

TRATAMIENTO DE EXPOSICION EN UN CASO DE FOBIA A LA SANGRE

Mercedes Borda Más *

Concepción Báez Gallo **

Enrique Echeburúa Odriozola **

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

**Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Universidad del País Vasco.

RESUMEN

En este artículo se describe el tratamiento con exposición en un caso de fobia a la sangre. El paciente, un joven de 25 años, manifestaba malestar por hematofobia desde hacía 2 años. El programa consistió en 8 sesiones de exposición en imaginación y 14 sesiones de exposición en vivo a los estímulos evocadores de ansiedad durante 45-60 minutos por sesión, acompañado de autoinstrucciones, modelado y entrenamiento en tensión-relajación. Tras un año de seguimiento, el paciente se encontraba muy mejorado, con una reducción considerable en las conductas problemáticas y una mayor adaptación global. Se comentan las implicaciones de este caso para la investigación clínica y la práctica profesional.

Palabras clave: FOBIA A LA SANGRE. EXPOSICION. TRATAMIENTO.

SUMMARY

In this paper the treatment of a blood phobia with exposure is described. The patient, a 25-year-old single man, reported a serious

trouble from his haematophobia for two years. The treatment consisted of 8 imaginal desensitization sessions and 14 in-vivo exposure to anxiety evocative stimuli sessions, administered in 45-60 minutes sessions, together with autoinstructions, modelling and progressive relaxation procedure. At the end of 1 year follow-up the patient was much improved, with an important reduction in target problems and an overall adaptation. The implications of this case for clinical research and practice are discussed.

Key-Words: BLOOD PHOBIA. EXPOSURE. TREATMENT.

INTRODUCCION

La fobia a la sangre es mucho más que la mera aprensión natural que muchas personas experimentan ante la vista de la sangre y de las heridas. Esta fobia -no acompañada habitualmente de ansiedad generalizada- puede llevar a los pacientes que la sufren a rehuir actuaciones médicas importantes para la salud (intervenciones quirúrgicas, transfusiones de sangre, etc.), a evitar embarazos (por la asociación del parto con sangre y con exploraciones médicas) e incluso a eludir ciertos estudios atractivos, como los de enfermería o medicina. Esta fobia, como todas las fobias de los adultos, no remite espontáneamente y tiende, por ello, a ser muy persistente en el tiempo, mantenida fundamentalmente por reforzadores negativos.

A diferencia de otras fobias, el miedo a la sangre y a las heridas es el único que no produce miedo propiamente, sino una respuesta bifásica: *taquicardia* en un primer momento, como en el resto de las fobias, pero *enlentecimiento posterior del ritmo cardiaco* (30 o 45 pulsaciones por minuto), *náusea* (no acompañada de vómitos) y *mareo* (acompañado de sudor y de palidez), que puede llevar al *desvanecimiento*. Las respuestas de evitación -más por el temor al desmayo que por el miedo propiamente dicho- son la consecuencia de todo ello (Stephoe y Coardale, 1988; Thyer, Himle y Curtis, 1985; Vázquez y Buceta, 1990).

Los fóbicos a la sangre y a las heridas responden, sin embargo, con respuestas de taquicardia y de miedo ante otro tipo de estímulos ansiógenos. Por otra parte, estos pacientes difieren de las personas normales en el grado, no en el tipo, de la reacción cardiovascular a la sangre o a las heridas (Echeburúa, 1994).

La bradicardia ante los estímulos de sangre puede ser una pauta de respuesta similar a las reacciones de inmovilidad tónica que se observan en muchas especies animales ante determinados elementos generadores de temor (Marks, 1981). Desde esta perspectiva, quizá los estímulos suscitadores del miedo a la sangre contengan un alto grado de predisposición biológica (o *preparedness*) que, junto con experiencias tempranas de aprendizaje, permitan explicar las conductas implicadas en este tipo de fobia (Gallup, Ledbetter y Maser, 1976).

La fobia a la sangre, las enfermedades y las lesiones físicas constituye una de las fobias más comunes entre los adultos en la población general (Agras, Sylvester y Oliveau, 1969; Yule y Fernando, 1980), con una mayor incidencia, como en el resto de las fobias, entre mujeres que entre hombres (Öst, Sterner y Lindahl, 1984).

Los antecedentes de fobia a la sangre entre los familiares de los pacientes son muy altos (se dan entre el 60% - 70% de los casos) y suponen una tasa de 3 a 6 veces superior que la existente en el resto de otras fobias. A diferencia de otras fobias en los adultos, las manifestaciones clínicas de este trastorno hunden sus raíces en la infancia, con una edad media de aparición de en torno a los 7 años (Marks, 1987; Öst et al., 1984).

A pesar de la alta tasa de prevalencia de sujetos aquejados por la fobia a la sangre, son muy pocos los estudios controlados que hayan puesto a prueba diferentes estrategias de intervención para el tratamiento de esta fobia y hayan obtenido resultados concluyentes (Öst, Fellenius y Sterner, 1991).

Las técnicas terapéuticas utilizadas en el tratamiento de esta fobia han sido la *exposición*, bien en imaginación y/o en vivo, y la *tensión aplicada*.

El tratamiento de exposición debe hacerse cuando el paciente se halla tumbado, por lo menos en las primeras fases de la terapia. De este modo, cuando el ritmo cardiaco empieza a descender a través de una inhibición vasovagal, se garantiza la aportación de sangre al cerebro y, por tanto, las posibilidades de desmayo se reducen considerablemente.

El objetivo terapéutico del tratamiento de *exposición* no es, como en otras fobias, reducir el ritmo cardiaco frente a los estímulos evocadores, sino, por el contrario, aumentarlo. La exposición debe referirse a objetivos significativos para el paciente, como la extracción de sangre, las curas domésticas, etc. Las posibilidades de exposición real en la vida cotidiana pueden no ser muchas. En este caso puede ser de interés el recurso a *exposiciones filmadas* (películas de operaciones quirúrgicas, accidentes de tráfico, transfusio-

nes de sangre, etc.) o a la *exposición en imaginación* (imaginarse, por ejemplo, el paciente que sufre un accidente, tiene varias heridas en las piernas y es curado de ellas). La tarea siguiente puede ser someterse a extracciones periódicas en un centro de donantes de sangre.

El procedimiento de *tensión-relajación* tiene por objetivo evitar el desvanecimiento por caída de la presión sanguínea a base de enseñar al paciente a tensar los músculos. Según el primer estudio comparativo de Öst et al. (1984), la exposición es ligeramente más efectiva que la tensión-relajación en el postratamiento, pero esta superioridad se desvanece en el seguimiento. Por ello, el método de tensión-relajación puede ser tan efectivo como el de exposición, con la ventaja de no presentar los problemas motivacionales que a veces surgen en los pacientes con la exposición.

En un estudio posterior de Öst y Sterner (1987), se describe un procedimiento combinado *-la tensión aplicada-*, que consiste, en primer lugar, en aprender a reconocer las primeras señales de desmayo inminente y aplicar la tensión muscular para evitarlo, y, en segundo lugar, en utilizar la exposición a los estímulos fóbicos de sangre como estrategia de afrontamiento. Este procedimiento de tensión aplicada se ha mostrado superior a la relajación y a la exposición por separado (Öst, Sterner y Fellenius, 1989; Öst et al., 1991).

Queda aún por ver la eficacia diferencial de cada uno de los componentes (especialmente la exposición y la tensión muscular) que constituyen este programa terapéutico.

El interés del caso clínico presentado deriva de la aplicación integrada de un tratamiento de exposición en vivo, precedido de una exposición en imaginación a efectos motivacionales, y acompañado de la técnica de la tensión muscular, que se ha mostrado efectiva para hacer frente al desvanecimiento.

METODO

Sujeto

El paciente es un joven de 25 años, soltero, estudiante de Ingeniería. Es el hijo menor de una familia compuesta por cinco hermanos (3 mujeres y 2 varones). Actualmente es el único hermano que permanece en el hogar familiar acompañado de su madre (viuda desde hace 7 años). Acude al Centro de Salud Mental remitido por el especialista de la Sección de Psiquiatría del

Hospital General de San Sebastián, quien a su vez fue requerido en interconsulta por la Sección de Cardiología del mismo Hospital. El equipo de Cardiología consideraba que "es un paciente al que no nos atrevemos a operar por miedo a producirse un paro cardíaco durante la intervención".

El primer episodio se dio a los 12 años, si bien no se consideró más que un hecho aislado. En esta ocasión, se mareó -tras ponerle una inyección- mientras su hermana (auxiliar de clínica) le tomaba la tensión.

El comienzo de la situación actual se produjo durante el período del Servicio Militar. El suceso se desarrolló por la noche en uno de los barracones. Su compañero de habitación le describió con cierto detalle cómo el día anterior habían tenido que pasar por la enfermería algunos reclutas para ser vacunados. En ese momento, se mareó y cayó al suelo, partiéndose el labio. Le condujeron con rapidez al Servicio de Urgencias del hospital. Sorprendido el personal del Centro por el mareo, y para determinar la causa del mismo, intentaron hacerle un análisis de sangre. De nuevo se produjo un segundo mareo, por lo que renunciaron a llevarlo a cabo. Finalmente, al intentar coserle el labio, se volvió a marear y, por ello, no pudieron darle los puntos. Este episodio le supuso una gran intranquilidad ya que, a raíz de los comentarios de la enfermera, atribuyó lo ocurrido a un trastorno cardiovascular.

La hermana, en un intento de evaluar adecuadamente el problema, acudió con él al cardiólogo del hospital donde trabajaba. De nuevo, tras la exploración médica, antes de ponerle una inyección para hacer un análisis de sangre, se mareó.

En este intervalo de tiempo sufrió una caída en la que se lesionó la rodilla. Como resultado de esta secuencia de sucesos, le enviaron al Hospital Militar de Zaragoza para un estudio más exhaustivo, y quedó liberado del Servicio Militar.

Trasladado a San Sebastián, y al considerar el especialista necesaria una intervención quirúrgica para la lesión de rodilla, se dirigió al Hospital General, pero, dado su historial y el diagnóstico clínico del Hospital Militar de Zaragoza -"cuadro sincopal vasovagal bradicardia extrema"-, no se estimó oportuna la operación. En cambio, se solicitó al psiquiatra del Hospital que revisara el caso, remitiéndose al paciente al Centro de Salud Mental, donde se le diagnosticó de fobia a la sangre.

Actualmente, al acudir a la consulta, el paciente presenta un cuadro severo. Expresa verbalmente: "No puedo oír hablar ni acudir a ningún lugar donde vea inyecciones o sangre ni entrar a hospitales". Por este motivo, tiende a

evitar el contacto con ambientes hospitalarios e incluso los comentarios con otras personas de temas referidos a sangre, heridas u operaciones. Cuando se enfrenta a determinados estímulos que no puede evitar (por ejemplo, un accidente en una película o en un reportaje de TV) presenta una respuesta psicofisiológica con manifestación de los síntomas en dos fases. En un primer momento, los síntomas más frecuentes son: sudoración en las manos, palidez, sensación de frialdad o humedad en la piel, movimientos de piernas al cruzarlas e hiperactividad vegetativa. Posteriormente, en una segunda fase, se producen los síntomas más específicos de la fobia: bradicardia vasovagal e hipotensión, desmayo y pérdida de conocimiento y, por último, los ojos en blanco y convulsiones. Esta situación termina con un gran agotamiento físico.

Si bien en este paciente se observa una importante respuesta conductual y psicofisiológica, a nivel cognitivo no se percibe una repercusión excesiva. No obstante, manifiesta estar preocupado por el hecho de haber tenido estas supuestas alteraciones cardiovasculares y por el temor a experimentar un nuevo ataque que le pueda producir la muerte o, cuando menos, algún grado de invalidez.

El paciente se considera una persona sana, sin enfermedades físicas ni complicaciones orgánicas serias. El desarrollo evolutivo es normal y no tiene antecedentes de fobia en la familia. Aparte del problema que le trae a la consulta, no ha padecido ninguna enfermedad física ni ningún trastorno de conducta, así como ninguno de los miembros de su familia. Se considera una persona alegre, abierta, sin un excesivo círculo de amistades e interesado por la carrera y los estudios -en los que invierte una gran parte del tiempo-. El hecho de obtener buenos resultados académicos es una fuente de satisfacción para él. Actualmente no tiene pareja. Esquiar, leer, las actividades al aire libre y, sobre todo, la informática son las preferencias del paciente. No consume alcohol ni tabaco.

Procedimiento

a) Evaluación

El proceso de evaluación se efectuó en dos sesiones.

En la primera sesión se llevó a cabo la historia clínica del paciente, en la que se recogieron aspectos biográficos y datos relacionados con la fobia:

TABLA 1.- Resultados en los cuestionarios y escalas antes del tratamiento

Cuestionarios y escalas	Puntuaciones
<u>Cuestionario de Temores</u> (Wolpe y Lang, 1964)	
<i>Escala General</i> (rango: 122-610)	178
<i>Escala de Hematofobia</i> (rango: 10-50)	38
1. (ítem 2) Heridas abiertas	4
2. (ítem 13) Los dentistas	3
3. (ítem 22) Que le pongan inyecciones	4
4. (ítem 29) Ver cómo ponen una inyección a otra persona	3
5. (ítem 53) Presenciar operaciones quirúrgicas-	4
6. (ítem 56) Sangre humana	5
7. (ítem 60) Posibilidad de ser sometido a una operación quirúrgica	5
8. (ítem 63) Olores a medicinas u hospitales	4
9. (ítem 104) Que le miren por rayos X	2
10. (ítem 117) Reconocimientos médicos	4
<i>Ítems específicos</i> (rango: 1-5)	
11. (ítem 69) Arritmias cardíacas	5
<u>Escala de Adaptación</u> (Borda y Echeburúa, 1991)	
<i>Subescala de Adaptación Global</i> (rango: 0-5)	4

comienzo del problema, desarrollo del mismo, situación actual, repercusiones en su vida, reacción de los familiares ante el problema, etc. La duración de esta sesión fue de alrededor de 1 hora.

En la segunda sesión se procedió a cumplimentar un material de evaluación más específico. En primer lugar, se utilizó el *Cuestionario de Temores* (Wolpe, 1964), que es un autoinforme compuesto por 122 ítems valorados en una escala de 1 a 5 (1 = en absoluto; 5 = muchísimo), diseñado para evaluar la severidad de los temores, y, posteriormente, una *Escala de Adaptación* (Borda y Echeburúa, 1991) para determinar en qué medida afectaba el problema a su vida en general (0 = nada; 5 = muchísimo). Los resultados obtenidos en estas pruebas figuran en la Tabla 1.

TABLA 2.- Grado de dificultad de las conductas-objetivo antes del tratamiento

Conductas-objetivo	Grado de dificultad (0 - 10)
1. Acudir al dentista para hacerse una revisión de boca	7
2. Ir a hacerse una prueba médica o reconocimiento médico (radiografía...)	5
3. Hablar de intervenciones médicas con otras personas	9
4. Ver fotografías o documentales sobre enfermedades, operaciones o heridas en otras personas	7,5
5. Ver utilizar instrumental médico en personas con heridas (hacer curas...)	8
6. Ponerse una inyección intramuscular	8,5
7. Extraerse sangre mediante inyección intravenosa	10
Total	55

Además, junto a estas dos pruebas, se elaboró conjuntamente entre el terapeuta y el paciente un listado de *conductas-objetivo*, que eran conductas relacionadas con el problema y que iban a servir de base para planificar el tratamiento. En cada una de ellas se valora el *grado de dificultad* (0 = nada de dificultad; 10 = dificultad extrema) percibido por el paciente, que guarda una estrecha relación con el nivel de evitación de dicha conducta. El listado de las conductas-objetivo, así como el grado de dificultad correspondiente, figuran en la Tabla 2. La duración de esta entrevista fue de 1 hora.

Finalmente, y a modo orientativo, se formularon tres cuestiones de interés clínico, que se valoraron por la terapeuta subjetivamente de la siguiente manera:

- Expectativas ante el tratamiento: 3
(0 = nada; 5 = muchísimo)
- Nivel de compromiso con el tratamiento: 4
(0 = nada; 5 = muchísimo)
- Grado de motivación: 2-3
(0 = nada; 5 = muchísimo)

Estas tres preguntas se formularon por segunda vez tras la información y explicación concreta de la estructura del programa de tratamiento. Se observó una ligera modificación en cuanto al grado de motivación -aumentó al exponerle las consecuencias favorables que podría obtener con la mejora de la fobia-, pero, a pesar de esto, se mostró reticente a la hora de tenerse que implicar activamente en el tratamiento. De hecho, presentó algunas conductas de evitación a la consulta en las primeras sesiones alegando motivos académicos.

b) Hipótesis explicativa y motivación para el tratamiento

Terminada la fase de evaluación, se llevó a cabo una explicación detallada y clara sobre el problema y, fundamentalmente, sobre los factores que actualmente lo estaban manteniendo.

En este sentido, en primer lugar, se le informó acerca de varios conceptos:

- El concepto de *ansiedad* y la importancia de ésta en la vida del individuo, en la medida en que actúa como un mecanismo de defensa y prepara al organismo para estar alerta en situaciones de mayor riesgo.
- La diferencia entre *ansiedad normal* y *ansiedad patológica*. Se hizo énfasis en que, mientras la *ansiedad normal* prepara al organismo para la defensa, la *ansiedad patológica* interfiere en el control de la vida de una persona y puede provocar diversos trastornos o alteraciones.
- El concepto de *fobia*. Se explicó el significado de este término -en comparación con el de *miedo*- y se pusieron ejemplos de diferentes manifestaciones o síntomas pertenecientes a los tres niveles de respuesta.

Posteriormente, se hizo alusión con mayor detalle al patrón de respuesta psicofisiológico específico de la fobia a la sangre y se aplicó toda esta información a su caso en particular.

La fobia a la sangre, si bien no está claro el origen de la misma, tiende a presentar las primeras manifestaciones durante la infancia. No obstante, aunque en este paciente se produce un primer hecho esporádico al final de esta etapa o en la preadolescencia, no es hasta la década de los veinte años cuando adquiere un valor propiamente clínico.

Actualmente, y como consecuencia de diversos acontecimientos que originan la puesta en contacto con ambientes hospitalarios, es la época de mayor intensificación de la fobia. Entre el primer episodio y la situación actual, que arranca a partir del Servicio Militar, no se manifestó propiamente la fobia, pero sí una evitación sutil que se reflejaba en aplazamientos temporales de situaciones que guardarán relación con estímulos como la sangre o los hospitales (por ejemplo, ir al dentista, hacerse revisiones médicas, etc.) mediante justificaciones del tipo de "no tengo tiempo", "tengo que estudiar", "iré en vacaciones", etc.

A partir del ingreso en el ejército, y tras sucesivas exposiciones a determinados estímulos (una conversación sobre vacunación, ver la jeringuilla para hacerle un análisis de sangre o la aguja para coserle el labio), se va produciendo una mayor sensibilización en el paciente, quizá facilitada por el carácter repetitivo y breve de dichas exposiciones. El resultado es que el mero hecho de oír alguna conversación sobre el tema genera en él una respuesta de ansiedad que termina en bradicardia, pérdida de conocimiento y desmayo. La respuesta de desmayo actúa a modo de escape de la situación aversiva. De esta manera, el desmayo influye en el mantenimiento del pro-

blema al quedar reforzada *negativamente* la respuesta de ansiedad mediante la evitación de la exposición con el estímulo conflictivo y *positivamente* mediante la exclusión del Servicio Militar. Por otro lado, el temor a morir o a quedar lesionado del corazón tras un nuevo ataque contribuye, en cierta medida, a evitar la presencia de tales estímulos aversivos.

Una vez planteada la hipótesis explicativa, se le explicó que, dado que las alteraciones más severas se reflejaban a nivel conductual y psicofisiológico, el programa de tratamiento se centraría, básicamente, en estas dos áreas y, en segundo lugar, se orientaría a discutir sobre pensamientos, creencias, etc., referidos al problema.

Las estrategias que se utilizaron para conseguir motivar al paciente fueron dos:

- Por una parte, el hecho de que el paciente no pudiera comentar con sus familiares o amistades que tenía miedo a la sangre, ya que no le comprendían, le hacía pensar que era una persona con un problema fuera de lo normal.

El descubrimiento de que una persona significativa para él (el propio terapeuta) hubiera padecido (y superado) el mismo tipo de fobia le supuso un alivio de su preocupación, a la vez que le sirvió para utilizarle como modelo a seguir.

- Por otro lado, el hacerle consciente al paciente de los beneficios a largo plazo que podría obtener con la mejora de la situación actual (por ejemplo, operarse de la rodilla, acudir al dentista, poder viajar sin miedo a que le pasara algún incidente y tuviera que acercarse a un centro hospitalario, el poder ayudar a otra persona en caso de necesidad, etc.) contribuyó a mantener la motivación a largo plazo en el tratamiento.

c) Tratamiento

La intervención se llevó a cabo durante 3 meses. En las 10 primeras semanas se realizaron dos sesiones por semana (20 sesiones) y en las dos últimas se redujo a una sesión semanal, con una duración aproximada de entre 45-60 minutos por sesión.

El programa de tratamiento consistió en la *exposición gradual en imaginación* (que es menos molesta para el paciente y le facilita la motivación para el tratamiento) en el caso de las tres primeras conductas-objeti-

vo y en la *exposición gradual en vivo* en el caso de las cuatro restantes (Tabla 2).

Las conductas-objetivo se refieren a situaciones que actualmente son evitadas (en mayor o menor medida) debido al grado de malestar que producen.

En primer lugar, se seleccionó aquella conducta-objetivo que le suponía al paciente un menor grado de dificultad (*acudir al dentista*) y, posteriormente, se siguió el mismo procedimiento con el resto de las conductas. Es decir, una vez superada una conducta-objetivo, se pasaba a la que el paciente se sentía menos incapaz de hacer frente, que coincidía, habitualmente, con la puntuación más baja en la escala del grado de dificultad. El criterio para determinar que una conducta-objetivo dejaba de crear dificultad era: a) dar una puntuación entre 2-3 en dicha subescala, que suponía no emitir respuestas de evitación, y b) no producirse mareo, desmayo ni pérdida de conocimiento cuando se realizaba la misma tarea durante al menos tres veces consecutivas.

Cada vez que se iniciaba con una conducta-objetivo, se marcaban al paciente los pasos a seguir y se le instruía de modo conveniente en las estrategias específicas para hacer frente a cada una de las exposiciones (respiraciones, control de síntomas psicofisiológicos, etc.).

Se le enseñó a detectar las primeras señales de activación psicofisiológica (taquicardia, sudoración, etc.) con el fin de controlarlas y aplicar la *tensión relajación* a lo largo de la exposición.

TABLA 3.- Programa de tratamiento

CARACTERISTICAS GENERALES

- * N° de sesiones: 22
- * Periodicidad:
 - * 2 sesiones semanales durante 10 semanas
 - * 1 sesión semanal durante las dos últimas semanas
- * Duración de cada sesión: 45-60 minutos
- * Duración total: 12 semanas
- * Profesionales: 1 terapeuta y 1 coterapeuta.

TABLA 4.- Composición del programa

CONDUCTA- OBJETIVO	SESIONES	TECNICA	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
1	1-3	EXPOSICION EN IMAGINACION	* RESPIRACIONES * CONTROL DE SINTOMAS PSICOFISIOLOGICOS * RELAJACION/TENSION
2	4-6	EXPOSICION EN IMAGINACION	* RESPIRACIONES * CONTROL DE SINTOMAS PSICOFISIOLOGICOS * RELAJACION/TENSION
3	7 y 8	EXPOSICION EN IMAGINACION	* RESPIRACIONES * CONTROL DE SINTOMAS PSICOFISIOLOGICOS * RELAJACION/ TENSION
4	9 y 10	EXPOSICION EN VIVO	* RESPIRACIONES * CONTROL DE SINTOMAS PSICOFISIOLOGICOS * RELAJACION/TENSION * AUTOINSTRUCCIONES POSITIVAS
5	11-13	EXPOSICION EN VIVO	* RESPIRACIONES * CONTROL DE SINTOMAS PSICOFISIOLOGICOS * RELAJACION/TENSION * AUTOINSTRUCCIONES POSITIVAS * MODELADO (COTERAPEUTA)
6	14-16	EXPOSICION EN VIVO	* CONTROL DE SINTOMAS PSICOFISIOLOGICOS * RELAJACION/TENSION * AUTOINSTRUCCIONES POSITIVAS * MODELADO (COTERAPEUTA) * APROXIMACIONES SUCESIVAS

7	17-19	EXPOSICION EN VIVO	* CONTROL DE SINTOMAS PSICOFISIOLOGICOS * RELAJACION/TENSION * AUTOINSTRUCCIONES POSITIVAS * MODELADO (COTERAPEUTA) * APROXIMACIONES SUCESIVAS
	20-22	TAREAS DE EXPOSICION ENTRE SESIONES	* CONTROL DE SINTOMAS PSICOFISIOLOGICOS * RELAJACION/TENSION * AUTOINSTRUCCIONES POSITIVAS

Las *autoinstrucciones positivas* se utilizaban como estrategia de motivación antes de enfrentarse a la situación problema (por ejemplo, "esta vez voy a ser capaz de aguantar", "sé que soy capaz de hacerlo", "ahora he aprendido a hacer frente a mi problema"); como estrategia de afrontamiento durante la exposición (por ejemplo, "tranquilo, sé que puedo hacerlo", "lo estoy haciendo bien", "no resulta tan imposible como pensaba"); y como autorrefuerzo al terminar la exposición (por ejemplo, "he estado bien", "poco a poco lo voy consiguiendo", "estoy satisfecho con mi progreso", etc.).

La presencia del *coterapeuta* fue fundamental en las sesiones de tratamiento. El coterapeuta fue la enfermera del Centro. Además de participar en el desarrollo del programa, colaboró como modelo a seguir en las tareas de exposición. La observación del paciente al coterapeuta, mediante aproximaciones sucesivas a las situaciones-problema, permitió que de modo gradual fuera controlando sus propias respuestas antes de realizar las tareas por sí mismo.

Las características generales del tratamiento y la composición del programa se reflejan en las tablas 3 y 4, respectivamente.

El desarrollo del programa de tratamiento fue el siguiente:

SESIONES: 1 - 3

1ª Conducta-objetivo: *Acudir al dentista para hacerse una revisión de la boca*

Ítems:

- * Hablar con alguien que necesita ir al dentista

- * Pensar que falta una semana para acudir al dentista
- * Pensar que falta un día para acudir al dentista
- * Encontrarse en el momento previo a ir al dentista
- * Estar en la sala de espera
- * Estar sentado en la butaca del dentista
- * El dentista revisa la boca para hacer un presupuesto.

Número de sesiones: 3

SESIONES: 4 - 6

2ª Conducta-objetivo: *Ir a un hacerse una prueba o reconocimiento médico*

Ítems:

- * Acudir a un centro médico
- * Pedir cita para una prueba médica
- * Acudir a la sala de espera
- * Ver al personal sanitario
- * Entrar en la sala donde se realiza el reconocimiento
- * Realizar el médico una exploración o reconocimiento.

Número de sesiones: 3

SESIONES: 7 y 8

3ª Conducta-objetivo: *Hablar de intervenciones médicas con otras personas*

Ítems:

- * Comentar con conocidos la conveniencia de acudir al médico cuando se tiene alguna dolencia
- * Acudir a un centro médico para pedir cita
- * Acudir a la sala de espera y observar a las personas que están esperando para ser recibidas por el médico
- * Escuchar a las personas de la sala comentarios sobre operaciones e intervenciones médicas
- * Incorporarse a la conversación con otras personas de la sala sobre operaciones e intervenciones médicas.

Número de sesiones: 2

SESIONES: 9 y 10

4ª Conducta-objetivo: *Ver fotografías o documentales sobre enfermedades, operaciones o heridas en otras personas.*

Presentación de fotografías, diapositivas y vídeos sobre:

- * Heridas cerradas o cicatrices

- * Heridas limpias (sin sangre)
- * Heridas con sangre
- * Personas con heridas.

Número de sesiones: 2

SESIONES: 11 - 13

5ª Conducta-objetivo: *Ver utilizar instrumental médico en personas con heridas (hacer curas)*

- * Introducción de una situación estimular relacionada con:
 - Revisiones/reconocimientos médicos
 - Heridas
- (A) Sin manipulación del instrumental por parte del paciente
- (B) Con manipulación del instrumental por parte del paciente
 - (A) Para control médico:
 - Aparato de auscultar los latidos cardíacos (fonendoscopio)
 - Aparato de tomar la tensión (esfigmomanómetro)
 - Para limpieza de heridas:
 - Instrumental: pinzas y tijeras
 - Material antiséptico (alcohol, agua oxigenada, iodo)
 - (B) Repetición de toda la secuencia, en este caso con manipulación por parte del paciente de los instrumentos
- * Video sobre el manejo de instrumental médico en una intervención quirúrgica.

Número de sesiones: 3

SESIONES: 14 -16

6ª Conducta-objetivo: *Ponerse una inyección intramuscular*

- * Observación a otra persona manipulando el instrumental:
 - ampolla, jeringuilla y aguja
- * Manipulación del paciente del mismo instrumental
- * Observación de la preparación de una inyección:
 - tumbado
 - sentado
 - de pie
- * Observación de poner una inyección a una tercera persona:
 - tumbado
 - sentado
 - de pie
- * Ponerse una inyección intramuscular en el brazo:

- tumbado
- sentado.

Número de sesiones: 3

SESIONES: 17 -19

7ª Conducta-objetivo: *Extraerse sangre mediante inyección intravenosa*

- * Manipulación del instrumental:
 - Goma elástica, jeringuilla, aguja y tubo de análisis (vacío y con sangre)
- * Observación de la preparación de la jeringuilla y de la zona del brazo donde se realiza la extracción:
 - Limpiar la zona con algodón y alcohol
 - Preparar los tubos
 - Colocar la goma en el antebrazo
 - Colocar la aguja en la jeringuilla
 - Palpar las venas

Se efectúa:

- Tumbado
- Sentado
- De pie
- * Observación de la extracción de sangre a otra persona:
 - Tumbado
 - Sentado
 - De pie
- * Realización de la extracción de sangre al paciente:
 - Tumbado
 - Sentado.

Número de sesiones: 3

SESIONES: 20 - 22

Se llevaron a cabo tareas de exposición entre sesiones que consistieron en:

- Ir al ambulatorio para hacerse análisis de sangre:
 - * acompañado por la coterapeuta al otro Centro
 - * acompañado de la enfermera del ambulatorio
- Pedir cita para acudir al cardiólogo
- Permanecer durante un tiempo en la zona de urgencias del hospital
- Realizar un curso de socorrismo.

TABLA 5.- Resultados en los cuestionarios y escalas antes y después del tratamiento y durante los seguimientos (en meses)

Cuestionarios y escalas	Puntuaciones				
	Pre	Post	1 m	3 m	12 m
<u>Cuestionario de Temores</u> (Wolpe y Lang, 1964)					
<i>Escala de Hematofobia</i> (rango: 10-50)	38	16	15	13	12
1. Heridas abiertas	4	2	2	2	2
2. Los dentistas	3	1	1	1	1
3. Que le pongan inyecciones	4	2	2	2	2
4. Ver cómo ponen una inyección a otra persona	3	2	1	1	1
5. Presenciar operaciones quirúrgicas	4	1	2	1	1
6. Sangre humana	5	2	2	2	1
7. Posibilidad de ser sometido a una operación quirúrgica	5	3	2	1	1
8. Olores a medicinas u hospitales	4	1	1	1	1
9. Que le miren por rayos X	2	1	1	1	1
10. Reconocimientos médicos	4	1	1	1	1
<i>Ítems específicos</i> (rango: 1-5)					
11. Arritmias cardíacas	5	2	1	1	1
<u>Escala de Adaptación</u> (Borda y Echeburúa, 1991)					
<i>Subescala de Adaptación Global</i> (rango: 0-5)	4	1	1	1	1

TABLA 6.- Grado de dificultad de las conductas-objetivo a lo largo del tratamiento y del seguimiento (en meses)

Conductas-objetivo	Grado de dificultad (0 - 10)				
	PRE	POST	1 M.	6 M.	12 M.
PUNTUACION TOTAL	55	9,5	7,5	6,5	5,5
1. Acudir al dentista para hacer una revisión de boca	7	0,5	0	0	0,5
2. Ir a hacerse una prueba médica o reconocimiento médico (radiografía..)	5	0,5	1	0,5	0,5
3. Hablar de intervenciones médicas con otras personas	9	1	0	0	0
4. Ver fotografías o documentales sobre enfermedades, operaciones o heridas en otras personas	7,5	1,5	2	1	1
5. Ver utilizar instrumental médico en personas con heridas (hacer curas..)	8	2	1	1	1
6. Ponerse una inyección intramuscular	8,5	2	2	2	1
7. Extraerse sangre mediante inyección intravenosa	10	2	1,5	2	1,5

RESULTADOS

Una vez terminadas las sesiones de tratamiento, se marcó un período de seguimiento de un año. Durante este tiempo se efectuaron varios controles -al mes, seis meses y doce meses- con el fin de verificar, por un lado, si se había producido un mantenimiento de la mejoría conseguida durante la in-

tervención, y, por otro, para establecer objetivos a más largo plazo (por ejemplo, operarse de la lesión de rodilla, colaborar con Cruz Roja, etc.) (Tablas 5 y 6).

A través de los resultados obtenidos en las diversas pruebas en los diferentes momentos de evaluación, se observó una mejoría considerable en todas las medidas realizadas, con unos porcentajes de mejoría clínica similares a los beneficios obtenidos en el tratamiento de las fobias mediante técnicas de exposición en vivo (Echeburúa, 1992) (Tabla 7).

TABLA 7.- Porcentaje de mejoría clínica después del tratamiento y a los doce meses de seguimiento

CUESTIONARIOS Y ESCALAS	PRE-POST	PRE-12 M
Conductas-objetivo		
Grado de Dificultad	83%	90%
Cuestionario de Temores		
Escala de Fobia a la Sangre	78%	99%
Escala de Adaptación		
Subescala Global de Adaptación	75%	75%

Desde este punto de vista, el empleo de la técnica de la exposición en imaginación -en una primera fase- y en vivo, como técnica básica, produjo una mejoría del 83% en las conductas-objetivo al terminar el tratamiento, porcentaje que aumentó hasta el 90% en el último control de seguimiento. En otras palabras, la exposición del paciente a las situaciones-problema durante la intervención hizo que disminuyera de modo llamativo el nivel de evitación de las situaciones aversivas pasado un periodo de un año (Figura 1).

Estos resultados fueron concordantes con los obtenidos en la *Escala de Hematofobia del Cuestionario de Temores*, en la que se observó una disminución del grado de temor del 78% al terminar el tratamiento. Este porcentaje aumentó incluso hasta el 99% al año de seguimiento (Figura 2). Los resultados tienden, pues, a mantenerse e incluso a mejorar con el transcurso del tiempo.

FIGURA 1.- Evolución del grado de dificultad de las tareas a lo largo del tratamiento y los seguimientos

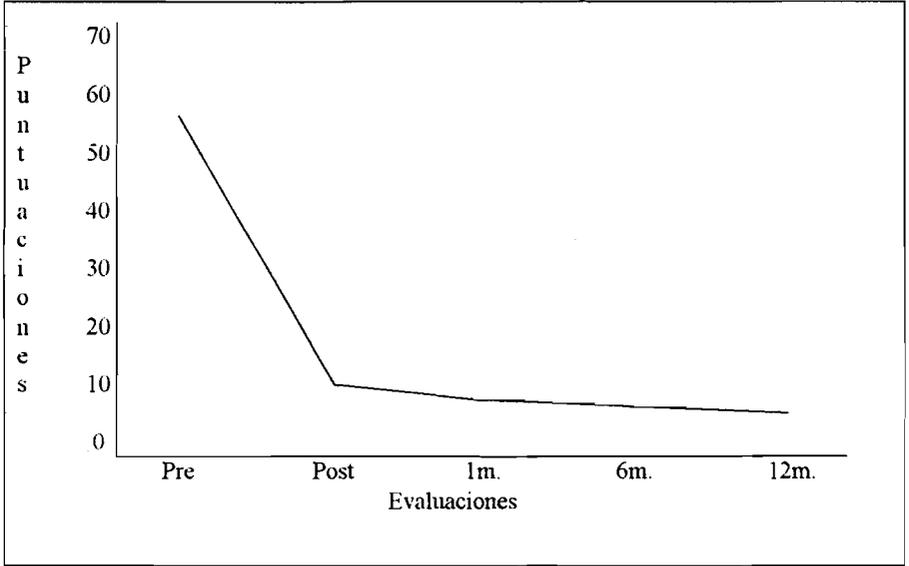


FIGURA 2.- Evolución del grado de adaptación a lo largo del tratamiento y los siguientes

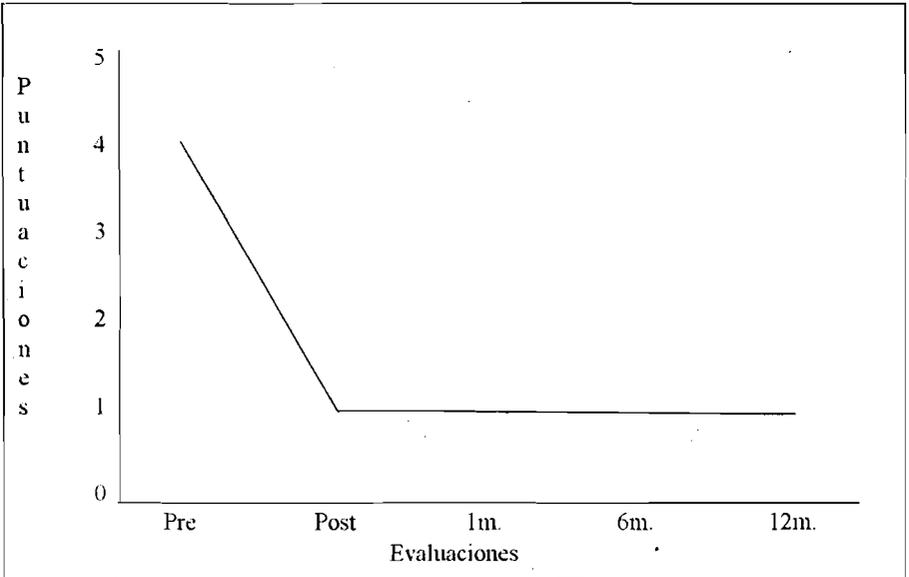
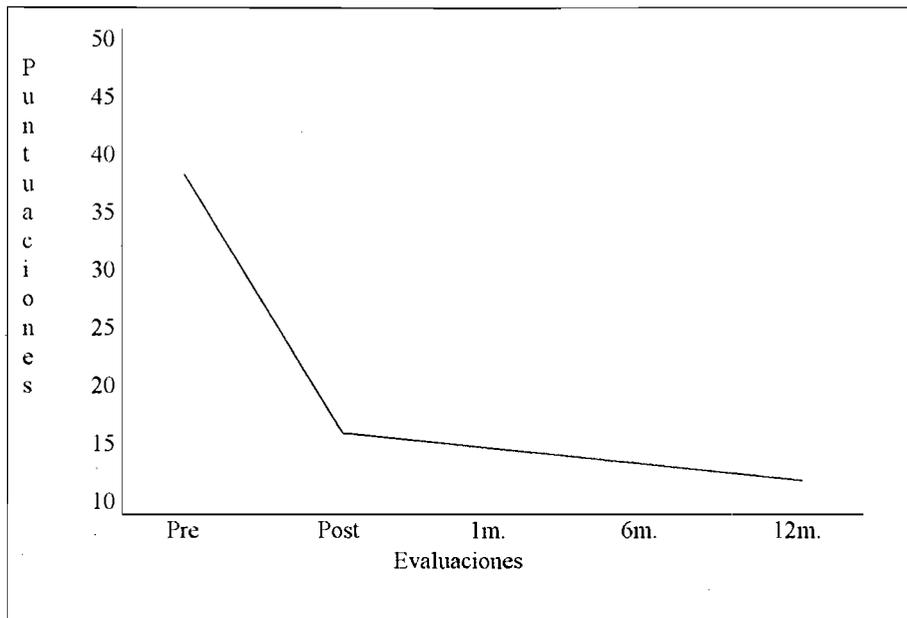


FIGURA 3.- Evolución de la fobia a la sangre a lo largo del tratamiento y los seguimientos



Finalmente, en la *Escala de Adaptación* -que valora el grado en que afecta el problema al manejo de su vida- los resultados también revelan una mejoría considerable al reducirse el 75% el nivel de inadaptación global tras el tratamiento. Este porcentaje se mantuvo al terminar el seguimiento (Figura 3).

CONCLUSIONES

Los resultados que se obtienen en el caso desarrollado en este trabajo ponen de manifiesto la eficacia del programa de tratamiento utilizado. No obstante, la información escasa e incompleta que se encuentra en la bibliografía no permite establecer comparaciones con otros estudios sobre la evolución seguida por los pacientes aquejados de hematófobia.

En este sentido, en los estudios llevados a cabo en los últimos 15 años con estudios de caso único (Esteve y Navarro, 1988), la técnica más frecuen-

temente utilizada es la *exposición en vivo* en combinación con otras técnicas como la *desensibilización sistemática* (Yule y Fernando, 1980) o la *reestructuración cognitiva* (Wardle y Jarvis, 1981), con resultados satisfactorios tras seis meses de seguimiento. Utilizado como procedimiento único, la exposición en vivo (Leitenberg, Wincze, Butz, Callahan y Agras, 1970; Lloyd y Deakin, 1975) produce efectos clínicos significativos. En cambio, los resultados de la exposición en imaginación son más contradictorios, con éxitos en algunos casos (Elmore, Wildman y Westefeld, 1980; Alario, 1989) y fracasos en otros (Cohn, Kron y Brady, 1976). No hay que olvidar que el método seguido en estos casos no responde a unos criterios homogéneos (en cuanto al número de sesiones, duración, tipo de exposición, etc.), por lo que estos datos deben ser considerados con cierta precaución.

La composición del programa de tratamiento elaborado para el paciente reflejado en este trabajo se muestra eficaz, ya que contribuye a producir un cambio en sentido positivo de las principales manifestaciones que presentaba antes de la intervención. Así, el manejo de la técnica de relajación/tensión y el aprendizaje de la detección de las primeras señales de activación contribuyen a la prevención de la disminución de la frecuencia cardíaca y, por tanto, de la pérdida de conocimiento. Otras estrategias, como las autoinstrucciones positivas o la observación de un modelo, pueden favorecer la exposición en la medida en que motivan y refuerzan el enfrentamiento con las situaciones-problema. Por otro lado, la desaparición de la bradicardia conlleva una actitud más favorable sobre la percepción de la supuesta lesión cardíaca, produciéndose un cambio a nivel cognitivo que influye tanto a nivel conductual como psicofisiológico en sentido positivo.

Un aspecto a señalar es el proceso de *generalización de conductas positivas* que se origina tras la intervención -similar a lo ocurrido en otro tipo de fobias-, como se pone de manifiesto con la realización de otras tareas ajenas a las prescritas (por ejemplo, la participación en un cursillo de socorrismo). Por otro lado, los ensayos de conducta con exposiciones largas y repetidas, que producen un mayor beneficio en la mejoría de los síntomas -en contraposición al efecto sensibilizador de las exposiciones breves-, contribuyen a aumentar la probabilidad de futuras exposiciones a conductas cada vez más complejas.

No obstante, y a pesar de los logros conseguidos en este paciente, caben plantearse algunas cuestiones de interés clínico. En primer lugar, si los resultados habrían sido similares habiendo empleado un número menor de sesiones; por otro lado, si el nivel de mejoría sería superior habiendo utilizado la

exposición en vivo desde el comienzo del tratamiento; y finalmente, si se podría haber conseguido mayor beneficio con sesiones de más duración. Queda asimismo por ver la eficacia diferencial de cada uno de los componentes (especialmente la exposición y la tensión muscular) que constituyen este programa terapéutico. La resolución de estas dudas daría lugar a que en futuras intervenciones se diseñara con más precisión un programa de tratamiento que contribuyera a disminuir el malestar generado por el enfrentamiento a los estímulos aversivos de la sangre, las heridas y las lesiones físicas.

Por último, la fobia a la sangre, heridas y lesiones físicas es un tipo de fobia escasamente conocido por los médicos y ATS. Desde la perspectiva de la psicología clínica, es fácilmente comprensible este problema dentro de los trastornos de ansiedad; sin embargo, y lamentablemente, ante cualquier dolencia, son en primer lugar los médicos y los enfermeros quienes intervienen a estos pacientes. En determinados casos, la intervención yatrógena y/o un diagnóstico no acertado contribuyen a empeorar el problema o a acentuar conductas hipocondríacas. Por ello, la intervención del psicólogo clínico en los Equipos de Atención Primaria y de Salud Mental desempeña un papel fundamental en la detección precoz y en el tratamiento adecuado de este problema.

BIBLIOGRAFIA

- Agras, S.; Sylvester, D. y Oliveau, D. (1969). The epidemiology of common fear and phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 151-156.
- Alario, S. (1989). Evaluación y tratamientos comportamentales de una fobia simple (hematofobia). En S. ALARIO (Ed.). *Estudios de casos en terapia del comportamiento*. Valencia. Promolibro.
- Borda, M. y Echeburúa, E. (1991). La autoexposición como tratamiento psicológico en un caso de agorafobia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 17, 993-1012.
- Cohn, C.; Kron, R. y Brady, J. (1976). A case of blood-illness-injury phobia treated behaviorally. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 162, 62-68.
- Echeburúa, E. (1992). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos de ansiedad*. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.
- Elmore, R.; Wildman, R. y Westefeld, J. (1980). The use of systematic desensitization in the treatment of blood phobia. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 11, 277-279.

- Esteve, R. Y Navarro, J.F.** (1988). Tratamiento conductual de la hematófobia: Modelado participativo vs exposición gradual "in vivo". *Análisis y Modificación de Conducta*, 39, 119-134.
- Gallup, G.G.; Ledbetter, D.H. y Maser, J.D.** (1976). Strain differences in tonic immobility: Evidence for an emotionality component. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 90, 1075-1081.
- Leitenberg, H.; Winze, J.P.; Butz, R.A.; Callahan, E.J. y Agras, S.W.** (1970). Comparison of the effects of instructions and reinforcement in the treatment of a neurotic avoidance response: a single case experiment. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychology*, 1, 53-58.
- Lloyd, G.G. y Deakin, H.G.** (1975). Phobias complicating treatment of uterine carcinoma. *British Medical Journal*, 5, 440.
- Marks, I.M.** (1981). *Cure and care of neurosis. Theory and Practice of Behavioral Psychotherapy*. New York. Wiley.
- Marks, I.M.** (1987). *Fears, Phobias and Rituals*. New York. Oxford University Press.
- Öst, L-G.; Lindahl, I-L.; Sterner, V. y Jerrelman A.** (1984a). Exposure in vivo vs applied relaxation in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 205-216.
- Öst, L-G.; Sterner, V. y Lindahl, I-L.** (1984b). Psychological responses in blood phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 109-117.
- 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 Fellenius, J.** (1989). Applied tension, applied relaxation, and the combination in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 109-121.
- Öst, L-G.; Fellenius, J. y Syerner, V.** (1991). Applied tension, exposure in vivo, and tension-only in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 27, 537-547.
- Septoe, A. y Wardle, J.** (1988). Emotional fainting and the psychophysiologic response to blood and injury: Autonomic mechanism and coping strategies. *Psychosomatic Medicine*, 50, 402-417.
- Thyer, B.A.; Himle J. y Curtis G.C.** (1985). Blood-injury-illness phobia: A review. *Journal of Clinical Psychology*, 41, 451-459.
- Vázquez, M.I. y Buceta, J.M.** (1990). Características peculiares de la fobia a la sangre, las enfermedades y las lesiones físicas: Posibles implicaciones terapéuticas. *Psiquis*, XI, 42-47.
- Wardle, J. y Jarvis, M.** (1981). The paradoxical fear response to blood injury and illness: A treatment report. *Behaviour Psychotherapy*, 9, 13-24.
- Wolpe, J. y Lang, P.** (1964). A fear survey schedule for use in behavior therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 2, 27-30.
- Yule, W. y Fernando, P.** (1980). Blood phobia-beware. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 587-590.