

**TEMOR A LA MUERTE EN HEMATOFÓBICOS:
PROPUESTA DE UN MODELO EXPLICATIVO
Y UN PROGRAMA TERAPEUTICO**

Pérez San Gregorio, M^a Angeles ¹

Borda Más, Mercedes ²

Blanco Picabia, Alfonso ³

¹ Profesora Asociada.

² Profesora Ayudante.

³ Catedrático de Universidad.

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

RESUMEN

El principal objetivo del presente estudio se centra en analizar las actitudes hacia la muerte en hematófobos. Para ello empleamos 2 grupos: 36 sujetos hematófobos y 36 sujetos no hematófobos. Empleamos una Encuesta Psicosocial y la Escala de Temor a la Muerte (Urraca Martínez, 1981). Los resultados mostraron que los sujetos hematófobos presentaban mayor temor a la muerte propia, a la muerte ajena y al proceso de morir ajeno. En función de los resultados hallados proponemos un modelo explicativo y un programa terapéutico.

Palabras clave: HEMATOFOBIA, TEMOR A LA MUERTE, MODELO EXPLICATIVO, PROGRAMA TERAPEUTICO.

SUMMARY

The aim of this study was the analysis of the attitudes regarding death in patients with phobia for blood. We compared two groups: 36 blood phobia and 36 without blood phobia. Investigation based on social information and the Fear of Death Scale (Urraca Martínez, 1981) were used. Results showed that those individuals with blood phobia exhibited fear of ones' own death, fear of the death of others and fear of the process of the death of others. We proposed one explanatory pattern and one therapeutic programme.

Key words: BLOOD PHOBIA, FEAR OF THE DEATH, EXPLANATORY, PATTERN, THERAPEUTIC PROGRAMME.

INTRODUCCION

La muerte es un hecho que está presente en nuestras vidas sin implicar por ello que sea bien aceptado por las personas; más bien genera angustia, inquietud ante lo desconocido y una amplia diversidad de sentimientos.

A lo largo de la historia se ha estudiado el problema desde diversos puntos de vista: la muerte como realidad de la naturaleza, como situación en la que están algunos y en la que estaremos nosotros, como acto (voluntario o no), como final, como principio, como incógnita, etc (Blanco Picabia, 1993).

Para el individuo, el concepto de enfermedad está asociado con el miedo a la muerte, de ahí que en determinados momentos se adopten actitudes de rechazo o negación ante la enfermedad por miedo a reconocer la proximidad de la muerte. Existen, sin embargo, personas que temen la muerte, pero fundamentalmente, por el malestar generado ante la presencia de lugares o la visión de objetos relacionados con la sangre: son las personas con fobia a la sangre. Los hematofóbicos son personas que tienden a evitar aquellas actividades que, ya de antemano presuponen, están relacionadas con la sangre, las heridas, etc. (Borda, Báez y Echeburúa, 1993).

En el presente trabajo, nos planteamos los siguientes objetivos: (1) en primer lugar, analizar el temor a la muerte que muestran los sujetos hematofóbicos en comparación con los no hematofóbicos, (2) en segundo lugar, proponer un modelo explicativo que relacione las variables temor a la muerte, hematofobia y donación de sangre y (3) en tercer lugar, proponer las estrategias de intervención más adecuadas.

MATERIAL Y METODO

A) Población

Se han utilizado dos grupos de diferente procedencia: familiares de pacientes traumatizados graves (ingresados en UCI) y familiares de sujetos sanos (no ingresados en UCI).

El grupo constituido por los familiares de pacientes traumatizados graves fue seleccionado a partir de todos los enfermos, que durante el período de un año ingresaron en la UCI del Hospital Universitario de Rehabilitación y Traumatología "Virgen del Rocío" de Sevilla. Nos centramos en el estudio de los familiares más allegados de 177 pacientes traumatizados graves (141 hombres y 36 mujeres con una edad media de 32.54 años) que ingresaron en UCI de forma súbita y como consecuencia de un accidente inesperado: colisiones motos-vehículos (22%), salidas de vehículos de la carretera (18.6%), caídas de moto (17.5%), atropellos (14.1%), colisiones coches-coches (13%), caídas de altura (7.9%), caídas casuales (4.5%) y agresiones (2.3%). El grupo de familiares estaba constituido por 100 mujeres y 77 hombres con una edad media de 41.72 años.

El grupo formado por los familiares de sujetos sanos fue seleccionado a partir de una muestra homogénea de sujetos sanos (no ingresados en UCI y carentes de patología en tratamiento o conocida en el momento de realizar el estudio), equiparable en la mayoría de las variables a la muestra de pacientes traumatizados graves (ingresados en UCI). Fueron eliminados aquellos familiares que habían sufrido historias recientes de muertes, ingresos en UCI, accidentes, etc, propias y/o ajenas. Este grupo estaba constituido

por los familiares más allegados (84 mujeres y 76 hombres con una edad media de 36.74 años) de 160 sujetos sanos. El intervalo temporal durante el que se recopilaron estos datos fue de 6 meses.

B) Procedimiento para determinar la población

En el grupo de familiares de pacientes traumatizados graves todos los días a la una de la tarde, los médicos informaban a los familiares sobre el estado y evolución de los pacientes. Justo después de la información médica que duraba aproximadamente 10 minutos, la psicóloga pedía la colaboración de un familiar (siempre el más allegado al sujeto ingresado en UCI), le explicaba los objetivos del presente estudio y concertaba una cita con él. En todos los casos, antes de solicitar la participación de los familiares, se les concedía un determinado período de tiempo (media= 5.22 días), para que se adaptaran a las condiciones y circunstancias del hospital y más concretamente de la UCI: informaciones médicas, personal sanitario, visitas a los enfermos (respirador automático, transfusiones sanguíneas, amputaciones traumáticas, etc), sala de espera, trato con los familiares de otros enfermos ingresados en UCI, etc. Esto ya fue sugerido por Daley (1984), que halló que los familiares entrevistados antes de las 24 horas siguientes a la admisión del paciente en UCI, tenían serias dificultades para concentrarse.

En el grupo de familiares de sujetos sanos procedimos de la misma manera que con el anterior, es decir, la psicóloga les explicaba los objetivos del estudio y concertaba una cita con ellos.

C) Material testológico

En ambos grupos analizamos las mismas variables (donación de sangre y temor a la muerte) y todos los familiares fueron sometidos a idénticas condiciones de administración en lo que respecta a la aplicación de las pruebas de forma individual y por el mismo profesional.

Las entrevistas con cada uno de los familiares objeto de nuestro estudio duraban entre 30 y 60 minutos. A todos se les administraba

de forma individual, en primer lugar, una encuesta psicosocial que estaba constituida por datos que hacían referencia a áreas muy diversas: demográfica, social, cultural, económica, donación de sangre, etc. Las preguntas claves de la encuesta eran las siguientes: "¿Ha donado sangre en alguna ocasión?, ¿Cuántas veces?, ¿Por qué?".

En segundo lugar, aplicamos la Escala de Temor a la Muerte (Urraca Martínez, 1981). Esta prueba evalúa el temor a la muerte; entendiéndose por éste el estado de inquietud que provocan los posibles sufrimientos de la enfermedad terminal, el proceso degenerativo terminal y/o las consecuencias que la muerte puede producir en los familiares. Contiene 36 elementos con 6 alternativas de respuesta cada uno: 1 (muy en desacuerdo), 2 (moderadamente en desacuerdo), 3 (ligeramente en desacuerdo), 4 (ligeramente de acuerdo), 5 (moderadamente de acuerdo) y 6 (muy de acuerdo). La puntuación en cada elemento depende de la alternativa elegida y de la naturaleza de la frase (redactada positiva o negativamente). Esta formada por 4 subescalas que evalúan 4 aspectos diferentes del temor a la muerte: temor a la muerte propia, temor a la muerte ajena, temor al proceso de morir propio y temor al proceso de morir ajeno.

D) Distribución de la población en función de la variable donación de sangre

En función de las respuestas de los sujetos a la encuesta psicosocial distinguimos 2 subgrupos de familiares: 237 nunca habían donado sangre y 80 si habían donado en una ó más ocasiones (Tabla 1).

E) Selección de la muestra de hematófobos

Analizamos las razones que justificaron la negativa para donar sangre en el subgrupo constituido por los 237 familiares que nunca habían donado. Dichas razones fueron las siguientes: problemas de salud (anemia, hepatitis, hipotensión, peso insuficiente, etc),

apatía y desinterés, miedo, excusa (entendiendo una respuesta inadecuada), ausencia de planteamientos (sin llegar a negarse), miedos específicos (a la muerte, al SIDA, a los hospitales, etc), desagrado y otras razones (desconfianza en el personal sanitario, creencias religiosas, etc) (Tabla 2).

TABLA 1.- Distribución de la población en función de la variable donación de sangre (1)

DONACION DE SANGRE	FAMILIARES UCI	FAMILIARES NO UCI	TOTAL
Si	40	40	80
Ni	118	119	237
No sabe/ No contesta	19	1	20
Total	177	160	337

(1) Pregunta clave: "¿Ha donado sangre en alguna ocasión?".

TABLA 2.- Razones que justifican la no donación de sangre

RAZONES	FAMILIARES UCI	FAMILIARES NO UCI	TOTAL
Salud	31	34	65
Apatía y desinterés	19	44	63
Miedo	36	26	62
Excusa	12	10	22
Ausencia de Planteamientos	16	1	17
Miedos Específicos	1	3	4
Desagrado	1	1	2
Otras	2	0	2
Total	118	119	237

Para seleccionar la muestra de hematófobos seguimos los siguientes pasos: (1) nos centramos en los 62 sujetos que manifestaban "sentir miedo", (2) 26 fueron excluidos: 8 por no disponer de las medidas psicométricas completas y 18 porque no supieron especificar sus "miedos", (3) finalmente, fueron seleccionados 36 sujetos que respondían a las siguientes características: se desmayaban o temían marearse cada vez que veían la sangre (en recuerdo de experiencias anteriores de mareo), mostraban un gran temor o pánico a las agujas, pinchazos e inyecciones e incluso algunos dijeron padecer "fobia a la sangre".

F) Selección de la muestra de no hematófobos

Nos centramos en el grupo de los 80 familiares que habían donado sangre en alguna ocasión (Tabla 1). A partir de aquí seguimos los siguientes pasos: (1) en primer lugar, seleccionar a los sujetos que habían donado sangre 2 ó más veces y (2) en segundo lugar, aparear este grupo en función de su pertenencia o no a la UCI, la edad y el sexo con la muestra de hematófobos.

TABLA 3.- Características demográficas de las muestras: hematófobos y no hematófobos

VARIABLES	HEMATOFOBICOS	NO HEMATOFOBICOS
Sexo	21 HOMBRES + 15 MUJERES	21 HOMBRES + 15 MUJERES
Edad (1)	MEDIA= 34,86 (DT= 14,66)	MEDIA= 35,27 (DT= 12,21)
Procedencia	20 UCI + 16 NO UCI	20 UCI + 16 NO UCI
Total	36	36

(1) Diferencia no significativa (Z= 0,12).

G) Características demográficas de las dos muestras seleccionadas

Ambas eran homogéneas en lo referente a las variables: pertenecer o no a la UCI, edad y sexo (Tabla 3) y heterogéneas en lo referente al hecho de haber donado sangre en dos o más ocasiones sin experimentar la sintomatología específica de la fobia a la sangre (no hematófóbicos) y no haber donado nunca por marearse ante la presencia de sangre, miedo a la aguja, al pinchazo, etc (hematófóbicos).

RESULTADOS

A) Puntuaciones globales

Los hematófóbicos en comparación con los no hematófóbicos presentan mayor temor a la "muerte propia", a la "muerte ajena" y al "proceso de morir ajeno" (Tabla 4).

TABLA 4.- Temor a la muerte en hematófóbicos y no hematófóbicos (puntuaciones globales)

VARIABLES	HEMATOFOBICOS (Medias)+	NO HEMATOFOBICOS (Medias)+	VALOR Y SIG. ESTADISTICA
Temor muerte propia	36,25	31,66	2,29*
Temor muerte ajena	38,77	34,94	2,65**
Temor proceso morir propio	26,36	25,22	0,91
Temor proceso morir ajeno	38,88	33,33	2,41*

Nota.- (*) $p < 0,05$, (**) $p < 0,01$,
(+) a más puntuación mayor temor a la muerte.

B) Puntuaciones específicas

En la Tabla 5 aparecen aquellos ítems en los que las diferencias entre ambos grupos (hematófóbicos y no hematófóbicos) resultaron significativas.

TABLA 5.- Temor a la muerte en hematófóbicos y no hematófóbicos (puntuaciones específicas)

VARIABLES	HEMATOFOBICOS (Medias)+	NO HEMATOFOBICOS (Medias)+	VALOR Y SIG. ESTADISTICA
-Me atemoriza el aislamiento total de la muerte	4,02	2,75	3,02**
-No me importaría visitar a un amigo anciano	5,22	5,72	2,50*
-Evitaría a un amigo moribundo	2,55	1,77	2,16*
-No me importaría tener que identificar el cadáver de un conocido	2,58	3,52	2,13*
-Si tuviera una enfermedad mortal me gustaría ser informado de ello	4,11	5,05	2,29*
-Visitaría a un amigo en su lecho de muerte	4,61	5,41	2,75**
-No me inquieta el que la muerte sea el fin de la vida tal como yo la conozco	3,22	4,11	2,02*
-Me perturbaría tener que ver a una persona muerta	4,13	3,11	2,42*

Nota.- (*) $p < 0,05$, (**) $p < 0,01$,
(+) a más puntuación se está más de acuerdo con la frase.

DISCUSION

A partir de los resultados del presente estudio, identificamos que los hematófóbicos temían más a la muerte que los no hematófóbicos. En este sentido, los hematófóbicos presentaban mayor temor: (1) al aislamiento de la muerte, a la brevedad de la vida, a morir joven (temor a la muerte propia), (2) a perder a un ser querido, a ver a

una persona muerta, a identificar un cadáver (temor a la muerte ajena) y (3) al moribundo, los funerales, las situaciones de duelo y a visitar a enfermos terminales (temor al proceso de morir ajeno).

Teniendo en cuenta los datos anteriores y los ítems que resultaron significativos proponemos el siguiente modelo explicativo de la génesis y mantenimiento del comportamiento hematofóbico en función del temor a la muerte (Figura 1):

(1) El desarrollo de la conducta hematofóbica presupondría un cierto aprendizaje vicario o una primera experiencia traumática relacionada con la sangre.

(2) Ante el acontecimiento estresor de donar sangre se elevaría el nivel de ansiedad, lo cual aumentaría la frecuencia e intensidad de pensamientos intrusivos inaceptables.

(3) Estos pensamientos negativos estarían relacionados tanto con la muerte en general (temor al aislamiento de la muerte y al fin de la vida) como con los cadáveres (tener que ver a una persona muerta) y a su vez contribuyen a aumentar la ansiedad.

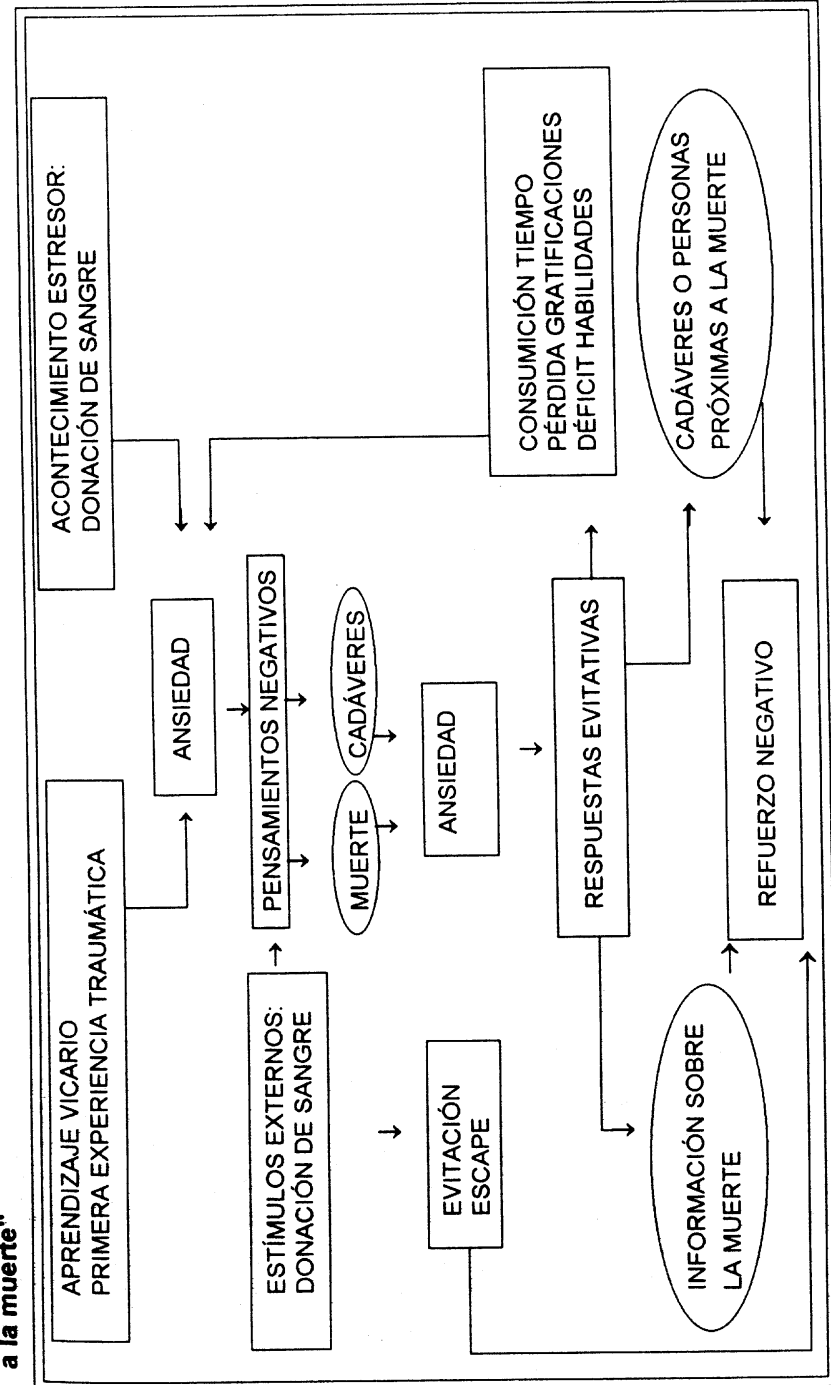
(4) Debido a lo cual, estas personas desarrollan conductas evitativas que disminuyen las respuestas de ansiedad (refuerzo negativo).

(5) Estas respuestas evitativas se dividen en dos clases: (a) respuestas de evitación de la información relacionada con la muerte (no ser informado si tuviera una enfermedad mortal) y (b) respuestas de evitación ante cadáveres o personas próximas a la muerte (no visitar a un anciano o a un amigo moribundo, no identificar un cadáver).

(6) Por otro lado, los estímulos externos (donación de sangre) que aumenten la probabilidad de ocurrencia de pensamientos intrusivos, provocarán en el sujeto la evitación o el escape que serán reforzadas negativamente por la reducción de ansiedad.

(7) Por último, señalar que las respuestas evitativas, dado el tiempo que consumen, la pérdida de gratificaciones a largo plazo que suponen y el posible déficit en habilidades que puede acarrear, contribuirá a aumentar crónicamente el nivel de ansiedad, que a su vez aumentará la probabilidad de aparición de pensamientos intrusivos relacionados con la muerte y los cadáveres, por lo cual asistimos a un círculo vicioso.

FIGURA 1.- Modelo explicativo del mantenimiento de la conducta hematofóbica en relación con el "temor a la muerte"



En función de este modelo, creemos que las estrategias de intervención terapéuticas más adecuadas han de centrarse en tres niveles: (1) la activación física, (2) expectativas negativas, creencias erróneas y/o pensamientos inadecuados y (3) la respuesta de evitación y/o escape (Öst, 1992). En concreto, el abordaje terapéutico estará orientado a la intervención en las tres áreas de respuesta del individuo: psicofisiológica, cognitiva y motora (Borda, Antequera y Blanco, 1994). Por un lado, se pretende enseñar a controlar los síntomas de ansiedad (ej. "se acelera el ritmo de mi corazón", "siento un mayor bombeo de sangre por el cuerpo", "sudan mis manos y/o axilas", "se tensan mis músculos", etc) y a detectar las señales previas al desmayo (ej. "siento que me voy mareando", "siento que palidece mi cara", etc). Junto a esto se enseña a identificar los pensamientos negativos o desadaptados (ej. "pienso que no voy a ser capaz de soportar la situación", "creo que la gente va a captar mi malestar", etc) y sustituirlos por otros más racionales y justificados mediante el aprendizaje de las estrategias de auto-control. Por último se enfrenta al individuo a las situaciones fóbicas (relacionadas con la muerte y los cadáveres) evitados hasta la actualidad (ej. "asistir a funerales", "visitar a un moribundo", "atender a un enfermo en fase terminal", etc).

Por último, señalar que la existencia de un mayor temor a la muerte en los hematófobos parece sugerir que el temor está más asociado con el miedo a la presencia de estímulos relacionados con la sangre o las heridas (incluso las mutilaciones) más que el proceso de la muerte en sí, como un proceso de pérdida de la existencia. Este hecho podría compararse con la negativa por parte de los hematófobos en la elección de determinadas preferencias, como es el caso de renunciar a estudiar la carrera de medicina o enfermería o evitar quedar embarazada; no obstante, esta renuncia está provocada por el temor a ver o manipular objetos con sangre o por miedo al momento del parto. Esta limitación debe tenerse en consideración, al igual que la falta de implicación en actos altruistas, tales como la colaboración en la Cruz Roja o labores de socorrismo e incluso en la donación de sangre, puesto que esto se produce por temor a su propio malestar o incapacidad y no a la falta de interés y deseo de colaboración. Desde esta perspectiva, un trata-

miento psicológico adecuado, como el propuesto en este trabajo, podría convertir a las personas con fobia a la sangre en futuros donantes de sangre.

BIBLIOGRAFIA

- Blanco Picabia, A. (1993). Valoración de conductas en pacientes terminales. En A. BLANCO PICABIA (ed.), *Apuntes de intervención psicológica en medicina* (pp 219-236), Valencia, Promolibro.
- 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, 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.
- Daley, L. (1984). The perceived immediate needs of families with relatives in the intensive care setting, *Heart and Lung*, **13**, 231-237.
- Öst, L.G. (1992). Blood and injection phobia: Background and cognitive physiological, and behavioral variables, *Journal Abnormal Psychology*, **101**, 68-74.
- Urraca Martínez, S. (1981). *Actitudes ante la muerte (preocupación, ansiedad y temor) y religiosidad*, Madrid, Tesis Doctoral.