

# La exposición gradual en vivo y la "tensión aplicada" en el tratamiento de la fobia a la sangre

M. BORDA MAS, R. ANTEQUERA JURADO, A. BLANCO PICABIA

Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad de Sevilla. Sevilla

## RESUMEN

En el presente trabajo se describe el tratamiento de la fobia a la sangre. La técnica utilizada fue la *exposición en vivo* a las situaciones fóbicas y la "Tensión Aplicada" para evitar el desmayo. El número de sujetos fue de 11 pacientes hematófobos (10 mujeres y 1 varón) con edades entre 21 y 26 años y todos ellos voluntarios. La evaluación se realizó en el pre y postratamiento y para ello se utilizaron medidas de autoinforme. El tratamiento constó de 6 sesiones en un periodo de 3 semanas, con una duración de 90 minutos por sesión. Se presentan los resultados del efecto del tratamiento, en los que se observa una mejoría estadísticamente significativa en todas las medidas realizadas.

## PALABRAS CLAVE:

## INTRODUCCION

La fobia a la sangre es la fobia específica más común en la población general (Agras, Sylvester y Oliveau 1969; Yule y Fernando 1980). Se observa con mayor frecuencia en las mujeres (Öst, Sterner y Lindahl 1984). Comienza en la infancia, en torno a los 7 años (Öst 1992), y en un porcentaje elevado de casos se da la existencia de antecedentes familiares con hematófobia (entre el 60 y el 70% de los casos).

La fobia a la sangre se asemeja al resto de las fobias en cuanto a que provoca la adopción de conductas de evitación y/o escape de las situaciones fóbicas (ej.: salas de curas o extracciones de sangre, películas con accidentes, etc.) y la presencia de pensamientos anticipatorios en relación con las situaciones (ej.: "no voy a poder ser capaz de estar sin marearme", "voy a caerme delante de todos", etc.). Sin embargo, en cuanto a las respuestas psicofisiológicas, los fóbicos a la sangre presentan un patrón de respuesta específico o "respuesta bifásica". La primera fase se caracteriza por un aumento de las tres medidas psicofisiológicas más relevantes: *ritmo cardíaco* (taquicardia), *presión arterial* y *tasa respiratoria*. A continuación, en la segunda fase, se produce una caída o descenso rápido de estos parámetros, especialmente un enlentecimiento del ritmo cardíaco (bradicardia de 30-45 pulsaciones por minuto) y *disminución de la presión sanguínea*, que puede llevar al mareo y terminar en desmayo (Vázquez y Buceta 1990).

Correspondencia: M. Borda Mas. Departamento de Psiquiatría Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Universidad de Sevilla. Avda. San Francisco Javier, s/n. 41005 Sevilla.

## SUMMARY

In this paper the treatment of 11 patients (21-26 year old) with blood phobia with in vivo exposure to confront the phobic situations and "Applied Tension" to prevent fainting is described. The measures of assessment pre-treatment and posttreatment was used. The treatment was developed all through six sessions in a period of three weeks (90 mn/session). The results showed a improvement at all measures of assessment.

## KEY WORDS:

A diferencia de otras fobias, en este caso la respuesta de evitación se produce más por el temor al desmayo que por el miedo a las situaciones propiamente dicho (Marks 1987). No remite espontáneamente y tiende a persistir en el tiempo, si bien no se muestra en la mayoría de los casos, como una fobia de excepción, incapacitación debido a la conducta de evitación adoptada y a la relativamente escasa frecuencia que este tipo de exposiciones se produce cotidianamente.

Las técnicas terapéuticas más utilizadas en el tratamiento de esta fobia han sido la *exposición* (en imaginación y en vivo) y la *tensión aplicada* (Öst y Sterner 1987). Tomando como referencia los resultados de los diversos trabajos realizados por el equipo de Öst, se ha diseñado la línea de investigación en que se ubica el presente trabajo.

El objetivo de este estudio piloto es, en primer lugar, determinar la eficacia de un programa de tratamiento orientado a cada uno de los componentes del triple sistema de respuesta para la fobia a la sangre y en segundo lugar, poner a prueba la efectividad de un nuevo inventario específico para la hematófobia que evalúa las respuestas del triple sistema de respuestas, tanto a nivel de la "ansiedad situacional" como de la "ansiedad anticipatoria".

## METODO

## SUJETOS

La muestra del estudio fue de 11 pacientes, 10 mujeres y un varón, estudiantes universitarios, con edades comprendidas entre 21 y 26 años ( $\bar{X} = 22,45$  años). La media de antigüedad del

problema es de 16,7 años, con una media en la edad de comienzo en torno a los 5,7 años (con un rango de entre los 4 y los 11 años); es decir, el comienzo del problema había aparecido durante la infancia y con un porcentaje en el 54,5% de los casos, de antecedentes de familiares directos con hematófobia (Tabla I).

TABLA I  
CARACTERISTICAS DESCRIPTIVAS DE LOS SUJETOS

• Sexo: H = 1 (9,1%)	M = (90,9%)
• Edad: $\bar{X}$ = 22,45	DT = 1,56
• Edad de comienzo del problema: $\bar{X}$ = 5,72 años	DT = 1,93
• Años de evolución del problema: $\bar{X}$ = 16,7 años	
• Antecedentes familiares: Sí = 6 (54,5%)	No = 3 (27,3%)
	No sabe = 2 (18,2%)
• Episodios de desmayo: Sí = 9 (81,8%)	No = 2 (18,2%)
• Estrategias utilizadas ante el problema:	
Evitación: 9 (81,8%)	
Enfrentamiento: 2 (18,2%)	

La estrategia utilizada ante su problema por los elementos de la muestra, hasta el inicio del presente trabajo, era en el 81,8% de los casos, la evitación de las situaciones hematófóbicas y en el 18,2% el enfrentamiento a la situación, terminando en un episodio de desmayo. En las situaciones inesperadas o en las que no era posible la conducta de evitación, el 81,8% de los sujetos tendía con frecuencia a desmayarse (Tabla I).

Las respuestas psicofisiológicas que manifestaban padecer con mayor frecuencia los sujetos ante las situaciones hematófóbicas eran: ritmo cardiaco acelerado (90,9%), tensión muscular (72,7%), sudor en manos y/o axilas (63,6%), mayor bombeo de sangre con sudor frío (36,4%) y aumento de la tasa respiratoria, así como calor en la cara (27,3%).

#### TERAPEUTAS

El equipo de profesionales estaba formado por cuatro psicólogos, dos varones (un terapeuta y un coterapeuta) y dos mujeres (una terapeuta y una coterapeuta). Ambos terapeutas tenían, al menos, dos años de experiencia clínica en modificación de conducta cada uno de ellos y los coterapeutas entre 6 y 12 meses.

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

#### DISEÑO

El diseño utilizado fue un diseño de grupo único, con medida repetida en el factor evaluación.

#### INSTRUMENTOS DE EVALUACION

*Inventario de Fobia a la Sangre.* (Borda, Antequera y Blanco 1994). Es un inventario creado por los autores, específicamente elaborado para evaluar la fobia a la sangre. Está compuesto por 50 ítems referidos a diversas situaciones relacionadas fundamentalmente con la sangre, las inyecciones y el dentista, aunque también y en menor medida, con la sangre animal, el color rojo, la agorafobia y la ansiedad social. El instrumento mide en una escala de 0 (nunca) a 3 (siempre) puntos, los diferentes tipos de respuestas (motoras, psicofisiológicas y cognitivas) del paciente, valorando sus respuestas tanto en relación a la "ansiedad situacional" como a la "ansiedad anticipatoria" (Tabla II).

El inventario se encuentra en fase de experimentación, por lo que no existen hasta el momento datos acerca de su fiabilidad y validez.

*Subescala de hematófobia.* (Marks y Mathews 1979). La Subescala de Hematófobia está incluida (junto a la Subescala de Agorafobia y Fobia Social) en el Cuestionario de Miedos diseñado por los citados autores. 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 allí señaladas (Tabla II).

*Escala de Conductas-objetivo.* (Borda, Antequera y Blanco 1994). El autoinforme está formado por ítems referidos a 5 conductas o situaciones relacionadas con la sangre, que en la actualidad le crean dificultad al paciente y sobre las que se trabajará durante el tratamiento. El paciente define las conductas y valora en sus tres subescalas tanto el grado de dificultad actual [medido de 0 (nada) a 10 (dificultad máxima) puntos], como la frecuencia de evitación [medido de 0 (nunca) a 5 (siempre) puntos], como la frecuencia de los episodios de desmayo actuales [medido de 0 (nunca) a 5 (siempre) puntos] (Tabla II).

#### PROCEDIMIENTO

##### Evaluación

Las medidas de evaluación se realizaron en dos momentos distintos: la primera, tres días antes de comenzar el tratamiento (evaluación pretratamiento) y la segunda a los dos o tres días de terminar el tratamiento (evaluación postratamiento). Los resultados obtenidos en las pruebas figuran en la Tabla II y Tabla III, respectivamente.

##### Tratamiento

La técnica psicológica que se utilizó en este estudio piloto fue la de la *Tensión Aplicada* (Öst y Sterner 1987) en combinación con la de *Exposición gradual en vivo*.

Este tratamiento tenía un doble objetivo:

A) Aprender a controlar los síntomas de ansiedad y a detectar las señales previas al desmayo. Para ello, en primer lugar, se entrenó a los sujetos en la técnica de *Tensión Aplicada* con el fin de prevenir el síndrome vasovagal extremo. A su vez, este aprendizaje constaba de dos partes:

1. Aprender a tensar los músculos del cuerpo, basándose en la técnica de "Tensión Muscular" de Öst y cols. (1984).



TABLA II

## RESULTADOS EN LOS AUTOINFORMES ANTES DEL TRATAMIENTO

## AUTOINFORMES

*INVENTARIO DE FOBIA A LA SANGRE*  
(Borda, Antequera y Blanco 1994)*Escala general:*

R. psicofisiológica (rango 0-1950)	741
R. cognitiva (rango 0-1800)	566,6
R. motora (rango 0-1050)	434,1

Puntuación media del grupo:  
"Ansiedad situacional"      "Ansiedad anticipatoria"*Subesc. F. sangre + F. inyec. + F. dentista*

R. psicofisiológica (rango 0-936) / (rango 0-585)	496,7	244,3
R. cognitiva (rango 0-864) / (rango 0-540)	355,4	211,2
R. motora (rango 0-504) / (rango 0-315)	278,1	156

*Subescala de fobia a la sangre (21 items)*

R. psicofisiológica (rango 0-468) / (rango 0-351)	224,8	149,3
R. cognitiva (rango 0-432) / (rango 0-324)	174,1	133,2
R. motora (rango 0-252) / (rango 0-189)	130,6	90,2

*Subescala de fobia a las inyecciones (10 items)*

R. psicofisiológica (rango 0-234) / (rango 0-156)	112,1	76,8
R. cognitiva (rango 0-216) / (rango 0-144)	83,5	58,2
R. motora (rango 0-126) / (rango 0-84)	67,1	42,8

*Subescala de fobia al dentista (8 items)*

R. psicofisiológica (rango 0-234) / (rango 0-78)	77,8	18,1
R. cognitiva (rango 0-216) / (rango 0-72)	42,2	15,1
R. motora (rango 0-126) / (rango 0-42)	35,8	12,6

*Subescala de miedo a la "sangre animal" (4 items)*

R. psicofisiológica (rango 0-195)	16,5
R. cognitiva (rango 0-180)	8,9
R. motora (rango 0-105)	8,5

*Subescala de miedo al color rojo (4 items)*

R. psicofisiológica (rango 0-156)	3,1
R. cognitiva (rango 0-144)	0,7
R. motora (rango 0-84)	1,2

*Subescala de agorafobia (5 items)*

R. psicofisiológica (rango 0-195)	23
R. cognitiva (rango 0-180)	16,4
R. motora (rango 0-105)	9,9

*Subescala de la ansiedad social (5 items)*

R. psicofisiológica (rango 0-195)	42
R. cognitiva (rango 0-180)	28,7
R. motora (rango 0-105)	22,9

*CUESTIONARIOS DE MIEDOS*

(Marks y Mathews 1979)

<i>Subescala de hematófobia (5 items)</i> (rango: 0-40)	27
------------------------------------------------------------	----

## CONDUCTAS-OBJETIVO (5 conductas)

(Borda, Antequera y Blanco 1994)

<i>Grado de dificultad</i> (rango 0-50)	35,9
<i>Frecuencia de evitación</i> (rango 0-5)	3,9
<i>Frecuencia de episodios de desmayo</i> (rango 0-5) (rango: 0 - 5)	2,5

TABLA III

## RESULTADOS EN LOS AUTOINFORMES DESPUES DEL TRATAMIENTO

## AUTOINFORMES

*INVENTARIO DE FOBIA A LA SANGRE*  
(Borda, Antequera y Blanco 1994)*Escala general:*

R. psicofisiológica (rango 0-1950)	382,5
R. cognitiva (rango 0-1800)	280,9
R. motora (rango 0-1050)	190,9

Puntuación media del grupo:  
"Ansiedad situacional"      "Ansiedad anticipatoria"

R. psicofisiológica	255,2	126,5
R. cognitiva	176,5	104,2
R. motora	120,7	70,2

*Subescala de fobia a la sangre (21 items)*

R. psicofisiológica	119,8	82,2
R. cognitiva	86,7	68,9
R. motora	51,5	43,5

*Subescala de fobia a las inyecciones (10 items)*

R. psicofisiológica	57,4	37,4
R. cognitiva	40,6	32,8
R. motora	30,6	21,4

*Subescala de fobia al dentista (8 items)*

R. psicofisiológica	34,2	6,9
R. cognitiva	16,6	5
R. motora	14,1	5,2

*Subescala de miedo a la "sangre animal" (4 items)*

R. psicofisiológica	9,36
R. cognitiva	6,1
R. motora	5,6

*Subescala de miedo al color rojo (4 items)*

R. psicofisiológica	1,5
R. cognitiva	0,4
R. motora	1,3

*Subescala de agorafobia (5 items)*

R. psicofisiológica	10,4
R. cognitiva	7,7
R. motora	4,1

*Subescala de ansiedad social (5 items)*

R. psicofisiológica	22,4
R. cognitiva	16,9
R. motora	13,4

*CUESTIONARIO DE MIEDOS*

(Marks y Mathews 1979)

<i>Subescala de hematófobia (5 items)</i> (rango 0-40)	8,4
-----------------------------------------------------------	-----

## CONDUCTAS-OBJETIVO (5 conductas)

(Borda, Antequera y Blanco 1994)

<i>Grado de dificultad</i> (rango 0-50)	20,9
<i>Frecuencia de evitación</i> (rango 0-5)	1,9
<i>Frecuencia de episodios de desmayo</i> (rango 0-5)	0,9

2. Aprender a identificar las primeras señales de la caída de la presión arterial y a aplicar entonces la técnica de "Tensión Muscular" (Borda, Antequera y Blanco 1994) en esos momentos.

Junto a esta técnica, se adiestró también a los participantes en otras dos estrategias: *Entrenamiento en Respiración Tranquilizadora* (cfr. Foa y Wilson 1992) y *Entrenamiento en Relajación Muscular* (Jacobson 1938) para poder así hacer frente a los síntomas de ansiedad.

B) En segundo lugar, enfrentarse a las situaciones fóbicas (Relacionadas con la sangre), evitadas hasta la actualidad. La técnica utilizada para ello fue la de *Exposición gradual en vivo* (cfr. Marks 1987).

La duración del tratamiento fue de 3 semanas y el número de sesiones de 6 (2 sesiones por semana). El tiempo de duración de cada sesión osciló entre 60 y 90 mn. El tratamiento se realizó a nivel individual, excepto en algunas situaciones (p. ej.: ver extracciones de sangre o ver una película sobre accidentes de tráfico) que se llevó a cabo en grupos pequeños (de 2 ó 3 sujetos). El Centro en el se realizó el tratamiento fue el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

El contenido de cada una de las sesiones se presenta esquemáticamente a continuación (Tabla VI):

TABLA IV  
DIARIO DE SESIONES

Sesión	Contenido
1	I. Introducción II. Explicación de la composición del tratamiento III. Tareas para casa
2	I. Realización de los ejercicios de entrenamiento de las estrategias a utilizar durante la exposición II. Exposición en vivo a la conducta-objetivo definida: a) Explicación detallada sobre la tarea de exposición b) Cumplimentación del registro de la práctica de exposición
3	III. Preparación de las tareas intrasesiones
4-5	I. Comentario sobre las dificultades surgidas en las tareas intrasesiones II. Realización de los ejercicios de entrenamiento de las estrategias a utilizar durante la exposición III. Exposición en vivo a la conducta-objetivo definida: a) Explicación detallada sobre la tarea de exposición b) Cumplimentación del registro de la práctica de exposición IV. Preparación de las tareas intrasesiones
6	V. Valoración global del tratamiento: Informe final VI. Hoja de consejos útiles para hacer frente a las situaciones relacionadas con la sangre

a) En la primera se informó acerca de la fobia a la sangre: definición, clasificación, sintomatología, etc. A continuación, se procedió a explicar la composición del programa de trata-

miento: técnicas básicas a utilizar (tensión muscular y exposición en vivo), estrategias para poner en práctica (respiraciones, relajación muscular, autoinstrucciones, distracción, etc.). Seguidamente, se llevó a cabo el entrenamiento de cada una de las técnicas anteriormente referidas (tensión muscular, respiración relajada y relajación muscular) y se aconsejó la práctica de las mismas en su casa hasta la sesión siguiente.

b) A partir de la segunda sesión, se comenzaba con un repaso de las estrategias aprendidas para hacer frente a las situaciones hematófóbicas. A continuación, se procedía a la exposición en vivo ante las situaciones temidas. Las situaciones venían individualmente definidas por las conductas-objetivo o conductas problema elaboradas en la primera sesión de tratamiento, en las que se había valorado por el mismo sujeto el grado de dificultad y la frecuencia de evitación de cada una de ellas. Se partía de la conducta puntuada por el sujeto con un menor grado de dificultad para él y progresivamente, se iban incorporando las de grado de dificultad superior.

c) Tras la tercera sesión, se preparaban entre terapeuta y paciente una o dos tareas inter-sesiones, de características similares a las realizadas durante la sesión. En la sesión siguiente se comentaban, en primer lugar, las dificultades surgidas durante la realización de la tarea y las estrategias utilizadas para hacer frente a las situaciones.

d) Al terminar el programa de tratamiento completo se entregó, a modo de recordatorio, una Hoja de Consejos Útiles para hacer frente en el futuro a situaciones relacionadas con la sangre.

## RESULTADOS

Para el análisis de los resultados referentes a la evolución del grupo se recurrió a la prueba no paramétrica T de Wilcoxon, debido al número reducido de sujetos. Como es sabido, esta prueba refleja la evolución del grupo mediante la comparación de pares de evaluaciones dentro del grupo. Es decir, mediante la diferencia de puntuaciones entre una evaluación y otra.

## INVENTARIO DE FOBIA DE SANGRE

En primer lugar, se realizó la prueba T de Wilcoxon sobre la totalidad de los ítems del inventario. Los análisis de los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas, a un nivel menor de 0,01, entre los resultados pre y postratamiento, en los tres tipos de respuestas (Tabla V).

TABLA V  
RESULTADOS EN LA PRUEBA T DE WILCOXON EN EL INVENTARIO DE FOBIA A LA SANGRE (TOTALIDAD DE ÍTEMS)

Evaluación pre-postratamiento	T (N = 11)	S
R. psicofisiológica	0	**
R. cognitiva	0	**
R. motora	0	**

\*\* < 0,01

A continuación, se llevó a cabo la misma prueba sobre los mismos ítems, pero previa la distribución de los mismos en las categorías de respuestas a "ítems de ansiedad situacional" y a "ítems de ansiedad anticipatoria". Los análisis de los resultados también mostraron diferencias estadísticamente significativas al mismo nivel, entre los resultados pre y postratamiento, con respecto a los tres tipos de respuestas. Sin embargo, en esta ocasión y con respecto a las respuestas cognitivas, los resultados mostraron unas diferencias menores en lo concerniente a las respuestas ante los ítems de "ansiedad anticipatoria", en la que alcanzaron un nivel de significación únicamente menor de 0,05 (Tabla VI).

TABLA VI

RESULTADOS EN LA PRUEBA T DE WILCOXON EN EL INVENTARIO DE FOBIA A LA SANGRE (ITEMS ANSIEDAD SITUACIONAL VS ITEMS ANSIEDAD ANTICIPATORIA)

Evaluación pre-postratamiento	T (N = 11)	S
<i>Items de ansiedad situacional (n = 39)</i>		
R. psicofisiológica	0	**
R. cognitiva	0	**
R. motora	0	**
<i>Items de ansiedad anticipatoria (n = 11)</i>		
R. psicofisiológica	1	**
R. cognitiva	7	*
R. motora	3,5	**

\* &lt; 0,05

\*\* &lt; 0,01

En tercer lugar, se realizó el análisis, previa distribución de los ítems por subescalas, de los resultados obtenidos ante las tres subescalas más representativas del inventario: Subescala de Fobia a la sangre, Subescala de Fobia a las inyecciones y Subescala de Fobia al dentista. Los análisis de los resultados aquí obtenidos revelaron diferencias estadísticamente significativas a un nivel menor de 0,01, entre las medidas pre y postratamiento en las tres subescalas, tanto en la categoría de los ítems de "ansiedad situacional" como en los de "ansiedad anticipatoria". Sin embargo, en este caso y con respecto a los ítems de "ansiedad anticipatoria", los resultados obtenidos mostraron diferencias algo inferiores en los tres tipos de respuestas, principalmente en la respuesta cognitiva, aunque aún dentro de un nivel de significación estadística menor de 0,05 (Tabla VII).

## CUESTIONARIO DE MIEDOS

Posteriormente, se llevó a cabo la aplicación de la prueba T de Wilcoxon en las medidas de la Subescala de Hematofobia del Cuestionario de Miedos. El análisis de los resultados reveló la existencia de diferencias estadísticamente significativas a un nivel menor de 0,01, entre las medidas pre y las postratamiento del grupo (Tabla VIII).

TABLA VII

RESULTADOS EN LA PRUEBA T DE WILCOXON EN LAS SUBESCALAS MAS RELEVANTES DEL INVENTARIO DE FOBIA A LA SANGRE (ITEMS ANSIEDAD SITUACIONAL VS ITEMS ANSIEDAD ANTICIPATORIA)

Evaluación pre-postratamiento	T (N = 11)	S
<i>Subescala de fobia a la sangre</i>		
<i>Items de ansiedad situacional (n = 12)</i>		
R. psicofisiológica	0	**
R. cognitiva	4	**
R. motora	0	**
<i>Items de ansiedad anticipatoria (n = 9)</i>		
R. psicofisiológica	1	**
R. cognitiva	10	*
R. motora	2	**
<i>Subescala de fobia a las inyecciones</i>		
<i>Items de ansiedad situacional (n = 6)</i>		
R. psicofisiológica	0	**
R. cognitiva	3	**
R. motora	3	**
<i>Items de ansiedad anticipatoria (n = 4)</i>		
R. psicofisiológica	0	**
R. cognitiva	9	*
R. motora	7,5	*
<i>Subescala de fobia al dentista</i>		
<i>Items de ansiedad situacional (n = 6)</i>		
R. psicofisiológica	2	**
R. cognitiva	2	**
R. motora	0	**
<i>Items de ansiedad anticipatoria (n = 2)</i>		
R. psicofisiológica	8,5	*
R. cognitiva	0	**
R. motora	7,5	*

\* &lt; 0,05

\*\* &lt; 0,01

TABLA VIII

RESULTADOS EN LA PRUEBA T DE WILCOXON EN LA SUBESCALA DE HEMATOFOBIA DEL CUESTIONARIO DE MIEDOS

Evaluación pre-postratamiento	T (n = 11)	S
Subescala de hematofobia	0	**

\*\* &lt; 0,01

## CONDUCTAS-OBJETIVO

Finalmente, se realizó la prueba T de Wilcoxon sobre los resultados obtenidos de la aplicación de las tres subescalas que constituyen la Escala de Conductas-objetivo o conductas pro-

blema: grado de dificultad, frecuencia de evitación y frecuencia de los episodios de desmayo en las conductas definidas. Los análisis de los resultados mostraron asimismo la existencia de diferencias estadísticamente significativas a un nivel menor de 0,01 en las tres subescalas. Solamente en la subescala de la frecuencia de los episodios de desmayos las diferencias fueron algo inferiores, alcanzándose únicamente niveles de significación de las diferencias, menores de 0,05 (Tabla IX).

TABLA IX

RESULTADOS EN LA PRUEBA T DE WILCOXON EN LAS DIFERENTES SUBESCALAS DE LA ESCALA DE CONDUCTAS-OBJETIVO

Evaluación pre-postratamiento	T (N = 11)	S
Grado de dificultad	0	**
Frecuencia de evitación	0	**
Episodios de desmayo	6	*

\* < 0.05

\*\* < 0.01

#### DISCUSION Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en este trabajo demuestran la eficacia del tratamiento utilizado. La mejoría alcanzada por los miembros del grupo después del tratamiento, tanto en el *grado de dificultad* como en el *nivel de evitación* de las conductas problema, pone de manifiesto la efectividad de la aplicación de la técnica de *exposición gradual en vivo* para el tratamiento de la fobia a la sangre (Borda, Baez y Echeburúa 1993).

Por otro lado, la reducción significativa de los *episodios de desmayo* después del tratamiento en la totalidad del grupo es dato indicativo del aumento de la capacidad de autocontrol de los sujetos sobre las respuestas psicofisiológicas ante las situaciones hematófóbicas; lo que nos permite comprobar que la aplicación de la técnica de *tensión aplicada* resulta efectiva para tal objetivo (Öst, Fellenius y Sterner 1991).

El logro terapéutico del grupo tras el tratamiento afectó a las tres áreas de respuestas del triple sistema de respuestas. Al considerar la diferencia entre la *ansiedad situacional* y la *ansiedad anticipatoria*, se obtiene un nivel de mejoría ligeramente inferior en relación al componente cognitivo (en concreto sobre la anticipación de las consecuencias negativas ante las situaciones fóbicas), principalmente en las subescalas de fobia a las in-

yecciones y al dentista. Este resultado sugiere que, a pesar de haber adquirido las adecuadas estrategias de afrontamiento del problema, permanece presente en las personas el miedo al dolor. Esto, tal vez pueda deberse al recuerdo de experiencias propias, bien directas (relacionadas con el dentista), o bien indirectas (vividas por algún familiar o amigo), o por alguna generalización de experiencias médicas desagradables padecidas anteriormente (Krochach 1991).

En conclusión, como aspectos más relevantes del estudio piloto realizado, se pueden resaltar:

a) El programa de tratamiento aplicado a la muestra de los sujetos hematófóbicos ha sido eficaz en un porcentaje considerable de casos.

b) La mejoría obtenida ha afectado a los tres sistemas de respuestas, con un beneficio superior en las áreas motora y psicofisiológica. En cambio, a nivel cognitivo, y concretamente en los pensamientos anticipatorios de temor al desmayo y miedo al dolor, se precisa un periodo mayor de tiempo para producirse una modificación en el patrón de pensamiento.

c) El autoinforme elaborado para la evaluación de la fobia a la sangre es un instrumento específico, que discrimina con precisión cada síntoma relevante de la sintomatología de ansiedad y que es sensible al cambio terapéutico. No obstante, éste es un estudio piloto y el autoinforme se encuentra en fase de experimentación, por lo que requiere una comprobación más exhaustiva, que corrobore los resultados obtenidos en este trabajo.

Además, la ausencia de datos (hasta el momento) sobre el seguimiento de los sujetos, no permite conocer la evolución del grupo, aspecto de gran relevancia para determinar la auténtica utilidad de este programa del tratamiento, a largo plazo. Por lo tanto, y a pesar de los resultados obtenidos, se requiere un periodo de seguimiento y la presentación de los resultados correspondientes para observar la evolución seguida por los sujetos y en última instancia, poder conocer la eficacia del tratamiento de cara a su aplicación a otros grupos de hematófóbicos.

#### AGRADECIMIENTO

Los autores agradecen la colaboración como terapeutas en el equipo de investigación a Lidia Catalina, M. Estrella Sánchez de Ibarguen, M.<sup>a</sup> José Gutiérrez, M.<sup>a</sup> José Barcia, Salvador Herrero y Francisco Moreno así como a los profesionales del Hospital Virgen Macarena de Sevilla que han hecho posible la realización de este estudio acerca del tratamiento psicológico de la fobia a la sangre.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Agras S, Sylvester M, Oliveau D. The epidemiology of common fear and phobia. *Comprehensive Psychiatry* 1969; 10: 151-156.
2. Borda M, Baez C, Echeburúa E. Tratamiento de exposición en un caso de fobia a la sangre. *Análisis y Modificación de Conducta* 1993; 66: 583-607.
3. Krochach M. The difficult denture patient. *International Journal of Psychosomatics* 1991; 38: 58-63.
4. Marks IM. *Fears, Phobias and Rituals*. New York. Oxford University Press 1987.
5. Marks IM, Mathews A. Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy* 1979; 17: 263-267.
6. Öst, LG. Blood and injection phobia: Background and cognitive, physiological, and behavioral variables. *Journal of Abnormal Psychology* 1992; 101: 68-74.
7. Öst LG, Sterner V, Lindahl IL. Psychological responses in blood phobias. *Behaviour Research and Therapy* 1984; 22: 109-117.
8. Öst LG, Sterner V. Applied tension: A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy* 1987; 25: 397-409.
9. Öst LG, Fellenius J, Sterner V. Applied tension, Exposure in Vivo and Tension only in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy* 1987; 29: 561-574.
10. Vázquez MI, Buceta JM. Características peculiares de la fobia a la sangre, las enfermedades y las lesiones físicas: posibles implicaciones terapéuticas. *Psiquis* 1990; XI: 42-47.
11. Yule W, Y Fernando P. Blood-phobia-beware. *Behaviour Research and Therapy* 1980; 18: 587-590.