

TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA HEMATOFOBIA: MODELADO PARTICIPATIVO VS. EXPOSICION GRADUAL "IN VIVO" (1)

ROSA ESTEVE ZARAGOZA

JOSE FRANCISCO NAVARRO HUMANES

Departamento de Psicología Universidad de Málaga

RESUMEN

Tras una breve revisión de los trabajos existentes sobre la hematofobia en la que se resaltan aspectos tales como definición e incidencia, modos de adquisición, patrones psicofisiológicos y tratamiento, se presenta una investigación en la que se comparó la eficacia diferencial de dos técnicas conductuales (modelado participativo y exposición gradual "in vivo"), aplicadas en grupo, a seis sujetos con hematofobia. Tras diez sesiones de terapia se encontró que, aunque todos los sujetos habían mejorado, los que recibieron modelado participativo presentaban una mejoría notablemente más alta que los que recibieron exposición gradual "in vivo", según medidas conductuales y de autoinforme. Estas ganancias terapéutica se igualaron para ambos grupos en el seguimiento realizado a los seis meses. Por último, se resalta la importancia del tratamiento grupal de este tipo de fobia, y su posible implicación dentro de un programa de intervención comunitario orientado a promover la donación de sangre.

Palabras clave: Hematofobia. Exposición gradual "in vivo". Modelado participativo

SUMMARY.

A brief review of published findings concerning blood phobia has been made. Aspects such as definition and incidence, ways of acquisition, psychophysiological patterns and treatment are highlighted. The authors submit a study in which the differential efficiency of two behavioral techniques (participant modeling and exposure "in vivo") is compared. Six blood phobic subjects were treated in two groups. An improvement in all the subjects after ten therapy sessions was noted. However, the group who received a participant modeling treatment showed a remarkably higher improvement rate, based on behavioral and self-report measures. However, six months later it was noted that therapeutic advancement was equal in both groups. In conclusion, the importance of group treatment for this type of phobia is discussed as well as its possible inclusion as part of a community intervention programme directed towards prompting blood donation.

Key words: Blood phobia. Exposure "in vivo". Participant modeling.

1. HEMATOFOBIA: ASPECTOS TEORICOS

La fobia a la sangre, a las heridas y a las operaciones está recibiendo un interés creciente en los últimos años. Es, sin duda alguna, una de las fobias más corrientes en la población general. Así, en diversos estudios epidemiológicos se han encontrado tasas de prevalencia que oscilan entre los 31/1000 (Abras y cols., 1969) a los 45/1000 casos (Costello, 1982), siendo más frecuente en la población femenina.

Considerando esta alta prevalencia, es realmente curiosa la escasez de investigación en esta fobia específica. De hecho, que conozcamos, son sólo alrededor de una veintena los estudios sobre hematofobia publicados.

Otra razón por la que los investigadores deberían estar interesados en la hematofobia es por el inusual patrón de respuestas fisiológicas que presenta dicha fobia. En síntesis, los hematófóbicos parecen manifestar una respuesta bifásica cuando se enfrentan a los estímulos fóbicos. La primera fase es similar a la presentada por otros fóbicos: un incremento en la tasa cardíaca y la presión sanguínea; después, en lugar de un decremento gradual para volver al nivel de línea base cuando se exponen a los estímulos fóbicos, los hematófóbicos muestran un agudo descenso por debajo del nivel basal en tasa cardíaca y presión sanguínea, lo que les lleva al desmayo si no es posible dejar la situación (Connolly y cols., 1976; Ost y cols., 1984).

Por lo que se refiere a los modos de adquisición de la hematofobia (Cuadro 1), los mismos sujetos que la padecen adscriben el origen de su fobia a experiencias de condicionamiento en un porcentaje bastante elevado de casos (46%), a experiencias vicarias en un 32%, y a instrucción o información en un 9% de los casos (Ost y Hugdahl, 1985)

Cuadro 1 - Adquisición de la Hematofobia (tomado de Ost y Hugdahl, Behavior Research and Therapy, 23, 1985)

MODO DE ADQUISICION	N	%
-Experiencias de condicionamiento	10	45.5
- Experiencias vicarias	7	31.8
-Instrucción/información	2	9.1
-No recuerdan	3	13.6
-Total	22	

Respecto al tratamiento (Cuadro 2), la inmensa mayoría de los trabajos se refieren a estudios clínicos de un solo sujeto. No conocemos ningún estudio que se haya centrado en el tratamiento en grupo de hematófobos utilizando técnicas conductuales. En vista de ello, y del interés intrínseco de este tipo de fobias decidimos realizar una investigación en esta línea, comparando la eficacia diferencial de dos procedimientos conductuales en el tratamiento de sujetos con hemofobia: exposición gradual "in vivo" y modelado participativo.

Cuadro 2: TRATAMIENTO CONDUCTUAL DE LA HEMOFOBIA. ESTUDIOS CLINICOS.

AUTORES	PROCEDIMIENTO	SUJETOS	SESIONES	RESULTADOS
Fryrear y Werner (1970)	Modelado (video) y relajación pro- gresiva.	Mujer, de 19 años	7	Mejóro mucho No se informa de seguimiento
Leitenberg y cols (1970)	Exposición gradual "in vivo"	Varón de 21 años	14	Mejoria. Ausen- cia de segui- miento
Ollendick y Gruen (1972)	Implosión (fobia a las lesiones cor- porales	Niño, de 8 años	2	Curado. Se man- tenía a los 6 meses
Lloyd y Deakin (1972)	Exposición gra- dual "in vivo"	Mujer de 15 años	6	Mejoria al final del tratamiento y en el segui- miento a los seis meses
Cohn y cols (1976)	Desensibilización sistemática	Varón, de 28 años	5	Sin éxito

AUTORES	PROCEDIMIENTO	SUJETOS	SESIONES	RESULTADOS
Cohn y cols (1976)	Imaginación de situaciones que suscitan cólera mientras observa diapositivas de escenas de sangre	Varón de 28 años	3	Curación. Se mantenía a los seis meses
Eimore y cols (1980)	D.S en imaginación y con diapositivas	Varón de 23 años	11	Muy mejorado. Se mantenía a los 8 meses
Yule y Fernando (1980)	Exposición "in vivo" y desensibilización sistemática	Varón de 16 años	5	Recuperación total. Se mantenía a los 5 meses
Wadle y Jarvis	Exposición "in vivo" y reestructuración cognitiva	Varón de 25 años	5	Mucha mejoría
Babcock y Powell (1982)	"Imaginación de situaciones que provocan respuestas de síncope. A los primeros síntomas se le insta a imaginar una escena en la que tiene que movilizar toda su energía de un modo agresivo	Varón de 21 años	1	Recuperación total. Se mantenía al año.
Ost y cols (1984)	Exposición "in vivo" (a) o relajación aplicada (b)	18, 9 con (a) y 9 con (b)	9	Ambos grupos mejoraron significativamente. Se mantenían a los 6 meses. (a) mejor que (b) en el post-tratamiento, pero no en el seguimiento en medidas de autoinforme. Iguales en medidas conductuales y fisiológicas

2. METODO

-Sujetos:

Seis sujetos (tres por cada condición de tratamiento) con fobia a la sangre, las heridas y las operaciones. Todos son universitarios, estudiantes de Psicología, de edades comprendidas entre los 21 y 24 años. Cinco mujeres y un varón.

- Evaluación Pretratamiento:

a) Entrevista: los sujetos fueron entrevistados individualmente, utilizando un esquema de entrevistas de amplio espectro para centrarnos después en la conducta-problema. Todos los sujetos describieron por escrito las situaciones más significativas y recientes relacionadas con su fobia, elaborando así mismo una jerarquía de situaciones ansiógenas asociadas a la misma, evaluando el grado de la ansiedad subjetiva producida por cada una de ellas en una escala de 0 a 100. En base a ellas, se diseñaron las distintas sesiones de tratamiento.

b) Pruebas de autoinforme: con el fin de evaluar la severidad de la conducta fóbica, los sujetos cumplimentaron los siguientes cuestionarios: (1) Cuestionario de Temores de Wolpe (1964); (2) Cuestionario de Miedos de Marks y Mathews (1979).

Por lo que se refiere al cuestionario de Temores de Wolpe, como se observa en el cuadro 3, todos los sujetos obtuvieron puntuaciones notablemente altas (entre 20 y 29; rango 6-30) en los 6 ítems relacionados con la hematofobia. De igual modo, en el Cuestionario de Marks y Mathews (cuadro 4), se observan

Cuadro 3. CUESTIONARIO DE TEMORES DE WOLPE-

SUJ.	EXPOSICION IN VIVO							EXPOSICION IN VIVO							EXPOSICION IN VIVO								
	A	B	C	D	E	F	T	A	B	C	D	E	F	T	A	B	C	D	E	F	T		
1	5	4	5	5	5	5	29	3	2	2	4	4	2	17	5	3	3	5	4	4	24		
2	5	3	4	5	5	4	26	5	2	4	5	5	3	24	2	1	1	3	2	1	10		
3	4	2	4	5	3	2	20	4	2	3	4	3	2	18	3	2	1	3	2	1	12		
SUJ.	MODELADO PARTICIP.							MODELADO PARTICIP.							MODELADO PARTICIP.								
4	5	5	4	5	4	3	26	4	2	2	5	2	1	16	3	2	2	4	3	1	15		
5	5	5	5	5	4	2	26	4	3	4	5	4	1	21	3	2	2	5	3	2	17		
6	4	2	5	5	5	4	25	3	2	2	4	3	2	16	2	1	1	3	2	1	10		
EVALUACION PRETRATAMIENTO.								EVALUACION POSTRATAMIENTO								SEGUIMIENTO							

Rango: 6 - 30

A= Heridas abiertas

B= Que le pongan inyecciones

C= Presenciar operaciones quirúrgicas

D= Sangre humana

E= La posibilidad de ser sometido a una operación quirúrgica

F= Olores a medicina u hospitales

T= Total

Cuadro 4. CUESTIONARIO DE MIEDOS DE MARKS Y MATHEWS (1979)

SUJ.	EXPOSICION IN VIVO						EXPOSICION IN VIVO						EXPOSICION IN VIVO					
	A	B	C	D	E	TOT	A	B	C	D	E	TOT	A	B	C	D	E	TOT
1	8	6	6	7	5	32	6	3	4	7	3	23	8	7	7	7	7	36
2	7	6	7	7	1	25	8	3	8	3	1	23	2	1	1	2	1	7
3	1	2	7	8	2	20	4	3	4	2	0	13	2	0	3	2	2	9
SUJ.	MODELADO PARTICIP.						MODELADO PARTICIP.						MODELADO PARTICIP.					
4	8	6	6	2	0	22	4	0	2	0	0	6	2	0	2	0	0	4
5	3	1	6	1	2	13	4	0	6	0	3	13	4	3	3	1	2	13
6	7	8	8	2	4	29	0	0	1	0	1	2	1	1	1	0	0	3
	EVALUACION PRETRAT.						EVALUACION POSTRAT.						SEGUIMIENTO					

Rango : 0 - 40

A= Inyecciones o pequeñas intervenciones quirúrgicas

B= Hospitales

C= La visión de la sangre

D= El pensar en hacerse daño o en enfermedades

E= Ir al dentista

puntuaciones altas en cuatro de cinco ítems relacionados con la fobia a la sangre y las heridas. En el ítem "ir al dentista" la mayoría de los sujetos puntúan bajo, lo cual no es de extrañar si tenemos en cuenta que la fobia a los dentistas parece ser independiente de la hematofobia (Lautch, 1971).

c) Prueba conductual: los sujetos fueron expuestos individualmente a una película en la que se mostraba una operación de cadera realizada según diversas técnicas quirúrgicas, con una duración de 20 minutos. La película era en color y sin sonido. Los sujetos estaban situados a una distancia de cuatro metros. Se trataba de constatar el tiempo que los sujetos podían "soportar" observando la película.

También los resultados de la prueba conductual muestran claramente la severidad de la conducta-problema de los sujetos (véase cuadro 5); salvo en

un caso en el que un sujeto visualizó la película durante 3 minutos y 15 segundos, ninguno de los restantes pudo estar observándola más de un minuto.

Cuadro 5: RESULTADOS EN PRUEBA CONDUCTUAL (TIEMPO EN SEGUNDOS)

SUJETOS	EXPOSICION IN VIVO	EXPOSICION IN VIVO	EXPOSICION IN VIVO
1	8 SEGUNDOS	2 MINUTOS Y 30 SEGUNDOS	3 MINUTOS Y 30 SEGUNDOS
2	2 SEGUNDOS	1 MINUTO Y 15 SEGUNDOS	VIO TODA LA PELICULA
3	35 SEGUNDOS	VIO TODA LA PELICULA	VIO TODA LA PELICULA
SUJETOS	MODELADO PARTIC.	MODELADO PARTIC.	MODELADO PARTIC.
4	3 MINUTOS Y 15 SEGUNDOS	VIO TODA LA PELICULA *	VIO TODA LA PELICULA *
5	2 SEGUNDOS	4 MINUTOS Y 15 SEGUNDOS	4 MINUTOS
6	50 SEGUNDOS	VIO TODA LA PELICULA *	VIO TODA LA PELICULA *
EVALUACION PRETRAT.	EVALUACION POSTRAT.	SEGUIMIENTO	

* Donaron sangre

d) Pruebas Psicofisiológicas: A todos los sujetos se les registró la resistencia de la piel en presencia de diapositivas con contenidos relacionados con la hematófobia y diapositivas neutrales (paisajes), utilizando un polígrafo LETICA de cuatro canales. Todos los sujetos presentaron respuestas de resistencia de la piel significativamente menores ($p < 0.05$) ante las diapositivas de contenido neutral (paisajes).

-TRATAMIENTO

Los seis sujetos fueron asignados aleatoriamente a cada una de las dos

condiciones de tratamiento. Los tratamientos utilizados fueron: (a) modelado participativo (n=3) y (b) exposición gradual "in vivo" (n=3). Se escogió la exposición "in vivo" porque se presenta como el tratamiento más afectivo según diversos estudios clínicos (Leitenberg y cols., 1970; Lloyd y Deakin, 1975; Marks y cols., 1977; Yule y Fernando, 1980; Wardle y Jarvis, 1981; Ost y cols., 1984). Varias son las razones para comparar ésta con el modelado participativo: en primer lugar por la total ausencia de estudios que hayan utilizado esta técnica en sujetos con hemofobia, y en segundo lugar, por su probada eficacia en el tratamiento de otras fobias (Bandura, 1983).

Al inicio del tratamiento se elaboró un contrato en el que sujetos y terapeutas se comprometen en una serie de puntos. Igualmente, a lo largo del proceso terapéutico los sujetos rellenan autorregistros en los que se consignaban las situaciones accidentales que se hubiesen encontrado relacionadas con la fobia a lo largo de la semana, así como las tareas encomendadas para realizar entre sesiones.

Las sesiones fueron llevadas a cabo por dos terapeutas de distinto sexo.

Se realizaron las sesiones siguientes:

SESION 1 (con el mismo contenido para ambos grupos de tratamiento)

- . Utilizando transparencias, se les explicó brevemente los datos actuales existentes sobre la hematófobia, haciendo especial hincapié en: concepto, tratamientos individuales, modos de adquisición y patrones psicofisiológicos.
- . Explicación de las técnicas de tratamiento que se iban a utilizar.
- . Cumplimentación de contratos.
- . Establecimiento de horarios para futuras sesiones.

SESION 2

El contenido de esta sesión fue eminentemente didáctico. Se les habló sobre:

- . Componentes de la sangre
- . Sistema circulatorio
- . Enfermedades sanguíneas
- . Hemorragias. Tipos. Tratamiento.
- . Heridas. Tipos. Tratamiento

- . Explicación detallada del proceso seguido para llevar a cabo una donación de sangre.
- . Lectura de un texto donde se describía una cesárea sangrienta.
- . Administración de tareas para la casa (ver fotografías relacionadas con la conducta-problema).

Los sujetos del grupo de exposición simplemente escuchaban la charla. Los sujetos del grupo de modelado participativo debían tomar apuntes y exponerlos luego.

SESION 3

- . Revisión de tareas.
- . Tocar un guante de cirujano.
- . Ponerse el guante manchado de sangre.
- . Sostener una bolsa de donación llena de sangre.
- . Sostener una jeringa y manipularla.
- . Sostener tubos de sangre (coagulada y sin coagular).
- . Hacer un torniquete, teniendo el terapeuta sangre en el brazo.
- . Administración de tareas (practicar la puesta de un torniquete utilizando mercromina; ver fotos relacionadas con la fobia; escribir una redacción de contenido sangriento).

Los sujetos del grupo de exposición realizaron las tareas directamente, mientras que en el otro grupo la realizaban primero los terapeutas y luego los propios sujetos.

SESION 4

- . Revisión de tareas.
- . Exposición por parte de los terapeutas de "anécdotas" sangrientas y relacionadas con operaciones.
- . Sostener una bolsa de donación de sangre.
- . Ponerse una goma alrededor del brazo para facilitar la dilatación de las venas. Se tocan las venas para notar el flujo de la sangre. Se acercan una jeringa al brazo u mantienen la punta en contacto con el mismo.
- . Sacar sangre de la bolsa con la jeringa. Hacer un dibujo con la

sangre utilizando un cuentagotas.

- . Administración de tareas para casa (ver fotos relacionadas con la fobia; practicar acercando una jeringa con sangre en el brazo, y tocándose las las venas; se llevan cada uno un tubo de sangre: tiene que echar gotas de sangre en un papel con un cuentagotas).

Como en las sesiones anteriores, los sujetos del grupo de exposición realizaron las tareas directamente, mientras que en el otro grupo la realizaban primero los terapeutas y luego los propios sujetos.

SESION 5

- . Revisión de tareas.
- . Ver fotos de lesiones dermatológicas y sangrientas.
- . Se colocan una goma en el brazo. Se tocan el brazo para notarse el flujo de sangre. Se acercan la jeringa al brazo (con sangre).
- . Curan heridas con sangre: en este caso, se echaba sangre sobre un miembro sano (brazo) y había que seguir el procedimiento de una cura de una herida real.
- . Administración de tareas (idem que en la sesión anterior).

De nuevo, los sujetos del grupo de exposición realizaron las tareas directamente, mientras que en el otro grupo la realizaba primero los terapeutas y luego los propios sujetos.

SESION 6

- . Revisión de tareas.
- . Ver fotos de lesiones dermatológicas y sangrientas.
- . Administración de tareas (idem que en la sesión anterior).

SESIONES 7-8-9

Contando con la colaboración de un A.T.S, se trabajaron dos aspectos: pinchazo en el dedo (con una lanceta) y extracción de sangre con una jeringa. Se repitió el mismo proceso en las tres sesiones.

Los sujetos del grupo de exposición "in vivo" realizaron las tareas directamente. En el grupo del modelado participativo, el A.T.S extraía sangre primero a los terapeutas (modelos) -con la ayuda de los propios sujetos (echar alcohol en el algodón, etc). Después eran los propios sujetos los sometidos a las tareas.

SESION 10

Van, en compañía de los terapeutas, al servicio de donación de sangre del Hospital de Carlos de Haya de Málaga. Observan "in vivo" cómo es todo el proceso de donación de sangre. Uno de los terapeutas dona sangre. Se les anima a que donen sangre ellos mismos.

En vista de que los propios sujetos manifestaron haber obtenido ya una notable mejoría en la conducta fóbica, y habiendo completado los diversos ítems de la jerarquía inicial, se decidió dar por terminado el tratamiento.

- RESULTADOS (EVALUACION POSTRATAMIENTO)

Tras la finalización del tratamiento los seis sujetos cumplieron con el nuevo los autoinformes y realizaron la prueba conductual. No se pudieron realizar las pruebas psicofisiológicas por razones técnicas.

A) Pruebas de autoinforme: Como puede observarse en el cuadro 3, en los ítems del Cuestionario de Temores de Wolpe relacionados con la hematófobia, las puntuaciones de los sujetos pertenecientes a ambos grupos descienden, siendo este decremento más marcado en los sujetos del grupo al que se le aplicó el modelado participativo. Este mismo resultado se constata respecto al Cuestionario de Miedos de Marks y Mathews (cuadro 4).

B) Prueba conductual: Los sujetos observaron la misma película que en la evaluación previa al tratamiento, dándosele las mismas instrucciones. En todos los casos se incrementó el tiempo de exposición; sin embargo, en el grupo de modelado participativo este periodo de tiempo fue notablemente más largo.

-SEGUIMIENTO

A los seis meses de la finalización del tratamiento se realizó un seguimiento para evaluar el mantenimiento de las ganancias terapéuticas.

Como se puede observar en los cuadros 3 y 4, en los ítems relacionados con la hematófobia de las dos pruebas de autoinforme, dos sujetos de cada grupo presentan una mejoría importante incluso con respecto a las medidas de eva-

luación postratamiento. Sin embargo, también en cada uno de los grupos hay un sujeto que en el seguimiento se aproxima de nuevo a los niveles pretratamiento.

Por lo que se refiere a la prueba conductual (idéntica a las dos anteriores), los sujetos de ambos grupos están claramente igualados: dos personas por cada grupo lograron observar la película en su totalidad, mientras que uno por cada tratamiento (los mismos sujetos que en las medidas de autoinforme no exhibían mejoría), no consiguió ver la película más de 4 minutos.

Es importante reseñar aquí que los dos sujetos del grupo de exposición "in vivo" que experimentaron una mejoría notable en el seguimiento, se vieron expuestos -dos meses antes de la realización de éste y por razones de enfermedad- a un contacto continuo con situaciones relacionadas con la conducta -problema (estancia en un hospital, extracciones de sangre, inyecciones, etc).

3. CONCLUSIONES

Es difícil concluir de acuerdo con los datos de nuestro estudio cuál de las dos técnicas es más efectiva en el tratamiento de la hematófobia. Parece ser, sin embargo, que los efectos del modelado participativo son más eficientes, al menos a corto plazo. A largo plazo ambas técnicas parecen igualmente efectivas, no obstante habría que cuestionarse si se habría obtenido este mismo resultado si los dos sujetos del grupo de exposición "in vivo" no se hubiesen visto implicados en importantes situaciones relacionadas con la fobia en los meses anteriores a la realización del seguimiento. Es evidente que estos resultados deben ser considerados tan sólo a título orientativo, siendo necesarias otras investigaciones que cuenten con un mayor número de sujetos y donde se evalúen más detalladamente posibles variables no tenidas quizás suficientemente en cuenta en este estudio piloto.

Este estudio, en nuestra opinión, pone claramente de manifiesto la viabilidad del tratamiento grupal de este tipo de fobia, tan frecuente en la población general. De igual modo, el diseño de situaciones de tratamiento que presentamos es de fácil aplicación, y podría, a su vez, incardinarse dentro de un programa de intervención comunitaria más amplio destinado a promover la donación de sangre.

BIBLIOGRAFIA

- AGRAS, S. y COLS (1980): "The epidemiology of common fears and phobia", *Comprehensive Psychiatry*, 10, 151-156.
- BABCOK, H.H y POWELL, D.H (1982): "Vasovagal fainting: deconditioning an autonomic syndrome, *Psychosomatics*, 23, 10-14.
- BANDURA, A (1983): *Principios de modificación de conducta*, Ed. Sígueme, Salamanca.
- COHN, C.K. y COLS (1976): "A case of blood-illness injury phobia treated behaviorally", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 162, 65-68.
- CONNOLLY, J t COLS (1976): "Selective association of fainting with blood-injury phobia", *Behavior Therapy*, 7, 8-13.
- COSTELLO, C.G (1982): "Fears and phobias in women: a community study", *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 280-286.
- EIMORE, R.T y COLS (1980): "The use of systematic desensitization in the treatment of blood phobia, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 11, 277.
- FRYREAR, J.L y WERNER, S (1970): "Treatment of a phobia by use of a videotaped modeling procedure: a case study", *Behavioral Therapy*, 1, 391-394.
- KOZAK, M.J. y COLS. (1981): "Multimodal behavioral treatment of recurrent injury-scene elicited fainting", *Behavioral Psychotherapy*, 9, 316-321.
- LAUTCH, H. (1971): "Dental phobia", *British Journal of Psychiatry*, 119, 151-158.
- LEITENBERG, H. y COLS (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.
- OLLENDICK, T.H y GRUEN, G.E (1972): "Treatment of a bodily injury phobia with implosive therapy", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 389-393.
- OST, L.G y cols (1984): "Physiological responses in blood phobias, *Behavior Research and Therapy*, 22, 205-216.
- OST, L.G y cols (1984): "Exposure in vivo versus applied relaxation in the treatment of blood phobias", *Behavior Research and Therapy*, 22, 205-216.
- OST, L.G y HUGDAHL, K (1985): "Acquisition of blood and dental phobia and anxiety response pattern in clinical patients", *Behavior Research and Therapy*, 23, 27-34.
- WARDLE, J y JARVIS, M (1981): "The paradoxical fear response to blood injury and illness

-a treatment report", Behavior Psychotherapy, 9, 13-24.

YULE, W y FERNANDO. P (1980): "Blood phobia beware", Behavior Research and Therapy, 18, 587-590.

NOTAS

(1) Agradecemos la colaboración de Francisco M. Becerra Martín, así como las sugerencias de los Dres. Aurora Gavino y Antonio Godoy.