



Grado en Psicología
Trabajo de Fin de Grado

Curso 2015/2016
Convocatoria Junio

Modalidad: Estudio de caso

Título: Tratamiento y evolución de un paciente con fobia específica a las inyecciones-sangre-heridas.

Autor: Bárbara Antón Haddu

Tutor: Diego Maciá Antón

Elche a 20 de junio de 2016

Indice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4-5
3. Descripción del caso.....	5-11
3.1. Identificación del caso.....	5
3.2. Motivo de consulta e historia del problema.....	5
3.3. Evaluación.....	6
3.4. Análisis conducta-problema y formulación del caso.....	6-7
3.5. Objetivo del tratamiento.....	8
3.6. Técnicas empleadas.....	8-9
3.7. Tratamiento y evolución.....	9-11
4. Resultados.....	13-14
5. Discusión.....	15-16
6. Referencias.....	17-18
7. Tabla 1.....	12
8. Tabla 2.....	13
9. Tabla 3.....	13
10. Tabla 4.....	15
11. Tabla 5.....	15
12. Figura 1.....	8

Resumen

La fobia a la sangre-inyecciones-heridas se caracteriza por el miedo y la evitación de situaciones relacionadas directa o indirectamente con la sangre, las inyecciones y las heridas. El presente trabajo muestra un caso clínico donde se describe el tratamiento y evolución de un chico de 22 años con fobia a la sangre-inyecciones-heridas. La evaluación se realizó en el pretratamiento, durante y postratamiento. El tratamiento se compuso de 9 sesiones con una duración de una hora y media cada una. El objetivo de la terapia se centró principalmente en la eliminación de los síntomas fisiológicos que le producían ciertas situaciones y estímulos fóbicos y la eliminación de la conducta problema. Se utilizaron diferentes técnicas de tratamiento de cohorte cognitivo-conductual como; la desensibilización sistemática, la respiración tranquilizadora, la exposición en vivo, combinadas con la tensión aplicada. El resultado del tratamiento es positivo, debido al cumplimiento del objetivo de la terapia.

Palabras clave: Ansiedad. Exposición en vivo. Respuesta bifásica. Tensión aplicada.

Abstract

The Phobia to blood-injections-injuries-wounds is characterized by the fear and the avoidance of the situations related directly or indirectly with blood, injections or wounds.

This work shows a clinical case in which the treatment and evolution of a man aged 22 years old suffering from blood-injection-wounds phobia is described. The evaluation was made in the pretreatment, during the treatment, and once the treatment was over. The treatment consisted in 9 sessions lasting an hour and a half each one. The aim of the therapy was focused mainly in the removal of the physiological symptoms as a result of the exposure to certain situations and phobic stimulus, and also the elimination of the problem behavior. A variety of different treatment techniques of cognitive-behavioral cohort was used, such as; systematic desensitization, deep calming breathing, "in vivo" exposure technic, all of them combined with applied tension. Treatment outcome is positive due to the fulfilled objective of the therapy.

Keywords: Anxiety. Exposure treatment. Biphasic response. Applied tension.

Introducción

Las fobias específicas consisten en un miedo o ansiedad intensa producida por un objeto o situación específica, tanto evitando como resistiendo este miedo o ansiedad, la cual es desproporcionada al peligro real que plantea el objeto o situación específica. Este miedo causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes de funcionamiento de las personas que lo sufren. (APA, 2013).

Además, este trastorno se clasifica según el estímulo fóbico: Animal (arañas, cucarachas, perros...), entorno natural (alturas, tormentas,...), situacional (ascensor, avión,...), otra (sonidos fuertes, personajes disfrazados,...), sangre-inyección-herida (agujas, procedimientos médicos invasivos...).

Esta última clasificación, se caracteriza por el miedo y la evitación de situaciones relacionadas directa o indirectamente con la sangre, las inyecciones y las heridas (Marks, 1991). Los pacientes que la sufren exhiben un patrón fisiológico de respuesta único cuando son confrontados con los estímulos fóbicos (Sándin y Chorot.1995). Esta respuesta, es la llamada “respuesta bifásica” (Graham, Kabler y Lunsford, 1961), que consiste en un incremento inicial de la presión sanguínea y de la tasa cardiaca, seguido de una caída rápida de estos parámetros que lleva al paciente hasta el desmayo, si la situación se prolonga durante un periodo de tiempo lo suficientemente largo. (Öst y Sterner 1.987).

Esta fobia, es muy común en la población (APA, 2013) y se da con mayor frecuencia entre la población de sexo femenino (Bienvenu y Eaton 1998). La edad de inicio del miedo a la sangre suele darse en la infancia y en los primeros años de la adolescencia y entre un 60% y 70% de los casos hay evidencia de antecedentes familiares con hematofobia. (Marks, 1991). Por lo que se refiere a la forma de adquisición, según datos recogidos por Öst y Hugdhal en 1985, el 46% de los casos se originaron a través de experiencias de condicionamiento, el 32% a experiencias vicarias, el 9% de los casos por instrucción/información.

Esta fobia presenta un grave problema para las personas que la padecen en diferentes ámbitos de su vida, como puede ser la evitación de intervenciones médicas, de ciertas carreras, la desatención de personas heridas e incluso evitación de embarazos en el caso de las mujeres.

Las terapias de primera elección para este tipo de trastorno son técnicas basadas en el modelo cognitivo-conductual como es el caso de la exposición en vivo, la cual es considerada como el tratamiento más eficiente para las fobias específicas (Ost, Lindahl, Sterner, Jerrelmam, 1984). La desensibilización sistemática de Wolpe (1973), basada en su teoría de la “inhibición recíproca”; Reprocesamiento y

desensibilización por medio de movimientos oculares (Muris y Merckelbach, 1999), aunque los resultados no son concluyentes y los resultados son inferiores a los de la exposición.

Además, cuando existe un historial de desmayos causados por la exposición a dicho estímulo, comúnmente la técnica elegida es la tensión aplicada (Öst y Sterner, 1987) cuyo objetivo es contrarrestar la caída de la presión arterial producida durante la segunda parte de la respuesta bifásica.

Dada las características de esta fobia en las respuestas fisiológicas, las técnicas elegidas fueron la tensión aplicada de Öst y Sterner (1987), que ha resultado efectiva en estos casos. La exposición en vivo, la cual, como se mencionó con anterioridad es una de las más efectivas, la técnica de la respiración tranquilizadora (Foa y Wilson, 2001). Y la desensibilización sistemática, porque el paciente abandonó una vez el tratamiento al exponerse a la situación fóbica en su primera sesión. Además es una técnica útil, dado que se enfoca en la reducción de las respuestas de ansiedad y eliminar las conductas motoras de evitación que la persona emite.

Siguiendo esta línea, Baralt y Dolan (1985) la usaron en un adolescente diabético con fobia a las inyecciones autoadministradas y después de siete sesiones, fue capaz de inyectarse el sólo insulina.

Descripción del caso

Identificación del paciente

Nuestro paciente es un joven de 22 años de edad, procedente de una familia de nivel socio-económico acomodado. Estudia un grado superior. Es el hermano mayor de tres hermanos.

Motivo de consulta e historia del problema

Acude a consulta, porque alega tener desmayos cuando debe someterse a una inyección e incluso si ve una película donde salen heridas con sangre o intervenciones quirúrgicas. Afirma que desde siempre le ha ocurrido esto, y el problema ha evolucionado hasta el punto que evita cualquier situación relacionada con la sangre, como hacerse una analítica o ir a centros hospitalarios. Tampoco puede escuchar conversaciones sobre este tema e incluso muchas veces debe dejar de ver una película porque le produce una sensación de ansiedad y comenta “muchas veces cuando veo algo mi familia me dice que no mire y me lo repite tanto que una vez hasta me desmayé”.

Las sensaciones que describe son mucha calor, respiración agitada, aceleración cardíaca, sudor frío y en ocasiones desmayos.

No sabe bien cuál es el origen del problema, pero si recuerda una situación en la cual estaba en una sala y unas enfermeras lo cogían y a la vez otra la administraba una inyección y el gritaba que lo soltaran pero no lo hacían, y el recuerda como algo traumático.

El paciente, ya asistió a consulta psicológica en la cual se le enseñó la relajación progresiva de Jacobson y se le realizó una exposición en vivo con una aguja, donde el paciente se desmayó. Como consecuencia dejó de asistir a consulta puesto que no creía que pudiera ayudarlo.

Evaluación

Al paciente se le evaluó mediante:

- Entrevista semiestructurada para recoger información sobre su problemática y origen de él.
- Escala de sangre-daño del Fear Questionnaire (*FQ-BI*) de Marks y Mathews (1979), que evalúa las conductas de evitación relacionadas con situaciones médicas. La prueba está compuesta por 5 ítems con un intervalo de respuesta de 9 puntos, desde 0 "Nunca lo evitaría" hasta 8 "Siempre lo evitaría". El rango total de respuesta oscila entre 0 (ausencia de fobia) hasta 40 (extremadamente fóbico). La puntuación del paciente fue de 28 por lo que se deduce que experimenta ansiedad leve cuando va a hospitales o centros de salud, siempre que no sea para extraer sangre. Y puntuaciones altas si recibía una inyección.
- Inventario de Ansiedad de Beck (*Beck Anxiety Inventory – BAI*; Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988). Esta prueba consiste en explorar los aspectos físicos relacionados con la ansiedad y facilita la discriminación entre ansiedad y depresión. La puntuación directa que obtuvo la paciente en esta prueba fue de 17, siendo el intervalo de puntuaciones posibles de 0 a 63. Los ítems en los que puntuaba más alto indicaban síntomas como palpitaciones, sensación de inestabilidad e inseguridad física y miedo a perder el control.
- Prueba de evitación conductual, donde el paciente era expuesto gradualmente a la visualización de imágenes que le provocaban ansiedad y puntuando su nivel de ansiedad de 0 a 10, siendo repetida en las sesiones 5 y 6 para comprobar si había un descenso de los niveles de ansiedad, durante la terapia.
- Autorregistros, para comprobar la realización de las técnicas aprendidas y si la desensibilización sistemática realizada fuera de consulta tenía éxito en el paciente.

Análisis conducta-problema y formulación clínica del caso

Las conductas problema (R) son principalmente de tipo fisiológico (aumento de la sudoración, presión arterial, sofocos y mareos, taquicardia e hiperventilación con el

consecuente desvanecimiento), cognitiva (preocupación por perder en conocimiento, miedo irracional al contacto con agujas y visualización de grandes cantidades de sangre además de heridas) y motoras (conductas de evitación y escape tales como evitar asistir a los análisis de sangre rutinarios y dejar de quedar con amigos para no ver películas con mutilaciones y agujas).

Los estímulos antecedentes (E) de la respuesta de ansiedad son principalmente de tipo ambiental (lugares como centros de salud, hospitales, salones de tatuaje) además de situacionales (aguardar el turno en el centro de salud, visualización de sangre y/o agujas en películas, heridas y mutilaciones durante el teleinformativo), físicos (instrumental médico, sobretodo objetos punzantes tales como jeringuillas, bisturís y unidades de donación de sangre (bolsas)) y cognitivos (estados de hipervigilancia anticipatoria ante situaciones elicitan en noticiarios, películas y también en la sala de espera en el centro de salud).

La respuesta-consecuencia (C) que provoca el mantenimiento de la conducta problema es el cese de la ansiedad y de los estados fisiológicos que acontecen a la situación, mediante refuerzo negativo producto del entorno social que pone en sobreaviso al sujeto cuando va a aparecer alguna escena de sangre y/o mutilaciones en el telediario o una película. Además, también existe un refuerzo positivo puesto que la asociación entre el aviso por parte del entorno social y la conducta problema se ve reforzada, esto es porque el sujeto se llega a alterar y mostrar estados de ansiedad cuando únicamente sus padres le decían “¡No mires hijo! ¡No mires!”.

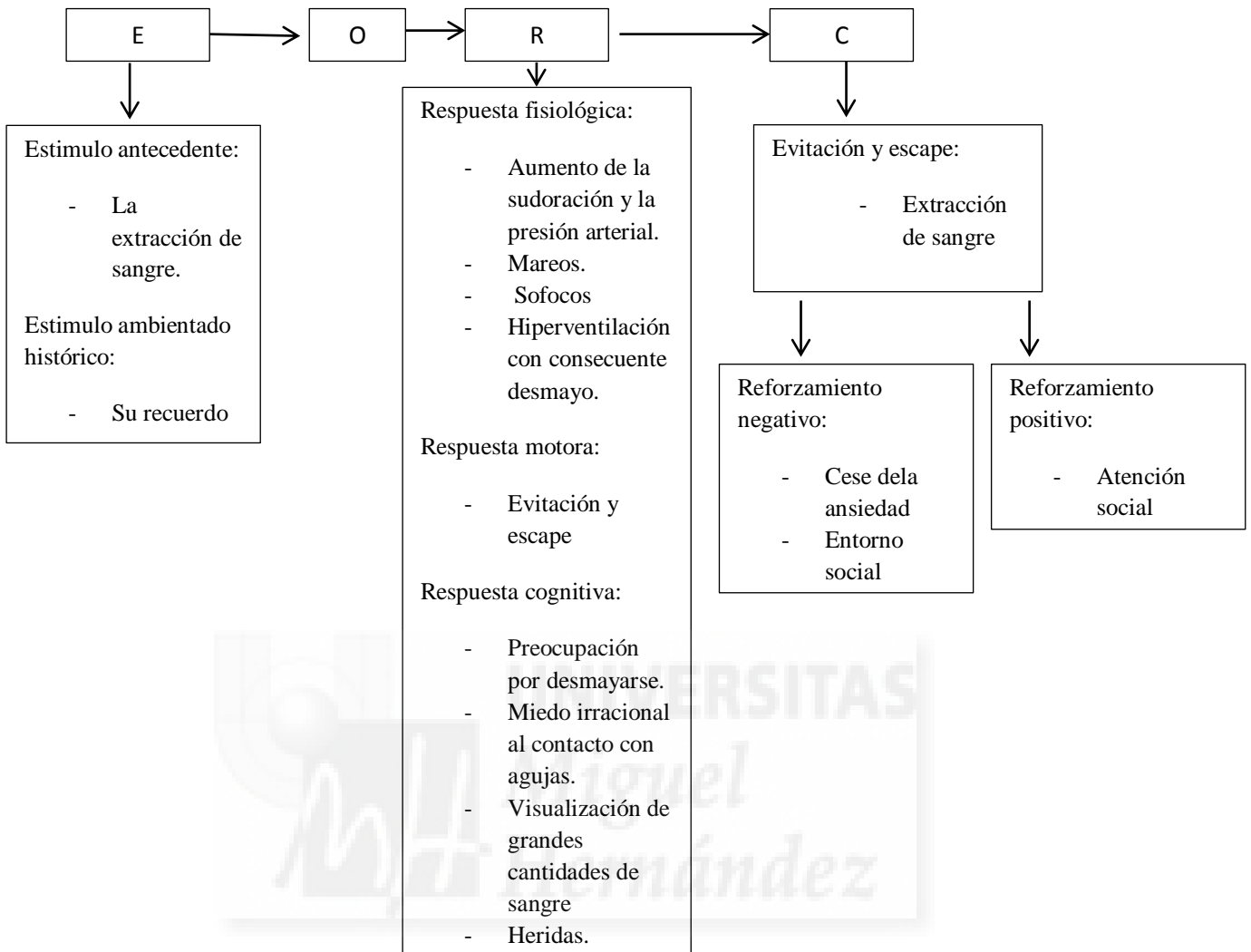
Formulación clínica del caso

Una vez recabada toda la información mediante la entrevista, las evaluaciones y analizado el caso, inferimos que hay unas conductas que refuerzan la sintomatología de malestar en el paciente y nos centramos en las conductas problema que deben ser objeto de intervención como las respuestas fisiológicas; la hiperventilación, desmayos, taquicardias, aumento de la presión arterial y sudoración. Además de la evitación o escape de la conducta problema.

La adquisición de esta conducta problema se basa en el reforzamiento negativo producido por los familiares al ponerlo en alerta cuando hay una escena de sangre o mutilaciones, además de reforzarlo positivamente evitando la situación.

Por lo tanto, tanto la evitación al estímulo fóbico como los diferentes refuerzos hacen que haya una prevalencia del problema en la actualidad y hayan evolucionado hasta convertirse en un grave problema.

FIGURA 1. Análisis funcional del caso



Objetivo del tratamiento

Los objetivos principales del tratamiento son eliminar la conducta problema que genera las conductas de evitación o escape y eliminar los síntomas fisiológicos que producen estas situaciones o estímulos fóbicos, consiguiendo que el paciente pueda enfrentarse a éstos sin padecer los síntomas anteriormente nombrados (aumento de la sudoración y la presión arterial, mareos, taquicardias, hiperventilación y desmayos), dado que el paciente mantiene la fobia al evitar situaciones al exponerse y reforzando esta conducta de forma positiva y negativamente.

Técnicas empleadas

Las técnicas empleadas son:

- Entrenamiento de la respiración; se le enseñó una técnica de respiración para que no comenzara a hiperventilar en el momento que tuviera que vivir una experiencia fóbica.

- Desensibilización sistemática, se utilizó una jerarquía de 9 situaciones relacionadas con el estímulo fóbico.
- Exposición en vivo; se empleó material hospitalario como jeringuillas, exposición en videos, y acudiendo a la zona de extracción de sangre del centro de salud.
- Tensión aplicada; que consiste en aprender a tensar los músculos e identificar la respuesta bifásica.

Tratamiento y evolución

El tratamiento consistió en 9 sesiones, con una frecuencia de 2 sesiones por semana, con una duración de hora y media cada una de las sesiones. El seguimiento, fue continuo durante la terapia y fue realizada con una pre-evaluación y una post-evaluación al finalizar la terapia y un seguimiento del paciente a los 2 meses y 6 meses, después de finalizar el tratamiento.

En la primera sesión, se recogió toda la información necesaria para elaborar el análisis funcional del problema mediante una entrevista, y se realizó una evaluación para saber su ansiedad real ante los estímulos fóbicos mediante la escala de sangredaño del Fear Questionnaire (FQ-BI) de Marks y Mathews (1979). Además de el Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory – BAI; Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988).

Por último, se evaluó su nivel de ansiedad mediante la prueba de evitación conductual, que consiste en la exposición gradual mediante el visionado de imágenes ordenadas jerárquicamente de contenido fóbico.

En la segunda sesión, se comenzó con una psicoeducación para explicarle su problemática, definiendo que es la respuesta de ansiedad, la relación que había adquirido con los estímulos fóbicos y el tipo de tratamiento que íbamos a realizar. Explicamos la desensibilización sistemática. Comprobamos que sabía relajarse, dado que en la primera sesión comentó que un antiguo terapeuta le enseñó la técnica de Jacobson. Y le explicamos que cuando le pidamos relajarse piense en la palabra “Tranquilo” y se introduzca en la relajación

A continuación, se comenzó a elaborar la jerarquía, para ello el sujeto es guiado por el terapeuta, comenzando a nombrar situaciones que tienen que ver con su fobia y le producen ansiedad. Se llega a un total de 9 situaciones, las cuales son puntuadas por el paciente según las unidades subjetivas de ansiedad (USAS), las cuales van de 0 a 100.

Una vez puntuadas las diferentes situaciones, se hace una jerarquización de éstas, ordenada de menor a mayor según las puntuaciones referidas anteriormente de USAS. Cuando ya se obtuvo la jerarquización, se le explicó que debía imaginarse la

situación de menor puntuación de USAS, siempre respirando e induciéndose a la relajación con una palabra que en este caso era: "Tranquilo". Este primer ítem es narrado por el terapeuta para que el paciente en las siguientes imaginaciones sepa cómo realizarlo. Una vez que el ítem es imaginado, el sujeto nos comenta cuál era su nivel de ansiedad de 0 a 10 y se le repite la misma operación hasta que su nivel sea de 0. Al finalizar, se le explica que debe seguir realizando los ejercicios de respiración y exponiéndose a las situaciones que ha imaginado en la desensibilización para poder anotarlas en los autorregistros, facilitados en consulta, al igual que anotara las veces que hacía los ejercicios de respiración y relajación en casa.

Sesión tres. El paciente reporta, mediante el registro, que ha hecho los ejercicios y que las tres situaciones imaginadas no le producían ningún nivel de ansiedad, por ello le pedimos que se relajase y antes de exponerlo a nuevas situaciones se le pide que imaginara la última situación que hicimos en la anterior sesión. Como no le produce ningún nivel de ansiedad, comenzamos a imaginar las nuevas situaciones, con las cuales el sujeto experimenta mayores niveles de ansiedad. Para terminar la terapia, se le pide que siga rellenando los autorregistros facilitados en las anteriores sesiones.

La cuarta sesión, consistió en comentar las tareas que se le encomendó que realizara y comprobar su nivel de ansiedad con el repaso del último ítem, siempre que el paciente dijera que estaba preparado y relajado para comenzar. Continuamos con la desensibilización sistemática. Una vez finalizada la sesión se le recordó que cumplimentara los autorregistros y se le comentó que en la siguiente sesión aprendería una nueva técnica, llamada la tensión aplicada y se le explicaría en qué consistiría.

En la quinta sesión, proseguimos con la desensibilización sistemática y una vez finalizado se le explicó la nueva técnica, la tensión aplicada. A continuación se vuelve a realizar la prueba de evitación conductual, donde se le expone a la visualización de videos y éstas le generan una activación fisiológica. Se le dice que respire y se relaje. El paciente se relaja y puede visualizar las escenas sin problemas. Por lo tanto, se puede comprobar que hay una mejora por parte del paciente, ya que los niveles son más bajos.

Sexta sesión; comprobamos que el paciente sigue haciendo los ejercicios que le enseñamos y si le están ayudando mediante la realización de la prueba de evitación conductual. El sujeto se pone algo nervioso pero controla mejor la situación. Una vez terminada la exposición en imágenes le decimos que en las próximas sesiones haremos exposición en vivo y se le explica brevemente en que consiste.

En esta sesión séptima, comenzamos a explicarle en que va a consistir la sesión, ya que se le expondrá al estímulo fóbico. Se le pida que realice el ejercicio de tensión

aplicada y se le enseña una jeringuilla normal. Se le dan pequeños pinchazos pero sin atravesar piel para que note la aguja. El paciente mantiene una relajación corporal y respiración relajada. Antes de terminar la sesión hablamos de sus sensaciones y como se ha sentido para tener más objetividad sobre el tratamiento, para saber si de verdad estamos avanzando. Le comentamos que siga cumplimentando los autorregistros y practicando los ejercicios de relajación, respiración y tensión aplicada.

En la octava sesión comentamos todas las sensaciones y problemas encontrados durante las anteriores sesiones y si encuentra ayuda en las técnicas empleadas. Después, con ayuda de un enfermero de la unidad de salud mental, se expuso al paciente a una situación real de extracción de sangre. Antes de exponerlo se le pide al paciente que haga los ejercicios de respiración y tensión aplicada aprendidos para posteriormente exponerlo a la extracción de sangre. El paciente, cuando se le hizo la exposición, no tuvo ningún desvanecimiento pero si mostró un nivel medio de ansiedad, hecho que comprobamos mediante un registro fisiológico de las pulsaciones para saber su nivel de agitación.

Por último, en la novena sesión, se le volvió a realizar una evaluación para comprobar si había una mejoría durante todas las sesiones que hemos tenido en la terapia. Se observó que había evidencia de una mejoría, dado que las puntuaciones eran inferiores a las primeras obtenidas. Para finalizar, se le dijo que a los dos meses volviera para un seguimiento y a los seis meses.

TABLA 1. *Resumen de las sesiones de evaluación y tratamiento*

Sesión	Plan de las sesiones	Tareas para casa
1	Entrevista inicial, evaluación, prueba evitación conductual.	
2	Psicoeducación, Desensibilización sistemática Respiración y relajación.	Aplicación de desensibilización Práctica de respiración y relajación Autorregistros
3	Desensibilización sistemática Respiración y relajación.	Aplicación de desensibilización Práctica de respiración y relajación Autorregistros
4	Desensibilización sistemática Respiración y relajación.	Aplicación de desensibilización Práctica de respiración y relajación Autorregistros
5	Desensibilización sistemática Tensión aplicada Prueba evitación conductual	Práctica de respiración y relajación Práctica de tensión aplicada Autorregistros
6	Prueba de evitación conductual	Práctica de respiración y relajación Práctica de tensión aplicada Autorregistros
7	Exposición en vivo Tensión aplicada	Práctica de respiración y relajación Práctica tensión aplicada Autorregistros
8	Exposición en vivo Tensión aplicada Registro fisiológico	Práctica de respiración y relajación Práctica tensión aplicada
9	Post- evaluación	

TABLA 2. Jerarquía de situaciones fóbicas y su puntuación

	Situación fóbica	Puntuación
1	Clavarse objeto punzante	20
2	Que le repitan que no mire algo donde hay sangre, agujas...	30
3	Ver una película sobre sangre, agujas	40
4	Acompañar a un familiar a sacarse sangre	50
5	Hablar de operaciones	60
6	Día antes de sacarse sangre	70
7	Ir al hospital a sacarse sangre	80
8	Esperar en la sala para que le saquen sangre	90
9	Extracción de sangre	100

TABLA 3. Prueba de evitación conductual

	Situación fóbica
1	Ver una escena de sangre
2	Escena cortándose la mano
3	Operación de corazón
4	Escena de evisceración
5	Extracción de sangre

Resultados

En cuanto a los resultados, los niveles de ansiedad disminuyeron en cada sesión observando mejorías por parte del paciente ante los estímulos fóbicos que se le

presentaban mediante la prueba de evitación conductual, donde en la primera sesión las puntuaciones en cada visualización eran altas. Un significativo descenso en la quinta sesión y en la sexta sesión se eliminan los niveles de ansiedad aunque en la visualización de la extracción de sangre no se produzca esta eliminación pero la puntuación es muy baja, 2, comparada con la primera vez que su puntuación era de 10. Además, esto se pudo comprobar en la sesión nueve con la post-evaluación realizada, donde sus puntuaciones eran inferiores a la primera evaluación. El paciente puntuó en el Fear Questionnaire 12, indicando la eficacia de la terapia y en el inventario de Ansiedad de Beck 6, ratificando la validez de las técnicas elegidas y aplicadas. Por otro lado, los autorregistros nos facilitaron la afirmación de la eficacia de la desensibilización sistemática, al no presentar niveles altos de ansiedad e incluso nulos al imaginar la situación fóbica.

El miedo al desmayo, ya no era frecuente en sus pensamientos, dado que ya era capaz de controlar su activación mediante la respiración y la tensión aplicada.

Controlaba la respiración, ya no hiperventilaba cuando se le presentaba el estímulo fóbico y con ello controlaba además la sensación de calor, debido a que la respiración lo inducía a un estado más relajado.

Al cabo de dos meses, el paciente volvió a consulta donde afirmaba que pudo hacerse un análisis de sangre sin padecer un desvanecimiento, aunque aún sentía el nerviosismo, con taquicardias el día de antes y en la sala de espera antes de la extracción de sangre.

Desaparición de la sensación de la presión arterial y sudoración.

El paciente mencionó que, lo que más le ayudó en su terapia fueron los ejercicios de respiración y la desensibilización sistemática, dado que le ayudo a reducir los niveles de ansiedad y poder enfrentarse a su miedo exponiéndose directamente.

Se le comentó que siguiera realizando los ejercicios aprendidos y tendríamos un seguimiento a los 6 meses para ver su evolución.

TABLA 4. Prueba de evitación conductual

	Imágenes	Sesión 1	Sesión 5	Sesión 6
1	Ver una escena de sangre	7	5	0
2	Escena cortándose la mano	8	3	0
3	Operación de corazón	10	5	0
4	Escena de evisceración	10	4	0
5	Extracción de sangre	10	5	2

TABLA 5. Resultados pre- evaluación y post-evaluación

Variables	Pre-evaluación	Post-evaluación
Ansiedad (<i>Beck Anxiety Inventory – BAI</i>; Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988)	17	6
Miedo sangre (<i>Fear Questionnaire (FQ-BI)</i> de Marks y Mathews 1979),	28	12
Desmayos	Presencia	Ausencia
Hiperventilación	Presencia	Ausencia
Taquicardias	Presencia	Presencia menor
Aumento de la sudoración y presión arterial	Presencia	Ausencia

Discusión

En esta intervención se puede comparar con otros similares (Espada, Méndez, Orgilés, 2004; González, 2012; Más, Cardona, Picabia, 1998; Navarrete y Rando, 2011; Nieto & Mas, 2002),

En todos los estudios anteriores, las sesiones no son superiores a 10 debido a la eficacia de los tratamientos elegidos. En todos estos casos se utiliza la tensión aplicada, debido a su eficacia y puede ser tratado en poco espacio de tiempo, además Öst, propone la aplicación del tratamiento en una sola sesión. Como el resto de técnicas, el primer paso consiste en una preparación para enseñar al paciente como aplicar correctamente la técnica. En el caso de la tensión aplicada, consiste en enseñar al paciente a tensar los principales grupos musculares para aumentar la tasa cardiaca. Tras ello, el paciente ha de aprender a identificar el descenso de la presión sanguínea que desemboca en un inminente desmayo cuando se encuentra en la situación temida.

Por ello, se utilizó la técnica expuesta y además se pretendió enseñar al paciente otros métodos de afrontamiento a su fobia y en este caso se utilizaron la exposición en vivo, el cual se ha demostrado ser muy eficaz como anteriormente se mencionó y la desensibilización sistemática el cual nos ayudó a que el paciente controlara su nivel de ansiedad en situaciones ansiógenas para él. Esto se puede explicar porque cuanto más gradual y menos temible y aversiva sea la intervención, más eficaz será y menos abandonos de terapia producirá, ya que es un incentivo para el paciente el superar paulatinamente distintas situaciones sin dificultades excesivas (Agras, 1985). Bados y Genís (1988), plantean que la desensibilización sistemática puede resultar útil en aquellos casos en que la exposición en vivo es complicado, o en aquellos sujetos que no se atreven a afrontar su fobia en la realidad, como es en nuestro caso ya que el paciente al exponerse por primera vez al estímulo con otro terapeuta abandonó la terapia puesto que se desmayó y pensó que no le ayudaría.

La exposición en imágenes, eficaz en fobias específicas, fue de utilidad para preparar al sujeto antes de tener una exposición en vivo. Además de controlar la respiración, la cual también induce un estado de relajación al paciente. La disminución de la actividad simpática general es característica del estado de relajación (Méndez, Olivares y Quiles, 2001).

En estos casos también encontramos diferencias significativas con nuestro trabajo, donde se administran más cuestionarios para evaluar más variables en este tipo de fobia, como es el caso de cuestionarios como Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger, Gorsuch y Lushene (1997), Cuestionario de Miedos (Marks y Mathews, 1979) y Entrevista para la hematófobia (Borda, Antequera y Blanco, 1994). Además, se tienen en cuenta otras variables, como la motivación del sujeto para mejorar y el nivel de adherencia en el tratamiento.

En cuanto a las limitaciones que hemos recogido en el presente trabajo, serían no haber tenido en cuenta otras variables para analizar en este caso como es valorar el apoyo social que recibe el paciente.

Para futuros trabajos se podría tener en consideración otros tratamientos, como es el caso de las nuevas tecnologías, usando la exposición virtual, aunque se disponga de poca información en el tratamiento de estas fobias pero que tiene gran repercusión en otras fobias específicas. Pudiendo aportar un nuevo campo de investigación sobre estas fobias en la psicología. Además de usar menos técnicas dada la eficacia de la exposición en vivo y la tensión aplicada en muchos de los casos en este tipo de fobia. En conclusión el tratamiento usado para la fobia específica a la sangre-inyección-herida con las técnicas de respiración tranquilizadora, la exposición en vivo, la desensibilización sistemática y la tensión aplicada son efectivas para controlar las respuestas fisiológicas.

Referencias

- Agras, S. (1985). *Panic. Facing fears, phobias and anxiety*. New York, Freeman and Co.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5ª edición)*. (DSM- V). Washington, D. C.: Autor.
- Bados, A. y Genís, F. (1988). Tratamiento de una fobia a volar. En D. Maciá y F.X. Méndez (Eds.), *Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta: Estudio de casos* (pp. 40-55). Madrid: Pirámide.
- Baralt, A. R. y Dolan, J. D. (1985). Systematic desensitization and cognitive restructuring in the treatment of a self-injection phobia. *Journal of Rehabilitation*, 21, 35-37.
- Beck, A. T., Brown, G., Epstein, N. y Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Bienvenu, O.J. y Eaton, W.W. (1998). The epidemiology of blood-injection-injury phobia. *Psychological Medicine*, 28, 1129-1136.
- Booth, R. y Rachman, S. (1992). The reduction of claustrophobia-I. *Behaviour Research and Therapy*, 30, 207-221.
- Borda, M., Antequera, R. y Blanco Picabia, A. (1994). La exposición gradual en vivo y la tensión aplicada en el tratamiento de la fobia a la sangre. *Anales de Psiquiatría*, 8, 302-307.
- Conde Pastor, M. y Menéndez Balaña, F. J. (2000). Últimas aportaciones sobre la influencia de la respiración al aprendizaje con biofeedback de la conductancia eléctrica de la piel. *Revista electrónica de motivación y emoción. R.E.,M.E*, 3, 87-100.

- Espada Sánchez, J. P., Méndez Carrillo, X., y Orgilés Amorós, M. (2004). Tensión aplicada y exposición gradual en un caso de fobia a las inyecciones. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4, 425-438.
- Foa, E. y Wilson R. (2001). *Venza sus Obsesiones. Un revolucionario método para liberarse de su comportamiento obsesivo*. Barcelona: Editorial Éxitos de Autoayuda Robin Book
- González Trijueque, D. (2012). Exposición gradual y tensión aplicada en un caso de hematófobia. *Praxis Revista de Psicología*. 22, 25-44.
- Graham, J. Kabler, L. Lunsford. (1961). Vasovagal fainting: a biphasic response. *Psychosomatic Medicine*, 23, 493-507
- Jerremalm, A., Jansson, L. y Öst, L. G. (1986). Individual response patterns and the effects of different behavioral methods in the treatment of dental phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 587-596.
- Más, M. B., Cardona, O. M., y Picabia, A. B. (1998). Eficacia de la técnica de tensión aplicada para el control del síndrome vasovagal aplicada a un caso de hematófobia. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 3, 39-53.
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, fobias y rituales 1: Los mecanismos de la ansiedad*. Barcelona: Martínez Roca. (Original de 1987.)
- Marks, I.M. y Mathews, A. (1979). Brief Standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 263-267.
- Méndez FX, Olivares J, Quiles MJ. (1998) Técnicas de relajación y respiración. En: Olivares J y Méndez FX., eds. *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva, (pp. 27-78).
- Muris P, Merckelbach H. (1999) Traumatic memories, eye movements, phobia and panic: a critical note on the proliferation of EMDR. *Journal Anxiety Disord.* 13, 209-23
- Nieto, B., y Mas, B. (2002). Tratamiento de “aplicación de tensión” en un caso de fobia a la sangre. *Acción psicológica*, 2, 185-193.
- Öst, L.G. y Hugdhal, K. (1985). Acquisition of blood and dental phobia and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 27-34.
- Öst, L.G., Lindahl, I.L., Sterner, U. y Jerremalm, A. (1984). Exposure in vivo vs applied relaxation for blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 205-216
- Öst, L. G. & Sterner, V. (1987). Applied tension: A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 397-409.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F.Ramos (Eds.), *Manual de psicopatología*. Vol. 2. (pp. 53-80). Madrid: McGraw-Hill.
- Wolpe, J. (1977). *Práctica de la terapia de conducta*. México: Trillas. (Original 1973.)