

PREDICCIÓN DE RESULTADOS: GRAVEDAD DE LA HEMATOFOBIA, VARIABLES DE PERSONALIDAD Y ÉXITO TERAPÉUTICO¹

- (*) Borda Más, Mercedes**
- (*) Rodríguez Franco, Luis**
- (*) Antequera Jurado, Rosario**
- (**) Blanco Picabia, Alfonso**

(*) Prof. Titular. UNIVERSIDAD DE SEVILLA

(**) Catedrático. UNIVERSIDAD DE SEVILLA

RESUMEN

El objetivo de este trabajo es determinar la relación entre las dimensiones de personalidad, la severidad de la hematofobia y los resultados terapéuticos. La muestra está constituida por 39 sujetos hematófóbicos con edades comprendidas entre 15 y 30 años. La evaluación se llevó a cabo en el pretratamiento, postratamiento y a los 6 meses de seguimiento. Los resultados mostraron: a) una asociación significativa entre la ansiedad, la tensión, la autoestima y la constancia con la severidad de la hematofobia en el pretratamiento, b) la gravedad de la hematofobia en el pretratamiento es la variable con un peso explicativo más elevado en la severidad de la fobia, en el postratamiento y el seguimiento de los 6 meses y c) pun-

Correspondencia: Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Sevilla. Avenida San Francisco Javier, s/n, 41005 SEVILLA. Tlf.: 954557806. Fax : 954557807

¹Este 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.

tuaciones bajas en el triple sistema de respuestas, aprensión, tensión, ansiedad, creencias irracionales y nivel de interferencia, así como un nivel alto de estabilidad emocional y autoestima en el pretratamiento, indican una mayor probabilidad de mejoría a los 6 meses de seguimiento.

Palabras clave: HEMATOFOBIA, DIMENSIONES DE PERSONALIDAD, EXPOSICIÓN EN VIVO, MEJORÍA TERAPÉUTICA

SUMMARY

The purpose of this study is to determinate the relationship among dimension of personality, severity of blood-phobia and therapeutic results. The 39 patients with blood-phobia (aged 15-30 years) were assessed at pretreatment, after treatment and at 6 months follow-up. Results showed: a) a significant association among anxiety, tension, self-steem and constancy in the severity of blood-phobia in the pretreatment, b) the seriousness of blood-phobia in the pretreatment is the variable with a more elevated explanatory weight in the severity of phobia, after treatment and at 6 months follow-up, and c) small scores in the triple system of response, apprehension, tension, anxiety, disfunctional believes and level of interference, as soon as a high level of emotional stability and self-steem at the pretreatment showed a bigger probability of improvement at 6 months follow-up.

Key words: BLOOD-PHOBIA, DIMENSIONS OF PERSONALITY, EXPOSURE IN VIVO, THERAPEUTIC IMPROVEMENT.

1. INTRODUCCIÓN

La hematófobia se caracteriza, a nivel psicofisiológico, por un patrón de respuesta bifásico, aspecto que la diferencia del resto de las fobias (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1996). Este patrón específico hace que la conducta de evitación y escape adoptada se produzca más por el temor al desmayo que por las propias situaciones en sí, consecuencia de la caída o descenso rápido de la presión sanguínea y la tasa cardíaca (Thyer y Curtis, 1985).

Desde esta perspectiva, con el denominado 'síndrome vasovagal' se aproxima la fobia a la sangre con las crisis de pánico, en cuanto que comparten el 'miedo al miedo' o miedo a las consecuencias negativas que podrían derivarse de las presencia de los síntomas de ansiedad (Clark, 1988; Botella y Ballester, 1993). En este sentido, para Kleinkecht y Lenz (1989) la conducta de evitación en el presente se mantiene por el miedo a experimentar futuros desmayos al recordar los episodios pasados; por tanto, la respuesta de desmayo se mostraría como un predictor de la conducta de evitación actual. Sin embargo, la tendencia al desmayo no es una experiencia presente en la totalidad de los hematofóbicos, por lo que al intentar determinar los factores implicados en el origen y el mantenimiento de esta fobia, resulta conveniente profundizar en otras variables, como por ejemplo, el hecho de que una parte importante de fóbicos a la sangre presentan antecedentes de familiares directos con hematofobia (Yule y Fernando, 1980; Marks, 1988).

Siguiendo en esta línea de trabajo, algunos autores sugieren la existencia de un componente hereditario (Öst, 1992), con una tasa de 3 a 6 veces superior que la frecuencia de fobias correspondientes en las familias de agorafóbicos, fóbicos sociales, a animales o dentales (Öst y Hugdahl, 1985; Marks, 1987). La existencia de una historia familiar sugiere que este tipo de fobias podría originarse a partir de una respuesta visceral severa determinada genéticamente (al igual que otros rasgos, como la altura, por ejemplo). Por otro lado, Barlow (1988) señala la existencia de una tendencia a la heredabilidad de una elevada ansiedad en personas provenientes de ambientes con antecedentes de trastornos de ansiedad, así como también se plantea la presencia de un elevado grado de predisposición o preparación ('preparedness') para la elicitación de componentes patológicos en las fobias (Seligman, 1971), debido a que este patrón específico de respuesta parece similar a la inmovilidad tónica de las especies animales en situaciones de alto riesgo (Gallup y Maser, 1977).

Aún a pesar de los resultados de los estudios orientados a determinar la influencia del componente hereditario, una parte considerable de trabajos relacionados con la adquisición de la hematofobia están centrados en estudiar la influencia de las experiencias personales (Thyer, Himle y Curtis, 1985). En este sentido, Rachman (1968)

dentro de sus primeras aportaciones en el campo de las fobias describe la teoría del condicionamiento del miedo y la ansiedad y propone tres procedimientos de adquisición del miedo: condicionamiento, aprendizaje vicario y por transmisión de información de experiencias desagradables (Esteve y Navarro, 1988; Öst, 1991). Desde esta perspectiva, la hematofobia vendría dada por la asociación establecida entre los estímulos relacionados con la sangre y la respuesta de ansiedad.

Si bien es cierto que en el momento actual se cuenta con un monto importante de estudios en torno al estudio de la hematofobia, es menor, sin embargo, el conocimiento de las variables de personalidad que se encuentran implicadas en este tipo de fobia. Así mismo, es escasa la información existente en relación con las variables de personalidad predictoras de éxito terapéutico (Lumley y Melamed, 1992). Es por ello, que el objetivo del presente trabajo se centra en determinar el peso específico que ejerce, por una parte, la severidad de la hematofobia en el resultado del tratamiento y, por otra parte, el papel que desempeñan las dimensiones de personalidad en la predicción del éxito terapéutico.

2. MÉTODO

2.1. Sujetos

La muestra del estudio es de 39 pacientes, 9 varones y 30 mujeres, con edades comprendidas entre los 15 y los 30 años ($X = 23,73$ años); no obstante, inicialmente, la muestra global estaba compuesta de 51 pacientes, si bien las 11 personas restantes (2 varones y 9 mujeres) no entraron a formar parte de la investigación al contar con una edad superior a 30 años. Aún a pesar de la edad, se tuvieron en cuenta para el estudio de las variables de personalidad.

Por lo que se refiere a las características descriptivas de los sujetos del estudio, el problema se produjo en un 72,07% de los casos durante la infancia y en el 46% de los hematofóbicos existían casos de antecedentes familiares directos con hematofobia.

Respecto al grado de incapacitación o interferencia en el manejo de la vida cotidiana, el 86,13% de los fóbicos referían bastante/

mucha incapacitación. Por otro lado, en el 70,82% de los casos manifestaban una escasa capacidad de autocontrol. Y por último, en el 51,07% de los hematófóbicos estaba presente la conducta de desmayo (Borda, Antequera, Sánchez de Iburgüen, Barcia, Lira, Del Pino, Martínez y Blanco Picabia, 1995).

2.2. Profesionales

El equipo de profesionales estaba formado por ocho psicólogos (cuatro terapeutas y cuatro coterapeutas) y un ATS. Los terapeutas tenían, al menos, dos años de experiencia clínica en modificación de conducta y los coterapeutas entre 6 y 12 meses.

Todo el equipo recibió en un primer momento información detallada, por parte de la investigadora clínica, de los pasos a seguir a lo largo de las sesiones, con el fin de homogeneizar al máximo las condiciones del estudio. Además, se celebraron reuniones semanales intrasiones del equipo con la investigadora clínica para una puesta en común de las dificultades, dudas o problemas surgidos en cada caso.

Tabla 1.- Características demográficas de los sujetos

MODALIDAD TERAPÉUTICA	GRAVE-DAD	Nº SUJETOS	EDAD	SEXO		ESTADO CIVIL	
				Hombre	Mujer	Soltero	Casado
Exposición en vivo	Alto	8	25	1	7	1	7
	Medio	5	23.8	2	3	2	3
	Bajo	6	21.33	2	4	0	6
		19	23.37	5	14	3	16
Exposición en vivo + tensión aplicada	Alto	8	24	2	6	1	7
	Medio	7	23.85	2	5	1	6
	Bajo	5	23.8	0	5	2	3
		20	23.88	4	16	4	16

2.3. Diseño experimental

En este estudio se utilizó un diseño experimental de dos grupos, con medidas independientes en el factor *tratamiento* y medidas repetidas en el factor *evaluación*. La asignación de los sujetos a los diferentes grupos se realizó de forma aleatorio tras una estratificación previa en las siguientes variables: sexo y gravedad del problema (alto, medio, bajo). Los grupos y modalidades terapéuticas resultantes, así como algunas características demográficas de los pacientes figuran en la Tabla 1.

2.4. Medidas de evaluación

2.4.1. Fobias

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

Es un inventario creado por los autores, específicamente elaborado para evaluar la fobia a la sangre. El instrumento está compuesto por 50 ítems referidos a diversas situaciones, relacionadas preferentemente con la sangre, las inyecciones y el dentista, y en menor medida, la sangre de animal, el color rojo, la agorafobia y la ansiedad social. Mide, en una escala de 0 (nunca) a 3 (siempre) puntos, los diferentes tipos de respuestas (psicofisiológicas, cognitivas y motoras) del paciente y valora tanto las respuestas de la «ansiedad situacional» como la «ansiedad anticipatoria». Actualmente, el inventario se encuentra en fase de validación.

b) *Cuestionario de Miedos* (Marks y Mathews, 1979)

La subescala de hematofobia de este cuestionario está compuesta por 5 ítems referidos a la sangre y/o las heridas. El paciente debe valorar en una escala de 0 (nunca) a 8 (siempre) la frecuencia de evitación de las situaciones señaladas.

c) *Escala de conductas-objetivo* (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1994)

El autoinforme está formado por 5 ítems referidos a 5 conductas o situaciones relacionadas con la sangre, que en la actualidad le

crean dificultad y sobre las que se trabaja durante el tratamiento. El paciente describe las conductas y valora en 3 subescalas, tanto el grado de dificultad actual [medido de 0 (nada) a 10 (dificultad máxima) puntos], la frecuencia de evitación [medido de 0 (nunca) a 5 (siempre) puntos] y la frecuencia de los episodios de desmayos [medido de 0 (nunca) a 5 (siempre) puntos].

2.4.2. Personalidad

d) Cuestionario de 16 factores de personalidad. 16PF (Cattell, 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 muy completa de la personalidad. Esta visión se basa en la evaluación de 16 dimensiones, fundamentalmente independientes y psicológicamente significativas, lo cual nos da unas mayores posibilidades de comprensión y predicción del comportamiento humano. Consta de 187 ítems con tres posibilidades de respuesta.

e) Perfil de personalidad. P.P.G. (Gordon, 1991)

Es un instrumento para evaluar 8 rasgos básicos de la 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 que marcar dos alternativas, una la que más se aproxima a la forma de ser del sujeto y otra la que menos se aproxime.

2.4.3. Otras medidas

f) Escala de creencias disfuncionales (D.A.S) (Weismann, 1979).

Es un autoinforme diseñado para medir las suposiciones comunes que subyacen a las cogniciones depresivas y que, según la teoría de Beck, son responsables del cuadro depresivo.

La DAS está compuesta por 40 actitudes o creencias hacia las que el sujeto muestra su conformidad o disconformidad en una

escala de tipo de Likert, de 7 puntos [0 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo)].

g) Entrevista para la hematofobia (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1994).

Es una entrevista semiestructurada para recoger datos personales del paciente y de la historia y evolución del problema hasta el estado actual. También recoge datos como los antecedentes familiares o el grado de afectación del problema a su vida cotidiana, así como sus expectativas del tratamiento. Está elaborada para ser autoaplicada.

h) Informe Final (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1994).

Este instrumento está creado por los autores, específicamente para explorar diversas áreas de interés relacionadas con el tratamiento recibido. Está diseñado para evaluar la valoración del paciente tanto al terminar el tratamiento como a largo plazo, tras un seguimiento de 12 meses.

Las distintas áreas son valoradas en una escala de 1 a 5, expresando la puntuación 1 el menor grado de acuerdo y 5 el mayor grado de acuerdo con el enunciado referido (excepto el área de 'duración del tratamiento' en el que la puntuación 3 indica 'adecuado').

2.5. Procedimiento

2.5.1. Evaluación

Las medidas de evaluación se pasaron en 5 momentos a lo largo del estudio. La primera antes de comenzar el tratamiento (evaluación pretratamiento) y la segunda se realizó tras la intervención (evaluación postratamiento). La tercera, cuarta y quinta se realizaron en los seguimientos de un mes, de los 3 y los 6 meses, respectivamente, aunque los resultados presentados en este trabajo no reflejan los datos correspondientes a los seguimientos de 1 y 3 meses.

2.5.2. Tratamiento

El tratamiento consistió en enfrentarse a las situaciones fóbicas relacionadas con la sangre y se utilizó la técnica de *exposición en vivo* junto con el entrenamiento en respiraciones para afrontar los síntomas de ansiedad, en ambas modalidades de tratamiento. En la modalidad B (exposición en vivo + tensión aplicada), a diferencia de la A (exposición en vivo), se entrenó a los pacientes en '*tensión aplicada*' (Öst y Sterner, 1987), que consistió en:

- a) Aprender a tensar los músculos, basándose en la técnica de '*tensión muscular*' (Öst, Sterner y Lindahl, 1984) y,
- b) Aprender a identificar las primeras señales específicas de la segunda fase de la respuesta bifásica (fundamentalmente, de la caída de presión arterial) y aplicar la técnica de '*tensión muscular*' en los momentos de exposición, con el fin de prevenir el síndrome vasovagal extremo ('*tensión aplicada*').

La duración del tratamiento fue de 6 semanas y el número de sesiones 6 (1 sesión por semana). El tiempo de duración de cada sesión fue de aproximadamente 90 mn. La intervención se realizó en grupos reducidos (aproximadamente 3 \ 4 personas por grupo).

El contenido de las sesiones se expone a continuación:

Sesión 1ª: Se informó acerca de la fobia a la sangre (definición, clasificación, sintomatología asociada, etc.). Tras la evaluación, se procedió a explicar la composición del tratamiento (técnicas a utilizar), la duración y las condiciones del mismo. A continuación, se realizó el entrenamiento de las técnicas citadas anteriormente (tensión muscular y respiración) y se informó acerca de la conveniencia de practicarlas en su casa hasta la sesión próxima. Los pacientes elaboraron 5 conductas-objetivo y se determinaron situaciones, hechos o pensamientos que generaran tensión con el fin de utilizarlo para evitar el síndrome vasovagal (disminución de la presión sanguínea y bradicardia) y, por tanto, el desvanecimiento y/o la pérdida de conocimiento.

Sesión 2ª: Se comenzó con un repaso de las estrategias aprendidas para hacer frente a las situaciones hematófóbicas (30 mn). Se informó a cada sujeto de su patrón específico de respuestas (respuestas psicofisiológicas) para que pudieran detectarlo en las situaciones de

exposición. Tras esto, se llevó a cabo la exposición a la conducta-objetivo de menor grado de dificultad (60 mn).

Sesión 3ª. Se comenzaba con un repaso de las estrategias anteriormente citadas (20 mn) y a continuación se procedía a la exposición en vivo a la 10 y 20 conducta-objetivo (30 y 40 mn, respectivamente).

Sesión 4ª a 6ª. Se comenzaba la sesión comentando las dificultades surgidas durante la semana. Después se repasaban las estrategias adecuadas para la sesión y se procedía a la exposición en vivo a las siguientes conductas-objetivos. Se sugería al final de la sesión la práctica entre sesiones de tareas con características similares a las realizadas durante la sesión.

En la última sesión se hizo una valoración global del tratamiento mediante la entrega a los pacientes del Cuestionario de Informe Final.

3. RESULTADOS

Los resultados de este trabajo se agrupan en dos bloques: a) Análisis de correlaciones bivariadas para determinar la relación entre las diversas variables estudiadas y el triple sistema de respuesta en la hematofobia, en el pretratamiento, postratamiento y a los 6 meses de seguimiento, b) análisis de regresión múltiple para determinar el valor predictivo de las diversas variables en la gravedad de la hematofobia y, c) análisis discriminante para establecer el valor predictivo de las variables independientes estudiadas sobre la variables dependiente (éxito terapéutico).

3.1. Análisis correlacionales entre las variables en el pretratamiento

Para establecer la asociación entre las diferentes variables se realizó un análisis de correlación para cada una de las respuestas del triple sistema de respuesta: psicofisiológicas, cognitivas y motoras valorado a través del Inventario de Fobia a la Sangre.

Las variables consideradas como medidas de estudio en el pretratamiento son las variables demográficas (sexo y edad), la

Tabla 2.- Resultados de las correlaciones bivariadas de las variables del pretratamiento con las respuestas psicofisiológicas, cognitivas y motoras del inventario de fobia a la sangre (n=51)

VARIABLES		CORRELACIONES		
		PSICOFIS.	COGNIT.	MOTORAS
1. VARIABLES DEMOGRAFICAS				
	Edad	n.s.	n.s.	n.s.
	Sexo	n.s.	n.s.	n.s.
2. GRAVEDAD DE LA HEMATOFOBIA				
INVENTARIO DE FOBIA A LA SANGRE				
	R. psicofisiológicas		0,91 ***	0,87 ***
	R. cognitivas	0,91 ***		0,89 ***
	R. motoras	0,87 ***	0,89 ***	
CUESTIONARIO DE MIEDOS				
	Subescala de hematófobia	0,61 ***	0,68 ***	0,65 ***
3. VARIABLES DE PERSONALIDAD 16 PF				
A.	Afabilidad	n.s.	n.s.	n.s.
B.	Inteligencia	n.s.	n.s.	n.s.
C.	Estabilidad Emocional	-0,44 **	-0,37 *	-0,31 *
E.	Dominancia	n.s.	n.s.	n.s.
F.	Animación	n.s.	n.s.	n.s.
G.	Aceptación de las normas	-0,26 +	-0,36 *	-0,28 +
H.	Atraviesamiento	n.s.	n.s.	n.s.
I.	Sensibilidad	n.s.	n.s.	n.s.
L.	Vigilancia	n.s.	n.s.	n.s.
M.	Abstracción	n.s.	n.s.	n.s.
N.	Privacidad	n.s.	n.s.	n.s.
O.	Aprensión	0,34 *	0,38 **	0,27 +
Q1.	Apertura al cambio	n.s.	n.s.	n.s.
Q2.	Autosuficiencia	n.s.	n.s.	n.s.
Q3.	Perfeccionismo	n.s.	-0,26 +	n.s.
Q4.	Tensión	0,47 ***	0,42 **	0,32 *
QI.	Ansiedad	0,45 **	0,43 **	0,35 **
QII.	Extraversión	n.s.	n.s.	n.s.
QIII.	Socialización	n.s.	n.s.	n.s.
QIV.	Independencia	n.s.	n.s.	n.s.
PPG	ASC. Seguridad	-0,25 +	-0,27 +	-0,32 *
	CAU. Cautela	n.s.	n.s.	n.s.
	RES. Constancia	-0,38 **	-0,39 **	-0,33 *
	ORI. Originalidad	n.s.	n.s.	n.s.
	EST. Estabilidad Emocional	-0,35 *	-0,34 *	-0,32 *
	COM. Comprensión	n.s.	n.s.	n.s.
	SOC. Sociabilidad	n.s.	-0,25 +	-0,32 *
	VIT. Vitalidad	n.s.	-0,24 +	n.s.
	AUT. Autoestima	-0,35 *	-0,32 *	-0,35 *
4. CREENCIAS IRRACIONALES		0,32 *	0,30 *	0,25 +
5. VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRASTORNO				
	PERCEPCIÓN DE AUTOCONTROL	-0,48 ***	-0,49 ***	-0,38 **
	NIVEL DE INTERFERENCIA	0,52 ***	0,47 ***	0,42 **
	TENDENCIA AL DESMAYO	0,52 ***	0,53 ***	0,49 ***

+ P < 0,10

* P < 0,05

** P < 0,01

*** P < 0,001

gravedad de la hematófobia (respuestas psicofisiológicas, respuestas cognitivas, respuestas motoras y evitación), las dimensiones de personalidad, las creencias irracionales y diversas variables relacionadas con el trastorno: la percepción de autocontrol (1 = nada; 5 = muchísimo), el nivel de interferencia (1 = nada; 5 = muchísimo) y la tendencia al desmayo (1 = nunca; 5 = siempre).

Por un lado, existe una correlación significativa entre el nivel de las respuestas psicofisiológicas, cognitivas y motoras en el pretratamiento. Por tanto, a mayor respuestas psicofisiológicas, mayor respuestas cognitivas y mayor respuestas motoras antes de la intervención.

Por otro lado, en general, existe una correlación significativa positiva entre el nivel de tensión, nivel de ansiedad, nivel de interferencia y tendencia al desmayo, y el nivel en el triple sistema de respuestas en el pretratamiento. Por tanto, a mayor tensión, mayor ansiedad, mayor nivel de interferencia y mayor tendencia al desmayo, mayor gravedad de la hematófobia antes de la intervención.

Por último, en general, se observa una correlación significativa negativa entre el nivel de estabilidad emocional, el nivel de constancia, el nivel de autoestima y el nivel de percepción de autocontrol, y el nivel en el triple sistema de respuesta en el pretratamiento. Por tanto, a menor estabilidad emocional, menor constancia, menor autoestima y menor percepción de autocontrol, mayor gravedad de la hematófobia antes del tratamiento.

3.2. Análisis correlacionales entre variables del pretratamiento y la gravedad de la hematófobia en el postratamiento y seguimiento de los 6 meses

Se llevaron a cabo las correlaciones de todas las variables en el pretratamiento con cada una de las áreas del triple sistema de respuesta: respuestas psicofisiológicas, cognitivas y motoras. Los resultados se exponen en la Tabla 3.

En primer lugar, en relación con los resultados de las correlaciones correspondientes a las variables del pretratamiento con las respuestas de la hematófobia en el postratamiento, existe (en general) una correlación significativa positiva entre el nivel de severidad de las

respuestas en el pretratamiento y el postratamiento. Por tanto, a mayor (o menor) severidad antes de la intervención, mayor (o menor) sintomatología en los tres sistemas de respuestas en el postratamiento.

Por otro lado, existe (en general) una correlación significativa positiva entre el nivel de tensión y el nivel de interferencia en el pretratamiento y el nivel en el triple sistema de respuesta en el postratamiento. Del mismo modo, entre el nivel de aprensión y el nivel de ansiedad en el pretratamiento y el nivel en las respuestas psicofisiológicas y motoras en el postratamiento. Por tanto, a mayor tensión, mayor nivel de interferencia, mayor aprensión y mayor ansiedad antes del tratamiento, mayor severidad de los síntomas en el postratamiento.

Así mismo, se observa una correlación significativa negativa entre el nivel de seguridad, el nivel de constancia y el nivel de autoestima en el pretratamiento, y el nivel en el triple sistema de respuesta en el postratamiento. Del mismo modo, entre el nivel de sociabilidad en el pretratamiento y el nivel en las respuestas psicofisiológicas y motoras en el postratamiento. Por tanto, a menor constancia, menor autoestima y menor sociabilidad antes de la intervención, mayor severidad de las respuestas hematofóbicas tras el tratamiento.

Por último, existe una correlación significativa negativa entre el nivel de estabilidad emocional en el pretratamiento y el nivel en las respuestas psicofisiológicas en el postratamiento. Por tanto, a menor estabilidad emocional antes del tratamiento, mayor severidad de respuestas psicofisiológicas en el postratamiento.

En segundo lugar, respecto a los resultados de las correlaciones correspondientes a las variables del pretratamiento con las respuestas de la hematofobia en el seguimiento de los 6 meses (Tabla 3), por un lado, existe (en general) una correlación significativa positiva entre el nivel de severidad de las respuestas en el pretratamiento y el seguimiento de los 6 meses. Por tanto, a mayor (o menor) severidad antes del tratamiento, mayor (o menor) severidad en el triple sistema de respuesta a largo plazo.

Por otro lado, existe (en general) una correlación significativa positiva entre el nivel de ansiedad y el nivel de interferencia, así como una correlación negativa entre el nivel de seguridad y el nivel

Tabla 3.- Resultados de las correlaciones bivariadas de las variables del pretratamiento con las respuestas psicofisiológicas, cognitivas y motoras del inventario de fobia a la sangre en el postratamiento (n=39)

VARIABLES	CORRELACIONES					
	PSICOFISIOLÓGICAS		COGNITIVAS		MOTORAS	
	Post	6 m.	Post	6 m.	Post	6 m
1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS						
Edad	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sexo	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
2. GRAVEDAD DE LA HEMATOFOBIA						
INVENTARIO DE FOBIA A LA SANGRE						
R. psicofisiológicas	0,68 ***	0,70 ***	0,66 ***	0,73 ***	0,61 ***	0,71 ***
R. cognitivas	0,61 ***	0,64 ***	0,68 ***	0,68 ***	0,59 ***	0,63 ***
R. motoras	0,71 ***	0,70 ***	0,78 ***	0,74 ***	0,68 ***	0,70 ***
CUESTIONARIO DE MIEDOS						
Subescala de hematófobia	0,57 ***	0,42 **	0,55 ***	0,54 ***	0,77 ***	0,51 ***
3. VARIABLES DE PERSONALIDAD 16pf						
A. Afabilidad	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
B. Inteligencia	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
C. Estabilidad emocional	-0,33 *	-0,28 +	n.s.	0,30 +	-0,29 +	n.s.
E. Dominancia	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
F. Animación	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
G. Aceptac. de las normas	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
H. Atravimiento	n.s.	-0,29 +	n.s.	n.s.	n.s.	-0,28 +
I. Sensibilidad	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
L. Vigilancia	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,28 +	n.s.

Tabla 3.- (Continuación)

M.	Abstracción	n.s.	n.s.	n.s.						
N.	Privacidad	n.s.	n.s.	n.s.						
O.	Aprensión	0,35 **	0,32 *	0,32 *	0,32 *	0,32 *	0,32 *	0,32 *	0,30 *	0,30 +
Q1.	Apertura al cambio	n.s.	n.s.	n.s.						
Q2.	Autosuficiencia	n.s.	n.s.	n.s.						
Q3.	Perfeccionismo	n.s.	n.s.	n.s.						
Q4.	Tensión	0,36 **	0,32 *	0,32 *	0,32 *	0,32 *	0,32 *	0,32 *	0,26 +	n.s.
QI.	Ansiedad	0,41 **	0,40 **	0,40 **	0,40 **	0,40 **	0,40 **	0,33 *	0,36 *	0,36 *
QII.	Extraversión	n.s.	n.s.	n.s.						
QIII.	Socialización	n.s.	n.s.	n.s.						
QIV.	Independencia	n.s.	n.s.	n.s.						
ASC.	Seguridad	-0,39 **	-0,46 **	-0,46 **	-0,46 **	-0,46 **	-0,46 **	-0,40 **	-0,28 *	-0,45 **
CAU.	Cautela	n.s.	n.s.	n.s.						
RES.	Constancia	-0,33 *	-0,29 +	-0,29 +	-0,29 +	-0,29 +	-0,29 +	0,31 +	-0,30 *	-0,31 +
ORI.	Originalidad	n.s.	n.s.	n.s.						
EST.	Estabilidad emocional	-0,30 +	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-0,28 +	n.s.	n.s.
COM.	Comprensión	n.s.	n.s.	n.s.						
SOC.	Sociabilidad	-0,40 **	-0,37 *	-0,37 *	-0,37 *	-0,37 *	-0,37 *	n.s.	-0,32 *	-0,35 *
VIT.	Vitalidad	n.s.	n.s.	n.s.						
AUT.	Autoestima	-0,38 **	-0,49 **	-0,49 **	-0,49 **	-0,49 **	-0,49 **	-0,41 **	-0,29 +	-0,44 **
4.	CREENCIAS IRRACIONALES	n.s.	0,28 +	0,28 +	0,28 +	0,28 +	0,28 +	0,30 +	n.s.	n.s.
5.	VARIABLES RELACIONADAS									
	CON EL TRASTORNO									
	PERCEPCIÓN DE AUTOCONTROL	n.s.	n.s.	n.s.						
	NIVEL DE INTERFERENCIA	0,40 *	0,48 **	0,48 **	0,48 **	0,48 **	0,48 **	0,51 ***	0,35 *	0,43 **
	TENDENCIA AL DESMAYO	0,28 +	0,30 +	0,30 +	0,30 +	0,30 +	0,30 +	0,36 *	0,27 +	0,29 +

+ P < 0,10 * P < 0,05 ** P < 0,01 *** P < 0,001

de autoestima en el pretratamiento, y el nivel en el triple sistema de respuesta en el seguimiento de 6 meses. Por tanto, a mayor ansiedad, mayor interferencia, menor seguridad y menor autoestima antes de la intervención, mayor severidad en el triple sistema de respuesta a largo plazo.

Por último, se observa una correlación significativa positiva entre el nivel de aprensión y el nivel de tensión en el pretratamiento y las respuestas psicofisiológicas en el seguimiento de 6 meses. Por tanto, a mayor aprensión y tensión antes del tratamiento, mayor sintomatología psicofisiológica a largo plazo. A nivel cognitivo, existe una correlación positiva entre el nivel de tendencia al desmayo en el pretratamiento y las respuestas cognitivas; es decir, a mayor tendencia al desmayo antes del tratamiento, mayor existencia de respuestas cognitivas a los 6 meses de seguimiento. Por otro lado, existe una correlación significativa negativa entre el nivel de sociabilidad en el pretratamiento y el nivel en las respuestas psicofisiológicas y motoras a largo plazo.

3.3. Análisis correlacionales entre variables del pretratamiento y la mejoría de la hematófobia en el postratamiento y seguimiento de los 6 meses

Se llevaron a cabo las correlaciones de las variables del pretratamiento con la mejoría en el postratamiento. La variable mejoría se definió como una variable dicotomizada (1 = sí; 2 = no), en función de los criterios siguientes:

- 1º Respuestas psicofisiológicas del Inventario de Fobia a la Sangre:
 - a) Reducir, al menos, en un 70% las puntuaciones dadas en las respuestas psicofisiológicas, respecto al pretratamiento.
 - b) No superar (en los ítems puntuados) la puntuación de 1 ('a veces') en más del 25% de los ítems.
 - c) No tener más de dos episodios de desmayo durante el periodo de estudio (tratamiento y seguimiento).
- 2º Respuestas cognitivas del Inventario de Fobia a la Sangre:
 - a) Reducir, al menos, en un 50% las puntuaciones totales dadas en tres respuestas representativas de las cogniciones de los hematófóbicos, respecto al pretratamiento.

Tabla 4.- Resultados de las correlaciones bivariadas de las variables del pretratamiento con la mejoría del tratamiento en el postratamiento (n = 38) y el seguimiento de los 6 meses (n=33)

VARIABLES	CORRELACIONES	
	POST	6 MESES
1. VARIABLES DEMOGRÁFICAS		
Edad	n.s.	n.s.
Sexo	n.s.	n.s.
2. GRAVEDAD DE LA HEMATOFOBIA		
INVENTARIO DE FOBIA A LA SANGRE		
R. psicofisiológicas	0,38 *	0,59 ***
R. cognitivas	0,31 *	0,50 **
R. motoras	0,35 *	0,47 **
CUESTIONARIO DE MIEDOS		
Subescala de hematofobia	n.s.	n.s.
3.VARIABLES DE PERSONALIDAD 16 pf		
A. Afabilidad	n.s.	n.s.
B. Inteligencia	n.s.	n.s.
C. Estabilidad Emocional	n.s.	-0,38 *
E. Dominancia	n.s.	n.s.
F. Animación	n.s.	n.s.
G. Acept. de las normas	n.s.	n.s.
H. Atrevimiento	-0,39 *	n.s.
I. Sensibilidad	n.s.	n.s.
L. Vigilancia	n.s.	n.s.
M. Abstracción	n.s.	n.s.
N. Privacidad	n.s.	n.s.
O. Aprensión	0,33 *	0,42 *
Q1. Apertura al cambio	0 38 *	n.s.
Q2. Autosuficiencia	n.s.	n.s.
Q3. Perfeccionismo	n.s.	n.s.
Q4. Tensión	0,29 +	0,35 *
QI. Ansiedad	0,29 +	0,43 *
QII. Extraversión	n.s.	n.s.
QIII. Socialización	n.s.	n.s.
QIV. Independencia	n.s.	n.s.
PPG ASC. Seguridad	-0,31 +	n.s.
CAU. Cautela	n.s.	n.s.
RES. Constancia	n.s.	n.s.
ORI. Originalidad	n.s.	n.s.
EST. Estabilidad Emocional	n.s.	n.s.
COM. Comprensión	n.s.	n.s.
SOC. Sociabilidad	n.s.	n.s.
VIT. Vitalidad	n.s.	n.s.
AUT. Autoestima	n.s.	-0,36 *
4. CREENCIAS IRRACIONALES	n.s.	0,52 **
5. VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRASTORNO		
PERCEPCIÓN DE AUTOCONTROL	-0,27 +	-0,32 +
NIVEL DE INTERFERENCIA	n.s.	0,39 *
TENDENCIA AL DESMAYO	0,27 +	n.s.

+ p < 0,10

* p < 0,05

** p < 0,01

*** p < 0,001

- «Pienso que no voy a ser capaz de soportar la situación»
 - «Considero que no voy a poder reaccionar»
 - «Pienso que debía haber evitado la situación, este estado no es nuevo para mí».
- c) No superar (en los ítems puntuados) la puntuación de 1 ('a veces') en más del 25% de los ítems.
- 3º Respuestas motoras del Inventario de Fobia a la Sangre:
- a) Reducir respecto al pretratamiento, al menos, un 70% la puntuación en la respuesta motora:
 - «Evito ir. Lo evito»
 - b) No superar (en los ítems puntuados) la puntuación de 1 ('a veces') en más del 25% de los ítems.
- 4º Subescala de hematofobia del Cuestionario de Miedos:
- Puntuar por debajo de la puntuación 16 (rango 0-40) en la subescala.

Se adjudicó a los sujetos el valor 1 (mejoría) exclusivamente cuando cumplían los cuatro criterios. Los resultados de las correlaciones se exponen en la Tabla 4.

Por una parte, el triple sistema de respuesta y la aprensión en el pretratamiento correlacionan significativamente con la mejoría el tratamiento, a nivel global (postratamiento y a los 6 meses). Por otra parte, el atrevimiento (correlación negativa) y la apertura al cambio correlacionan significativamente con la mejoría con el tratamiento (postratamiento), y la estabilidad emocional, la tensión, la ansiedad, la autoestima, las creencias irracionales y el nivel de interferencia correlacionan significativamente con la mejoría a los seis meses de seguimiento.

3.4. Análisis de regresión múltiple entre las variables del pretratamiento con la gravedad de la hematofobia en el postratamiento y a los 6 meses de seguimiento

Para poder determinar el poder predictivo de las variables más significativas, es decir, qué variables correlacionan con la mejoría de la severidad en la hematofobia, se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple con cada una de las áreas del triple sistema de

Tabla 5.- Resultados de las correlaciones multivariadas entre diferentes variables en el pretratamiento y las respuestas psicofisiológicas, cognitivas y motoras en el postratamiento (n = 39)

RESPUESTAS PSICOFISIOLÓGICAS				
R = 0,84	R ² = 0,70	R ² ajust. = 0,57	F (13) = 5,22 ***	
Variables	B	Beta	t	Rango
R. psicofisiológicas	0,25	0,46	n.s.	3ª
R. cognitivas	-0,53	-0,92	-2,61 *	1ª
R. motoras	0,78	0,81	2,77 **	2ª
Evitacizn	5,02	0,30	n.s.	4ª
Estabilidad emocional	16,76	0,17	n.s.	8ª
Aprensión	-17,11	0,18	n.s.	7ª
Tensión	27,38	0,27	1,79 +	5ª
Ansiedad	2,18	0,02	n.s.	11ª
Seguridad	-0,98	0,17	n.s.	8ª
Constancia	0,25	0,04	n.s.	10ª
Sociabilidad	-0,34	0,05	n.s.	9ª
Autoestima	1,16	0,23	n.s.	6ª
Nivel de interferencia	25,01	0,17	n.s.	8ª

RESPUESTAS COGNITIVAS				
R = 0,79	R ² = 0,63	R ² ajust. = 0,53	F (9) = 6,36 ***	
Variables	B	Beta	t	Rango

Tabla 5.- (Continuación)

R. psicofisiológicas	-0,03	-0,07	n.s.	5ª
R. cognitivas	0,10	0,22	n.s.	2ª
R. motoras	0,64	0,86	2,99 **	1ª
Evitación	2,00	0,16	n.s.	3ª
Ansiedad	4,81	0,10	n.s.	4ª
Constancia	-0,11	-0,02	n.s.	7ª
Autoestima	-0,16	-0,04	n.s.	6ª
Nivel de interferencia	-0,81	-0,006	n.s.	8ª
Tendencia al desmayo	19,95	0,16	n.s.	3ª
RESPUESTAS MOTORAS				
R = 0,75	R ² = 0,57	R ² ajust. = 0,44	F (10) = 4,33 ***	
<i>Variables</i>	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Rango</i>
R. psicofisiológicas	0,06	0,29	n.s.	4ª
R. cognitivas	-0,21	0,68	-1,90 +	2ª
R. motoras	0,39	0,77	2,59 *	1ª
Evitación	3,30	0,40	2,10 *	3ª
Aprensión	8,22	0,25	n.s.	5ª
Ansiedad	1,71	0,03	n.s.	7ª
Seguridad	-0,03	0,009	n.s.	10ª
Constancia	0,13	0,001	n.s.	8ª
Sociabilidad	-0,03	0,008	n.s.	9ª
Nivel de interferencia	2,06	0,02	n.s.	6ª

+ p < 0,10

* p < 0,05

** p < 0,01

*** p < 0,001

Tabla 6.- Resultados de las correlaciones multivariadas entre diferentes variables en el pretratamiento y las respuestas psicofisiológicas, cognitivas y motoras en el seguimiento de 6 meses (n = 35)

RESPUESTAS PSICOFISIOLÓGICAS					
R = 0,80	R ² = 0,64	R ² ajust. = 0,49	F (11) = 4,23 ***		
Variables	B	Beta	t	Rango	
R. psicofisiológicas	0,19	0,51	n.s.	1ª	
R. cognitivas	-0,20	0,51	n.s.	1ª	
R. motoras	0,32	0,49	n.s.	2ª	
Evitación	0,35	0,03	n.s.	9ª	
Aprensión	-5,32	0,11	n.s.	6ª	
Tensión	1,93	0,04	n.s.	8ª	
Ansiedad	7,41	0,15	n.s.	5ª	
Seguridad	-0,92	0,22	n.s.	4ª	
Sociabilidad	0,07	0,02	n.s.	10ª	
Autoestima	-0,23	0,07	n.s.	7ª	
Nivel de interferencia	26,42	0,26	1,85 +	3ª	
RESPUESTAS COGNITIVAS					
R = 0,82	R ² = 0,67	R ² ajust. = 0,57	F (9) = 6,44 ***		
Variables	B	Beta	t	Rango	

Tabla 6.- (Continuación)

R. psicofisiológicas	0,13	0,47	n.s.	2ª
R. cognitivas	-0,14	-0,14	n.s.	1ª
R. motoras	0,21	0,44	n.s.	3ª
Evitación	1,49	0,19	n.s.	4ª
Ansiedad	-2,02	0,0006	n.s.	9ª
Seguridad	-0,40	0,13	n.s.	7ª
Autoestima	-0,36	0,14	n.s.	6ª
Nivel de interferencia	18,55	0,18	2,03 +	5ª
Tendencia al desmayo	5,65	0,06	n.s.	8ª
RESPUESTAS MOTORAS				
R = 0,81	R ² = 0,65	R ² ajust. = 0,54	F (9) = 5,78 ***	
<i>Variables</i>	<i>B</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Rango</i>
R. psicofisiológicas	0,12	0,65	2,07 *	2ª
R. cognitivas	-0,13	0,66	-1,85 +	1ª
R. motoras	0,12	0,37	n.s.	3ª
Evitación	1,54	0,29	n.s.	4ª
Ansiedad	-1,26	0,05	n.s.	8ª
Seguridad	-0,47	0,23	n.s.	5ª
Sociabilidad	0,01	0,004	n.s.	9ª
Autoestima	-0,25	0,15	n.s.	7ª
Nivel de interferencia	8,68	0,17	n.s.	6ª

+ p < 0,10

* p < 0,05

*** p < 0,001

respuesta: respuestas psicofisiológicas, cognitivas y motoras. Los resultados se exponen en las Tablas 5 y 6, para el postratamiento y el seguimiento, respectivamente.

Las correlaciones obtenidas en las respuestas psicofisiológicas ($R = 0,84$ y R^2 ajust. = $0,57$), cognitivas ($R = 0,79$ y R^2 ajust. = $0,53$) y motoras ($R = 0,75$ y R^2 ajust. = $0,44$) son significativas [$F = 5,22$; $F = 6,36$; $F = 4,33$; $p < 0,001$, respectivamente) y otorgan a las variables tomadas en consideración en el estudio un peso explicativo del 57%, 53% y 44%, respectivamente, de la varianza de la variable predecida (gravedad del triple sistema de respuestas en la hematófobia), en el postratamiento (Tabla 5).

A nivel descriptivo, se observa que en las respuestas psicofisiológicas y motoras son las variables gravedad de la hematófobia y la tensión (a nivel psicofisiológico) y la aprensión (a nivel motor) las variables con la influencia específica más alta. En severidad de las respuestas cognitivas, son las respuestas motoras seguido de las respuestas cognitivas, la evitación y la tendencia al desmayo las variables que ejercen una influencia más alta.

Por lo que se refiere al seguimiento de 6 meses (Tabla 6), las correlaciones obtenidas en las respuestas psicofisiológicas ($R = 0,80$ y R^2 ajust. = $0,49$), cognitivas ($R = 0,82$ y R^2 ajust. = $0,57$) y motoras ($R = 0,81$ y R^2 ajust. = $0,54$) son significativas [$F = 4,23$; $F = 6,44$; $F = 5,78$; $p < 0,001$, respectivamente) y atribuyen a las variables estudiadas un peso explicativo del 49%, 57% y 54%, respectivamente, de la varianza de la variable predecida (gravedad del triple sistema de respuestas en la hematófobia).

A nivel descriptivo, en general, se observa que es la gravedad de la hematófobia la variable con la influencia específica más alta. Por otro lado, en la severidad de las respuestas psicofisiológicas y motoras, la seguridad así como el nivel de interferencia en las respuestas cognitivas son las variables con una cierta influencia en la gravedad de la sintomatología a largo plazo.

3.5. Análisis discriminante de la mejoría en el postratamiento y a los 6 meses de seguimiento, en función de las variables del pretratamiento

Para determinar el valor predictivo de las diversas variables estudiadas (variables independientes), se seleccionaron aquellas

Tabla 7.- Resultados del análisis discriminante de la mejoría en el prostratamiento (n = 38) y a los 6 meses de seguimiento (n = 33) en función de las variables del pretratamiento

POSTRATAMIENTO		SEGUIMIENTO DE 6 MESES	
Lambda de wilks = 0,64		Lambda de wilks = 0,45	
p < 0,05		p < 0,05	
Variables	Valor del coeficiente	Variables	Valor del coeficiente
R. psicofisiológicas	0,41	R. psicofisiológicas	1,83
R. cognitivas	-0,70	R. cognitivas	-1,42
R. motoras	0,70	R. motoras	0,15
Atrevimiento	-0,68	Estabilidad emocional	0,57
Aprensión	0,05	Aprensión	0,08
Apertura al cambio	0,53	Tensión	0,16
		Ansiedad	0,06
		Autoestima	0,20
		Creencias irracionales	0,80
		Nivel de interferencia	0,40

Tabla 7.- (Continuación)

Medias y desviaciones Típicas por grupos (Mejorados/Fracasos)					
Variables	Mejorados (N = 33)	Fracasos (N = 5)	Variables	Mejorados (N = 29)	Fracasos (N = 4)
R. psicofisiológicas	344,09 (207,37)	609,20 (349,91)	R. psicofisiológicas	317,65 (192,11)	778,50 (265,17)
R. cognitivas	283,21 (218,77)	490,20 (233,64)	R. cognitivas	260,59 (192,52)	615,50 (216,20)
R. motoras	189,30 (122,19)	324,80 (158,91)	R. motoras	182,38 (122,12)	382,75 (97,16)
Atrevimiento	6,09 (1,93)	3,80 (0,83)	Estabilidad emocional	5,76 (1,72)	3,75 (0,96)
Aprensión	5,69 (2,00)	7,80 (2,49)	Aprensión	5,55 (1,97)	8,25 (2,06)
Apertura al cambio	4,54 (1,98)	6,80 (1,30)	Tensión	5,55 (1,78)	7,50 (1,73)
			Ansiedad	6,12 (1,54)	8,32 (1,50)
			Autoestima	58,86 (29,13)	26,00 (30,13)
			Creencias irracionales	106,52 (25,92)	153,75 (29,09)
			Nivel de interferencia	3,10 (0,90)	4,25 (0,96)
Predicción de resultados					
Grupos reales	Grupos predichos		Grupos reales		
	Mejorados	Fracasos	Mejorados	Fracasos	Grupos predichos
Mejorados 33 (100%)	30 (90,91%)	3 (9,09%)	Mejorados 29 (100%)	1 (3,45%)	Fracasos
Fracasos 5 (100%)	1 (20,00%)	4 (80,00%)	Fracasos 4 (100%)	0 (0,00%)	4 (100,00%)

variables con correlaciones significativas en los análisis bivariados con la variable criterio (éxito) (Tabla 4). Los resultados se exponen en la Tabla 7.

A partir de las puntuaciones medias de cada grupo (mejorados/fracasos) en el postratamiento, se observan puntuaciones más bajas en las respuestas psicofisiológicas, cognitivas y motoras, aprensión y apertura al cambio, y más altas en atrevimiento en el grupo 'mejorados' en el pretratamiento. Estas variables del pretratamiento clasifican de forma conjunta el 85,45% de los casos, con un riesgo de error del 14,54%. Por tanto, se puede predecir que las personas con un nivel bajo de respuestas psicofisiológicas, respuestas cognitivas, respuestas motoras, aprensión y apertura al cambio, así como con un nivel alto de atrevimiento en el pretratamiento, tienen una mayor probabilidad de mejoría en el postratamiento.

Por otro lado, a partir de las puntuaciones medias de cada grupo (mejorados/fracasos) en el seguimiento de los 6 meses, se observan puntuaciones más bajas en las respuestas psicofisiológicas, cognitivas y motoras, aprensión, tensión, ansiedad, creencias irracionales y nivel de interferencia, y más altas en estabilidad emocional y autoestima, antes del tratamiento. Estas variables del pretratamiento clasifican de forma conjunta el 98,27% de los casos, con un riesgo de error del 1,72%. Por tanto, se puede predecir que las personas con un nivel bajo de respuestas psicofisiológicas, respuestas cognitivas, respuestas motoras, aprensión, tensión, ansiedad, creencias irracionales y nivel de interferencia, así como con un nivel alto de estabilidad emocional y autoestima en el pretratamiento, tienen una mayor probabilidad de mejoría a los 6 meses de seguimiento.

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados expuestos a lo largo del trabajo ponen de manifiesto cómo la ansiedad es la dimensión central por excelencia, presente y determinante en la severidad de la hematófobia. La ansiedad, manifestada con tensión y aprensión, queda reflejada preferentemente a través de las respuestas psicofisiológicas. En este sentido, por un lado, entre los síntomas más representativos referidos por los

hematofóbicos se encuentra la tensión, vivenciada ésta en forma de tensión muscular. Paradójicamente, la tensión muscular favorece y retrasa en algunos pacientes la aparición del síndrome vasovagal; es decir, el efecto de la bradicardia y la bajada o caída de la presión arterial se acompaña de otros síntomas, tales como palidez de cara, sudor frío, flojera en las piernas, sensación de desvanecimiento, etc. Estos síntomas son la señal de un estado próximo a estar relajado, en la que el fóbico si además adopta la conducta de inmovilización, acelera el síndrome vasovagal extremo y puede terminar en desvanecimiento y/o pérdida de conocimiento. Por todo ello, la tensión muscular, efecto contrario al estado de relajación, dificulta (en un sentido positivo) el proceso de la segunda fase de la respuesta bifásica, evitando o previniendo la presencia de desmayos (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1994).

Por otro lado, la presencia de los síntomas de ansiedad o el miedo a la aparición de los mismos ante la exposición o la anticipación de las situaciones relacionadas con la sangre, contribuye a que se dé una mayor sensibilidad hacia los estímulos internos y, por tanto, es frecuente observar en los pacientes hematofóbicos una tendencia a describirse como personas con una escasa percepción de autocontrol en las situaciones fóbicas, con un miedo a sentir los síntomas de ansiedad o a perder el control y desmayarse si permanecen en la situación. Resulta llamativa la atribución que hacen una gran parte de hematofóbicos, en el sentido de que 'su miedo es un problema que tienen desde siempre y que se escapa a su control. Algo con lo que han de convivir y por ello han de estar atentos a los síntomas para vez que sucede esta vez'.

Desde esta perspectiva, es fácilmente esperable que variables tales como la estabilidad emocional o el atrevimiento y la constancia se encuentren asociadas con el mantenimiento de la severidad de la hematofobia. Si se interpreta que es un problema físico u orgánico, y en algunos casos justificado por la existencia de otros miembros de la familia que la padecen, la persona con una fobia de estas características tenderá a creer que la posibilidad de autocontrol de sus síntomas es escasa y, por tanto, en la medida que sea más estable emocionalmente y más constante en su intento, con mayor probabilidad hará frente a la hematofobia.

Por otro lado, desde una perspectiva más subjetiva, la sensación de incapacidad o de dificultad se ve reflejada también a través de la autoestima y la presencia de pensamientos con una visión negativa de sí. En este sentido, es relativamente frecuente observar en las personas aquejadas con hematófobia una afectación o interferencia en la vida cotidiana. En otras palabras, cuando por temor a experimentar los síntomas de ansiedad o por miedo a perder el control y desmayarse han de cambiar el ritmo o los hábitos de vida (tales como por ejemplo, evitar visitar a familiares hospitalizados, elegir cuidadosamente la película para ver en el cine o en la TV, descartar la elección de algunos estudios como Enfermería o Medicina o incluso, hasta retrasar el hecho de quedar embarazada por el momento del parto o realizarse continuas analíticas, o ser intervenido quirúrgicamente por temor a la anestesia, entre otros), es en cierto modo entendible que tiendan a valorarse con una estima baja, al darse cuenta de que actividades o hechos bastante habituales para la mayoría de las personas, ellos, en cambio, tienen dificultad para poderlas llevar a cabo con normalidad.

Por lo que se refiere al temor al desmayo, si bien es una variable que desempeña un papel realmente importante antes del tratamiento (en aquellos casos en los que se da aunque sea ocasionalmente), curiosamente, y dado que no se tiende a asociar el desvanecimiento con la respuesta de ansiedad, tras el conocimiento del mecanismo fisiológico y de la posibilidad de autocontrol por parte de la persona se produce un cambio a nivel cognitivo al darse cuenta de su capacidad de control. Por tanto, el temor al desmayo gradualmente va disminuyendo, aunque a largo plazo pueda aparecer la duda de si en alguna ocasión pueda volver a darse la pérdida de control. Aun en este caso, el miedo al desmayo aparece con menor intensidad.

En síntesis, cabe destacar que las dimensiones de personalidad que guardan una relación estable con la hematófobia son aquellas variables también relevantes en el resto de los trastornos fóbicos; es decir, las dimensiones incluidas dentro de la subescala de neuroticismo: ansiedad, tensión, aprensión y estabilidad emocional (Eysenck y Eysenck, 1975). Por otro lado, variables tales como constancia y atrevimiento (para enfrentarse repetidamente a las situaciones), seguridad (en cuanto a percepción de control),

sociabilidad (asociada con la capacidad para resolver situaciones en vez de evitarlas ante la gente) y apertura al cambio (en el sentido de sentirse motivado) se encuentran asociadas específicamente con la hematófobia y con su capacidad de afrontamiento, tanto previa a la intervención como con la eficacia de la actitud durante y tras el tratamiento.

A partir de lo expuesto en este apartado, y ya de cara al éxito de la intervención psicológica, en el tratamiento de la hematófobia se ha de utilizar aquel programa terapéutico que incluya, fundamentalmente (a nivel conductual), la exposición a las situaciones fóbicas (Borda, Barcia y Blanco Picabia, 1997) sin olvidar, por otra parte, el control de las respuestas psicofisiológicas específicas (Borda, Martínez y Blanco Picabia, 1998, en prensa), que contribuyen (a nivel psicofisiológico) a aumentar la capacidad de autocontrol y (a nivel cognitivo) a disminuir el temor al desmayo.

5. BIBLIOGRAFÍA

- Barlow, D.H.** (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York. Guilford Press.
- 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*, 10, 302-307.
- Borda, M., Antequera, R., Sánchez de Ibarghen, M.E., Lira, C., Del Pino, M.I., Martínez, O. y Blanco Picabia, A.** (1995). *Análisis de diversas variables (personales y demográficas) asociadas a la fobia a la sangre*. Trabajo presentado en el Congreso Sevilla '95. La Psiquiatría en la década del cerebro. Sevilla.
- Borda, M., Antequera, R. y Blanco Picabia, A.** (1996). Orientaciones terapéuticas en el tratamiento de la hematófobia. *Boletín de Psicología*, 50, 67-86.
- Borda, M., Barcia, M.J. y Blanco Picabia, A.** (1997). Seguimiento a largo plazo en un caso de hematófobia tratado con exposición en vivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 567-592.
- Borda, M., Martínez, O. y Blanco Picabia, A.** (1998, en prensa). Eficacia de la técnica de «tensión aplicada» para el control del síndrome vasovagal aplicada a un caso de hematófobia. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*.

- Botella, C. y Ballester, R.** (1993). Análisis experimental del fenómeno del pánico: El papel de las cogniciones en las crisis de angustia. *Psicología Conductual*, 1, 255-270.
- Cattell, R.B.** (1975). 16 PF. Cuestionario Factorial de Personalidad. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Clark, D.M.** (1988). A cognitive model of panic attacks. In S. Rachman y J.D. Maser (Eds.). *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale. New York. Erlbaum.
- Esteve, R. y Navarro, J.F.** (1988). Tratamiento conductual de la hematofobia: Modelado participativo vs exposición «in vivo». *Análisis y Modificación de Conducta*, 14, 119-134.
- Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G.** (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire (Junior and Adult)*. Essex: Hodder y Stoughton.
- Gallup, G.G. y Maser, J.D.** (1977). Tonic immobility. In J. Maser y M. Seligman (Eds.). *Psychopathology: Experimental models*. San Francisco. Freeman.
- Gordon, L.V.** (1991). *PPG-IPG: Perfil e Inventario de Personalidad*. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Kleinknecht, R.A. y Lenz, J.** (1989). Blood/injury fear, fainting and avoidance of medically-related situations: A family correspondance study. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 537-547.
- Lumley, M y Melamed, B.** (1992). Blood phobics and nonphobics: Psychological differences and affect during exposure. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 425-434.
- Marks, I.M.** (1988). Blood-injury phobia: A review. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1207-1213.
- Marks, I.M.** (1991). *Miedos, fobias y rituales. 2. Clínica y tratamiento*. Barcelona. Martínez Roca (original, 1987).
- Öst, L.G.** (1991). Acquisition of blood and injection phobia and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 323-332.
- Öst, L.G.** (1992). Blood and injection phobia: Background and cognitive, physiological and behavioral variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 68-74.
- Öst, L.G. y Sterner, V.** (1987). Applied tension: A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 397-409.
- Öst, L.G., Sterner, V. y Lindahl, I.** (1984). Psychological responses in blood phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 109-117.
- Ost, L.G. y Hugdahl, K.** (1985). Acquisition of blood and dental phobia and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 77-84.

- Rachman, S.** (1978). *Fear and courage*. San Francisco. Freeman.
- Seligman, M.E.D.** (1971). Phobias and preparedness. *Behavior Therapy*, 2, 307-320.
- Thyer, B y Curtis, G.C.** (1985). On the diphasic nature of vasovagal fainting associated with blood-injury illness phobia. *Pav. J. Biol. Sci.*, 20, 84-87.
- Thyer, B., Himle, J. Y Curtis, G.C.** (1985). Blood Injury-illness phobia: A review. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 451-459.
- Weissmann, A.N.** (1979). The Disfunctional Attitude Scale: A validation study. *Dissertation Abstract International*, 40, 1389B-1390B.
- Yule, W. y Fernando, P.** (1980). Blood-phobia-beware. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 587-590.