconsejó con mayor énfasis fue que no intentara evitar las situaciones adversas que le fueran surgiendo.

Tabla 8.- Contenido del vídeo y reacciones de la paciente

CONTENIDO DEL VIDEO	REACCIÓN DE LA PACIENTE	Nivel de Ansiedad
I. Visión general de un hospital	Está muy inquieta y se mueve frecuentemente.	
II. Visión general de un quirófano vacío	Palidece. Sudor frío	
III. Imagen de una jeringuilla tirada en una papelera		
IV. Imágenes de una extracción de sangre.	Llora con las imágenes. Deja de mirar. Resistencia. No sigue.	7 - 8
V. Imágenes de una operación: <ul style="list-style-type: none"> . Preparación para la intervención. . Corte con bisturí. . Operación en sí . Cosido de la herida. 	Se resiste a seguir viendo. Sale de la sala sin continuar la proyección.	

SESIÓN 2ª

Al comienzo de la sesión, se le preguntó por las dificultades surgidas entre la semana y cuál había sido la forma de resolución de la situación. Se dedicó la primera parte para comentar con el grupo el desarrollo de la semana.

En esta sesión se expuso a la paciente a un simulacro de extracción de sangre para que fuera capaz ante esta situación de identificar y controlar los síntomas que le fuesen apareciendo durante el tiempo de exposición y así poder enfrentarse más adelante a una verdadera extracción.

Para empezar la sesión se colocó encima de una mesa todo el material necesario para realizar una extracción (goma para el brazo, jeringuillas,

algodón y alcohol) y con él, un terapeuta ayudado por un coterapeuta llevó a cabo un simulacro de extracción. Así, se colocó en el brazo del supuesto paciente (coterapeuta) una goma, se humedeció un algodón en alcohol, se le dobló el brazo para que la vena resaltara, se limpió con el algodón húmedo la zona y, por último, se acercó la jeringuilla al brazo.

En esta sesión, la paciente se mantuvo bastante nerviosa, manifestándolo a través de sus constantes movimientos. Además, su cara se mostraba pálida y decía sentir un sudor frío por todo su cuerpo llegando a sentirse mareada. Pensaba que, como otras veces, no sería capaz de controlar la situación y que acabaría desmayándose. A pesar de todo, en esta ocasión, no llegó a llorar y tampoco llegó a desmayarse. Esto se debe a que al estar tan nerviosa y en continuo movimiento su cuerpo se mantuvo tenso y evitó de esta manera el enlentecimiento del ritmo cardíaco y la bajada de la presión arterial.

SESIÓN 3ª

Al igual que en la sesión anterior, se comenzó por comentar las dificultades surgidas durante la semana y por su forma de actuación. Una vez hecho esto, y tras haber realizado el simulacro de extracción, se explicó que en esta sesión se pretendía que manipulara el material utilizado en la sesión anterior, así como que presenciara extracciones a otros miembros del grupo e incluso, si se sentía capacitada, someterse a una.

Para ello se presentó, sobre una mesa, material diverso: jeringuillas, agujas de diferente tamaño, gomas para el brazo, tubos de diferentes colores correspondientes cada uno de ellos a diferentes tipos de analítica, algodón y alcohol. Además, se comunicó que si alguien se sentía capacitada para someterse a una extracción, una ATS del grupo lo haría. Durante el tiempo que duró la exposición al material se aprovechó para hablar al grupo de heridas, cortes en el cuerpo, cosidos de operaciones y de todo aquello relacionado con su problema. De esta manera, nuestra paciente vio como le extraían sangre a otros compañeros del grupo e incluso cogió el tubo donde estaba contenida, aún caliente, la sangre de uno de ellos, para al final terminar sometiéndose ella a una extracción, aunque con la ayuda de un terapeuta que le hacía compañía y sin poder mirar su brazo en el momento de introducir la aguja y salir la sangre. A pesar de todo, en esta ocasión se encontraba más tranquila y segura de sí misma, presentando una menor palidez en su

cara, así como menores alusiones a estar sintiéndose mareada; sin embargo, hacía referencia a estar sintiendo un nudo en la garganta y molestias en el estómago. Además, la inquietud motora que venía presentando desde el principio del tratamiento no cesó y decía constantemente que sentía como le temblaban las piernas. Sus pensamientos fueron muchos más positivos que los que había tenido hasta el momento, aunque seguía pensando que terminaría desmayándose, también se daba cuenta de que hasta ahora esto no había ocurrido y que era capaz de identificar los síntomas antecedentes a él e incluso controlarlos. Con anterioridad, ya hemos comentado que utilizamos la respiración para disminuir y controlar la ansiedad, y a esto hay que añadirle que en situaciones de riesgo intentábamos mantener a los pacientes en movimiento (para que se mantuvieran en tensión) y también le indicábamos que (en momentos de alto riesgo) bajasen la cabeza o se tapasen la nariz para así conseguir un mayor bombeo de sangre y evitar, de esta manera, el desmayo.

SESIÓN 4ª

Empezamos por hacer un balance de los acontecimientos durante la semana y cuáles habían sido las estrategias de afrontamiento puestas en práctica. A continuación se explicó en que iba a consistir esta sesión: la visita al servicio de Donantes de Sangre del Hospital, para así poder manipular el instrumental relacionado con extracciones (además de bolsas conteniendo sangre), e incluso ver como se efectuaba una donación de sangre, desde el momento de pinchar en el dedo para analizar la composición sanguínea del donante, pasando por la introducción en el brazo de aguja que unida a un tubo transportaba la sangre hasta una bolsa, así como el movimiento rítmico que el donante debía hacer con su mano para que la sangre fuera saliendo hacia el tubo. Para ello, se hicieron visitas en grupo, con la compañía tanto del terapeuta como de un coterapeuta a este Servicio.

La paciente se atrevió a manipular el material allí utilizado, llegando incluso a coger bolsas de sangre y tenerlas entre sus manos algunos minutos. Además, pudo ver como se realizaba una donación aunque no fue capaz de mirar en el momento de introducir la aguja en el brazo del donante.

Gradualmente, se iba avanzando en la escala de conductas-objetivo establecida en el pretratamiento por la paciente; su nivel de ansiedad bajó con respecto a las sesiones anteriores, su inquietud motora fue mucho menor

e incluso no manifestó sentir temblores en las piernas, ni nudo en la garganta, aunque seguía sintiendo molestias en el estómago y en alguna ocasión advertía que se estaba mareando (acompañando ésto de un sudor frío en todo su cuerpo). Sus pensamientos fueron cada vez más positivo, tanto que en esta ocasión, no llegó a pensar que fuese a desmayarse creyendo, además, que era capaz de controlar la situación.

Quizás por todo esto, al final de la sesión y a pesar del nivel de dificultad de la misma, fue capaz de someterse a una extracción de sangre, aunque seguía sin poder mirarse el brazo en el momento de clavar la aguja y salir la sangre. Tampoco era capaz de enfrentarse sola a la situación, necesitando para ello, la compañía del terapeuta.

SESIÓN 5ª

En un primer momento se comentaron los acontecimientos relacionados con el tratamiento que se habían presentado durante la semana y se hizo una valoración de las conductas puestas en práctica. Explicamos que el objetivo de la sesión era una visita a la planta de Urgencias del Hospital para, de este modo, enfrentarse a situaciones inesperadas (tales como enfermos en camilla con sangre por alguna parte de su cuerpo o la llegada de una ambulancia con un enfermo grave).

Al igual que en la sesión anterior, se hicieron visitas en grupos de 2 ó 3 personas a esta planta, con la compañía tanto del terapeuta como del coterapeuta que se encargaban de vigilar las reacciones de los miembros del grupo.

La paciente fue capaz de realizar la visita a este Servicio y, a pesar de haber tenido que soportar estas situaciones generadoras de ansiedad, su nivel se mantuvo como en la sesión anterior (un nivel bajo). Así su inquietud seguía siendo mucho menor que al principio del tratamiento, sus piernas ya no le temblaban y no sentía sudor frío ni sensación de mareo, aunque seguía sintiendo molestias en el estómago. Pensaba que podía controlar la situación como había venido haciendo desde el principio del tratamiento y, consecuentemente, no pensaba que fuese a llegar al desmayo.

La sesión terminó con una extracción de sangre y en esta ocasión, la paciente fue capaz de someterse a ella sin la compañía del terapeuta (aunque seguía sin poder ver como le introducían la aguja en el brazo y brotaba la sangre al sacar la aguja).

SESIÓN 6ª

Como esta sesión era la última en la composición del tratamiento se hizo un balance en grupo de lo aprendido hasta el momento y de la puesta en práctica que cada miembro participante había venido efectuando a lo largo de este periodo de tiempo, tanto en las sesiones como en el intervalo existente entre una sesión y otra (práctica intrasesiones).

A continuación, explicamos que terminaríamos el tratamiento haciendo una visita a la planta de Traumatología y Cirugía Torácica del Hospital para que fuese generalizando lo aprendido hasta ahora a diferentes situaciones y lugares. Para ello, y al igual que en las dos sesiones anteriores se organizaron visitas en grupo a este servicio, siempre con la compañía de un terapeuta y de un coterapeuta. Allí, se fueron observando las reacciones que presentaban cuando se enfrentaban a un enfermo escayolado u operado, al cual se le podían ver tanto la herida como los puntos de sutura.

La paciente en esta ocasión fue capaz de realizar la visita completa a esta planta y ver varios enfermos con diferentes traumatismos, manteniendo durante todo este tiempo un nivel de ansiedad bajo al igual que en la sesión anterior. Seguía sin sentir sudor frío ni temblores en las piernas aunque su inquietud seguía siendo más elevada de lo normal. Tampoco tenía molestias en el estómago y sus alusiones a estar mareándose eran casi nulas. Mantenía la idea de que podía controlar la situación y por ello no llegaría a desmayarse. Sin embargo, antes de concluir la sesión, su nivel de ansiedad aumentó, debido quizás a que se sometió a una extracción de sangre sola y aunque esto ya lo había hecho con anterioridad, en esta ocasión fue capaz de mirar cómo le introducían la aguja en el brazo y le sacaban la sangre.

Para terminar la exposición se dijo al grupo que debían pasear por el hospital sin la compañía de los profesionales y, de este modo, poner en práctica lo aprendido hasta ahora sin el apoyo de los mismos. Una vez hecho esto y tras preguntarles cómo les había ido, se pasó a entregar a cada uno de ellos un listado de Consejos Útiles para mantener a largo plazo la mejoría conseguida y se les entregó un cuestionario a modo de Informe Final, que debían rellenarlo para tener la valoración global que cada uno de ellos hacía del tratamiento.

Por último, en relación al tratamiento debemos señalar que a la vez que se iban realizando cada una de las sesiones que lo componían se fueron recogiendo información acerca del nivel de ansiedad que la paciente sentía en cada una de las exposiciones a las que se enfrentaba. Dicho nivel fue

medido en una escala con un intervalo de 0 a 10 (0 = ninguna ansiedad; 10 = ansiedad máxima). Aunque aquí sólo se recogen las puntuaciones de las respuestas fisiológicas, debemos señalar que en las respuestas tanto motora como cognitivas la mejora fue aún mayor que en las aquí referidas.

En la Tabla 9 se recoge la evolución que la paciente experimentó durante el tratamiento en cuanto a su nivel de ansiedad.

Tabla 9.- Nivel máximo de la ansiedad a lo largo de las sesiones del tratamiento

Sesiones del tratamiento	Nivel máximo de ansiedad (0-10)
1ª. Exposición a la película	8
2ª. Simulacro de extracción	8
3ª. Manipulación de material específico	6
4ª. Visita al Servicio de Donantes de Sangre	5
5ª. Visita al Servicio de Urgencias	4
6ª. Visita a Traumatología y extracción sola	3 - 4

4. RESULTADOS

Para evaluar el cambio terapéutico se volvieron a aplicar los instrumentos de evaluación utilizados en el pretratamiento en cuatro momentos diferentes: postratamiento, seguimiento 1, 6 y 12 meses. Los resultados obtenidos por la paciente en los diferentes instrumentos aparecen de forma esquematizada en las tablas (10,11 y 12).

Escala de Conductas-Objetivo (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1994)

La comparación entre las puntuaciones del pretratamiento, el postratamiento y los sucesivos seguimientos permite concluir que se ha obtenido una disminución con la intervención en todas las Conductas-objetivo, siendo ésta más acentuada inmediatamente después del tratamiento y con tendencia al mantenimiento, en general, a lo largo del tiempo, dependiendo ello, de las exposiciones a las que la paciente se enfrenta entre un seguimiento y otro (Tabla 10).

Tabla 10.- Puntuaciones en la subescala de grado de dificultad de la escala de conductas-objetivo en las distintas evaluaciones

Conductas - Objetivos	Pretrat.	Postrat.	Seg. 1 mes	Seg. 6 meses	Seg. 12 meses
1ª Hacerse un análisis de sangre	10	4	5	3	5
2ª Ver una extracción de sangre realizada a otra persona	10	3	4	4	7
3ª Ver las imágenes relacionadas con la sangre en TV o revistas	8	3	4	2	3
4ª Entrar en un Hospital	6	2	2	3	3
5ª Curar(se) heridas	7	4	4	4	3
Total	41	16	19	16	21

Inventario de Fobia a la sangre (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1994)

En este caso se recogieron las puntuaciones totales obtenidas en cada una de las subescalas que componen el inventario. Respecto a los resultados en el inventario de Fobia a la sangre, éstos muestran una disminución de la puntuación en el postratamiento. Por otro lado, en los seguimientos esta disminución aumentó a medio plazo, aunque se produjo una mayor presencia de fisiológicos a largo plazo, en relación con las respuestas cognitivas y motoras (Tabla 11).

Tabla 11.- Puntuaciones en el Inventario de Fobia a la Sangre en las distintas evaluaciones

Pretrat.			Postrat.			Seguim. 1 mes			Seguim. 6 meses			Seguim. 12 meses		
F	C	M	F	C	M	F	C	M	F	C	M	F	C	M
457	459	322	217	89	57	117	96	50	44	48	30	88	69	31

Cuestionario de Miedos (Marks y Mathews, 1979)

Los resultados en el Cuestionario de Miedos revelan una disminución en las puntuaciones en la Subescala de hematófobia en el postratamiento, con un mantenimiento de la mayoría en el seguimiento de los 12 meses (Tabla 12).

Tabla 12.- Puntuaciones en las subescalas del Cuestionario de Miedos en las distintas evaluaciones

Subescalas	Pretrat.	Postrat.	Seg. 1 mes	Seg. 6 meses	Seg. 12 meses
Hematofobia	22	8	4	4	8
Agorafobia	6	0	0	0	0
Fobia Social	2	0	0	0	0

5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Una vez presentado el caso y los resultados, las conclusiones más relevantes son las siguientes:

1. En primer lugar, haremos referencia a las variables personales y el estado sociofamiliar.

Así, destacaremos una serie de circunstancias adicionales que forman parte del contexto y de la personalidad de la paciente que pueden estar influyendo en la manera en que hasta ahora ha enfrentado su problema así como la mejoría obtenida por ella tras el tratamiento. Al comienzo del mismo mostraba un gran nivel de motivación, quizás debido a su gusto por las cosas novedosas y su atrevimiento para experimentar con lo desconocido. Sin embargo, no mostraba grandes expectativas de mejoría y la obtenida por ella después del tratamiento fue más baja que la de sus compañeros. Esto último puede deberse a diferentes motivos o a la conjunción de cada uno de ellos. Por un lado, la profesión que venía desarrollando (estudiante de Publicidad y Relaciones Públicas) estaba bastante alejada, en cuanto a los conocimientos adquiridos a través de ella, de la lógica del tratamiento al que se sometió.

Por otro lado, el hecho de que en su familia hubiese antecedentes familiares de hematófobia, y ninguno de ellos hubiera mejorado en este problema, (ya que no acudieron a un profesional) junto con el bajo nivel de expectativas positivas con respecto al tratamiento que la paciente recibía por parte de ellos, hacían que su confianza en mejorar fueran bastante escasas.

Por otra parte, la paciente es una persona que tenía mucho miedo a sentir dolor, y a los síntomas psicofisiológicos desagradables como sudor frío, bajada de tensión, bajada del ritmo cardíaco, lo que unido a su alto nivel de sensibilidad y al hecho de que padeciera hipotensión, hacían que cada vez fuese evitando más situaciones adversas, y generalizando, de este modo su miedo a la sangre y a las inyecciones así como otras muchas circunstancias relacionadas con ellas.

Todo esto, unido al tiempo inferior que se le dedicó en el tratamiento al apartado específico de inyecciones, modificaron la mejoría obtenida por ella después del mismo. Aun a pesar de estas limitaciones, observamos desde el punto clínico algunas cuestiones relevantes que se modificaron en la paciente, tales como la percepción de control, el grado de interferencia en su vida, la tendencia al desmayo y la presencia de pensamientos irracionales (Tabla 13).

Tabla 13.- Valoración subjetiva que la paciente hace de su problema

Cuestiones de interés clínico	Pretrat.	Postrat.	Seg. 1 mes	Seg. 6 meses	Seg. 12 meses
Percepción de control	2	5	4	4	4
Grado de interferencia en su vida	3	1	2	1	1
Tendencia al desmayo	2	0	0	1	1
Pensamientos irracionales	7	1	2	2	2

2. Los porcentajes de mejoría clínica, con respecto a la mejoría alcanzada se exponen a continuación:

2.a. En cuanto al problema de la hematófobia:

Se realizaron diversas comparaciones entre las puntuaciones obtenidas por la paciente durante los seguimientos (Tabla 14)

Tabla 4.- Porcentajes de mejoría en el Inventario de Fobia a la sangre

Comparaciones entre los seguimientos	Tipo de respuestas. Puntuaciones totales	Porcentaje de mejoría
Pretratamiento - postratamiento	Fisiológicas	52%
	Cognitivas	79%
	Motoras	81%
Pretratamiento - seguimiento 12 meses	Fisiológicas	91%
	Cognitivas	84%
	Motoras	90%
Postratamiento - seguimiento 12 meses	Fisiológicas	59%
	Cognitivas	22%
	Motoras	46%

Tabla 15.- Comparación de las puntuaciones Grupo - Paciente en el Inventario de Fobia a la Sangre en el seguimiento de 12 meses

Tipo de respuesta. Puntuación total	Puntuación media del grupo	Puntuación directa de la paciente
Fisiológicas	60	88
Cognitivas	42'5	69
Motoras	29'1	31

Al observar la tabla nos damos cuenta que se produce una mejoría sincrónica a largo plazo en el triple sistema de respuesta, esto es, que al mejorar la respuesta psicofisiológica, también mejoran la motora y la cognitiva. Sin embargo, dicha mejoría es algo inferior en la respuesta cognitiva, lo que puede explicarse por el hecho de que la técnica utilizada (exposición) se centra más en las otras dos respuestas (psicofisiológicas y motoras) o más

indirectamente en las respuesta cognitiva. Sin embargo, no por ello no mejora en esta última. Quizás esto se deba a que aunque son las respuestas menos trabajadas durante el tratamiento, la paciente se va dando cuenta a lo largo de él, que se va sintiendo capaz de controlar sus síntomas y sus respuestas motoras, por lo que sus expectativas positivas son mayores y, por tanto, su forma de afrontar las situaciones es más adecuada.

Por otro lado, se compararon la puntuación media obtenida por el grupo al año de seguimiento con la obtenida por nuestra paciente (Tabla 15).

En la tabla vemos que, aun habiendo experimentado una gran mejoría, sus puntuaciones se mantienen por encima de la media grupal. Esto parece ser debido a diferentes motivos:

*Por un lado, a que la paciente obtuvo puntuaciones en el pretratamiento relativamente más altas que el resto de los pacientes del mismo grupo.

*Por otro lado, el dolor que sentía cuando le introducían una aguja, tanto para extraer como para inyectar, no desaparecía aún sabiendo controlar la situación.

*Además, se dedicó menos tiempo durante el tratamiento al tema de las inyecciones.

*Por último, es una persona que habitualmente, tiende a experimentar síntomas de ansiedad ante las situaciones extremas.

Sin embargo, experimentó una mejoría bastante similar a la del grupo en las conductas motoras, quizás en parte, porque se da cuenta que son éstas las que ayudan a evitar el desmayo y, con ella, las sensaciones desagradables asociadas al mismo, y por otra parte porque el tratamiento estaba orientado más específicamente a nivel conductual.

2.b. En cuanto a las conductas-objetivo:

*Se observa un 61% de mejoría al terminar el tratamiento, en el grado de dificultad, o lo que es lo mismo, la práctica de la exposición produjo un beneficio del 61%. Sin embargo, hay que señalar que la disminución del grado de dificultad fue menor en aquellas conductas menos practicadas (como, por ejemplo, poder curar(se) heridas) y mayor en las más practicadas (como hacerse un análisis de sangre).

*Por lo que se refiere a la mejoría a largo plazo, ésta alcanza un 50%. Esto se debe a que en el tiempo que transcurrió entre los distintos seguimientos, la exposición a situaciones desagradables para ella fue mucho menor que durante el tratamiento; en otras palabras, la práctica regular o la exposición a las situaciones temidas (contenido de las sesiones del tratamiento) es el factor clave que determina la mejoría del cuadro.

2.c. En cuanto a la percepción subjetiva de cambio que la paciente había observado:

*La sensación más satisfactoria que experimentaba en la mejoría de la tendencia al desmayo. Quizás se debiera a que durante el tratamiento nunca llegó a desmayarse.

*Así mismo, mejoraron sus pensamientos irracionales acerca de ser capaz de soportar situaciones hematófóbicas.

*Esta mejoría no sigue aumentando a lo largo del tiempo, debido a que, como se ha dicho con anterioridad, la frecuencia con que la paciente se enfrenta a situaciones relacionadas con su problema después del tratamiento es menor, siendo, de este modo, esta exposición continua la que asegura la mejoría obtenida durante la intervención.

Como conclusión final podemos afirmar que la técnica de exposición se muestra eficaz en el tratamiento de la hematófobia. Junto a esto, el empleo de otras técnicas como la 'tensión aplicada' contribuyen a aumentar la eficacia de la intervención, a la vez que facilitan una mejoría sincrónica al dotar al paciente de estrategias que le permiten controlar el síndrome vasovagal y prevenir, por tanto, los desmayos (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1996). Como consecuencia, se tiende a dar un cambio a nivel cognitivo en el temor al desmayo y a la pérdida de conocimiento, puesto que se va sintiendo un aumento en la capacidad de hacer frente a las distintas situaciones y resolverlas mediante una estrategia más adecuada que la evitación o el desmayo.

Tal vez no desaparece totalmente la inquietud de ver sangre y el temor a que puedan aparecer los síntomas, así como sentir mareo o sensación de desvanecimiento. Pero sí se consigue llegar a afrontar las situaciones con más confianza en uno mismo y con un mayor convencimiento de que puede hacerse frente a la hematófobia. Este mensaje es importante saber transmitirlo: se podrá tener miedo a la sangre, pero se puede hacer frente a esta fobia y mantener la mejoría con el mantenimiento de la exposición a las situaciones temidas y el control de los síntomas experimentados.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Agras, S., Sylvester, D. y Oliveau, D. (1969). Epidemiology of common fears and phobias. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 15-156.

- Borda, M., Báez, C. y Echeburúa, E. (1993). Tratamiento de exposición en un caso de fobia a la sangre. *Análisis y Modificación de Conducta*, 66, 583-607.
- Borda, M., Antequera, R. y Blanco Picabia, A. (1994). La exposición gradual en vivo y la tensión aplicada en el tratamiento de la fobia a la sangre. *Anales de Psiquiatría*, 8, 302-307.
- Borda, M., Antequera, R. y Blanco Picabia, A. (1996). Orientaciones terapéuticas en el tratamiento de la hematófobia. *Boletín de Psicología* 50, 67-86.
- Hellström, K., Fellenius, J. y Öst, L.G. (1996). One versus five sessions of applied tension in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research Therapy*, 34, 101-112.
- Lapouse, R. y Monk, M.A. (1959). Fears and worries in a representative sample of children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 29, 803-818.
- Marks, I.M. (1987). Fears, phobias, and rituals: Panic, anxiety and their disorders. Oxford: Oxford University Press.
- Marks, I.M. (1988). Blood-injury phobia: a Review. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1207-1213.
- Marks, I.M. y Mathews, A.M. (1979). A brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 263-267.
- Miller, L.C., Barret, C.L. y Hampe, E. (1974). Phobias of childhood. In Davis, A. (Ed.), *Child personality and psychopathology: Current topics* (Vol.1). New York: Wiley.
- Öst, L.G., Sterner, V. y Lindahl, I.L. (1984). Physiological responses in blood phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 109-117.
- Öst, L.G., Sterner, V. y Fellenius, J. (1989). Applied tension, applied relaxation, and tension-only in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 109-121
- Vázquez, M.I. y Buceta, J.M. (1990). Características peculiares de la fobia a la sangre, las enfermedades y las lesiones físicas: posibles implicaciones terapéuticas. *Psiquis*, XI, 42-47.
- Weissman, (1979). The Dysfunctional Attitude Scale: A validation study. Dissertation Abstract International, 40, 1389 B-1390 B