

TRATAMIENTO DE «APLICACIÓN DE TENSIÓN» EN UN CASO DE FOBIA A LA SANGRE

APPLIED TENSION IN THE TREATMENT OF BLOOD PHOBIA

BELÉN NIETO CENTENO, BLANCA MAS HESSE

Servicio de Psicología Aplicada. Facultad de Psicología. UNED

Recibido 11-02-02

Aceptado 8-03-02

Resumen

La hematófobia se distingue del resto de las fobias específicas por presentar un patrón de respuesta característico consistente, en primer lugar, en la aparición de una subida de presión sanguínea y tensión arterial, seguido de una caída brusca de las mismas que provoca una disminución en el riego cerebral, causante de los mareos y desmayos típicos en este trastorno. A este tipo de respuesta se la denomina *respuesta bifásica*. Para combatir la brusca bajada de la presión sanguínea, resulta indicado tensar los grandes músculos del cuerpo con el objetivo de frenar la caída e invertir el proceso de disminución de riego sanguíneo.

En el presente trabajo se presenta un caso en el que se ha puesto en práctica la aplicación de tensión y la exposición en vivo, ideado por Öst (1986), que recibe el nombre de *Tensión Aplicada (Applied Tension)*.

El objetivo que se perseguía era capacitar al paciente para que pudiera someterse a cualquier tipo de intervención médica que supusiera punciones y/o extracción de sangre o similar. Después del tratamiento, a los 6 meses y al año de seguimiento, el sujeto continuaba con su total recuperación inscrito como donante de sangre.

Palabras clave: Hematófobia, respuesta difásica, aplicación de tensión, exposición en vivo.

Abstrac

Blood phobia differs from other simple phobias in the fact that it presents a consistent and unique physiological response pattern consisting of a initial increase in heart rate and blood pressure followed by a sharp decrease, leading to a reduction of the circulation of the blood in the brain that causes the typical dizziness and faints of this disorder. This kind of response is called biphasic response. It is advisable to tense the main muscles of the body to block the sharp decrease of blood pressure in order to stop the drop and reverse the process.

The present paper shows a case study in which this kind of paradigm has been used in different in vivo exposure situations which was elaborated by Öst (1986), is called **Applied Tension**.

The aim of the treatment programme was to train the patient to be able to suffer any kind of medical intervention implying punctures and/or blood tests/injections or similar situations. After the treatment process and at 6 month and a year follow ups, the subject showed a complete recovery and was registered as a blood donator.

Key words: Blood-phobia, biphasic response, applied-tension, exposure in vivo.

Introducción

La hematofobia es una fobia específica que se define como el miedo y la evitación de situaciones relacionadas directa o indirectamente con la sangre, las inyecciones y las heridas. (Marks, 1991). Es una de las fobias más frecuentes entre la población (American Psychiatric Association, APA, 1994) En los estudios epidemiológicos clásicos la tasa prevalencia de la fobia a la sangre varía de 31/1000 (Agras, Sylvester y Oliveau, 1969) hasta un 45/1000 (Costello, 1982), y se observa 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, 1987). Por lo que se refiere a la forma de adquisición, según los 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.

El interés clínico por este tipo de fobia, deriva de que el fuerte malestar que provoca en las personas que la padecen puede producir una incapacitación para afrontar situaciones en donde son necesarias intervenciones médicas, con el consiguiente perjuicio para su salud. La manifestación de cierto grado de temor o tensión ante este tipo de circunstancias se considera normal cuando se encuentra presente dolor y sufrimiento, siempre que no suponga limitación para la persona a la hora de desarrollar comportamientos, que aunque displacenteros, tienen como objetivo final el bienestar físico (Borda, Antequera y Picabia 1996). Cuando el temor alcanza un nivel excesivamente alto y predominan conductas de evitación y alta activación fisiológica persistente ante los estímulos, nos referimos a un trastorno fóbico (Vázquez y Buceta, 1990)

A diferencia de otras fobias específicas, la hematofobia se caracteriza porque los pacientes que la sufren exhiben un patrón fisiológico de respuesta único cuando son confrontados con los estímulos fóbicos (Sándin y Chorot.1995). La denominada *Respuesta bifásica* (Graham, Kabler y Lunsford.1961, citado por Öst y Ster-

ner 1987) 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 permanece en la situación. (Öst, Sterner y Lindahal, 1984 citados por Öst y Sterner 1.987)

Este tipo de respuesta sólo la presentan los hematofóbicos ante situaciones relacionadas con la exposición a la sangre (Öst, 1988), en cambio, en situaciones de estrés ordinario reaccionan de forma esperada, es decir, sólo con incrementos de la presión sanguínea y de la tasa cardiaca (Öst, Sterner, 1987). El 70% de los sujetos que padecen fobia a la sangre y el 56% de los que tienen fobia a las inyecciones han sufrido desmayos (DSM IV, APA, 1994) a causa de la bajada de tensión, o «síndrome vasovagal».

La fobia a la sangre se puede asemejar a las crisis de pánico, ya que en ambas aparece el miedo al miedo. (Clark 1988; Botella y Ballester, 1993).

En casos extremos, los mareos y pérdidas de conocimiento provocados por la *Respuesta bifásica* pueden ser el origen de las respuestas de evitación que llegan a producirse ante el temor al desmayo más que por la situación en sí (Bordá, Antequera, Picabia, 1996).

En lo que se refiere al tratamiento empleado para este tipo de trastornos, las estrategias utilizadas son diversas: desensibilización sistemática, modelado, exposición en vivo, entrenamiento en autoinstrucciones; todos ellos, basados en métodos comportamentales comunes que no toman en consideración la influencia de la *respuesta bifásica*. Esta variación en la activación fisiológica ha sido tenida en cuenta por Öst (1984) como parte de la técnica «*Tensión Aplicada*» que ha resultado tan efectiva como los demás pero presenta la ventaja de que puede realizarse en menos tiempo. (Öst, Fellenius y Sterner, 1991)

El método de *tensión Aplicada* tiene dos componente:

1. Adquirir la habilidad de detectar las primeras y más pequeñas señales que indican la bajada de la presión sanguínea y la aplicación de técnicas de tensión muscular, para invertir el proceso de caída de dicha tensión. (Öst, Fellenius y Sterner, 1991)

2. Exponer al paciente a diferentes situaciones fóbicas con el fin de adquirir y practicar el nuevo estilo de afrontamiento. (Öst, Fellenius y Sterner, 1991)

Los pasos a seguir según Öst y Sterner (1986) para la aplicación de la técnica son:

1. Descripción del patrón de la *respuesta bifásica*, y explicación sobre como la segunda parte de las respuestas, consistente en una rápida caída de la tensión arterial seguida de una reducción del riego cerebral, es lo que conlleva la posibilidad de sufrir mareos y desmayos.
2. Aprendizaje de técnicas de tensión sobre grandes músculos e identificación de los síntomas fisiológicos que indican el inicio de caída de la tensión sanguínea, para utilizarlos como señal en la ejecución de la técnica de tensión muscular.
3. Exposición a diversos estímulos fóbicos bajo supervisión terapéutica.

Estos planteamientos, sirvieron como base para establecer un programa de intervención en el caso de hematofobia que se expone a continuación.

Sujeto, motivo de consulta e historia del problema.

El paciente es un varón de 30 años, soltero, miembro de una familia numerosa, residente en una gran ciudad y con un nivel académico universitario. Laboralmente está en activo y con un alto grado de satisfacción con su trabajo. Sus relaciones familiares y de pareja las define como muy buenas y actualmente goza de buen estado de salud, no habiendo tenido en su historial médico ninguna enfermedad relevante.

Acude a consulta por sufrir mareos y desmayos tras las extracciones de sangre y en ocasiones ha llegado a perder el conocimiento durante algunos segundos.

La primera vez que sintió malestar fue a los 16 años cuando le sometieron a un análisis, con el fin de especificar su grupo sanguíneo. Cuenta que después de la intervención tras abandonar el establecimiento acompañado de algunos amigos,

se sintió indispuerto y tomó asiento en un banco en donde perdió el conocimiento. A partir de entonces, cada vez que se enfrenta a este tipo de situaciones, se repite la misma sintomatología.

Todos los años con motivo de las revisiones médicas debe someterse a pruebas sanguíneas y eso le hace experimentar bastante intranquilidad. Aproximadamente tres semanas antes de la cita médica siente tensión muscular y nota que sus movimientos son más acelerados, lo define como si se encontrara «alerta». Cuando falta una semana, los síntomas que aparecen son: respiración acelerada, sudoración, presión en la cabeza y también mantiene la mandíbula fuertemente apretada.

Al aproximarse la fecha de confrontación con los estímulos ansiógenos, sus pensamientos se relacionan con conductas de evitación y con contenidos del tipo «no voy», acompañados de sensaciones de nerviosismo y agitación. En cambio, en otras ocasiones, cuando la fecha de extracción sanguínea está más próxima, el contenido de los mensajes mentales es «voy y me enfrento», y en este caso puede ocurrir que toda la sintomatología disminuya, pero también puede darse que frente a estas mismas cogniciones aumente la activación. En otros momentos vuelve a pensar en evitar la situación, y en este caso también la activación es alta. Es interesante señalar, como en estas circunstancias, se pone de manifiesto dos componentes contradictorios de su conflicto que le producen ansiedad de igual forma: por un lado, el enfrentarse a la situación fóbica y por otro, la idea de evitar esa misma situación. En el primer caso, el miedo a exponerse a los estímulos fóbicos y a sus consecuencias, los mareos y desmayos, promueve la respuesta de evitación aunque sólo sea a nivel de pensamiento. En segundo lugar, la idea de no acudir a sacarse sangre hace emerger sentimientos de frustración por sentirse incapaz de ejercer control sobre la situación. La necesidad de sentirse eficaz a la hora de controlar sus reacciones físicas y mentales en las circunstancias que le resultaban tan desagradables fue un factor motivacional muy importante para el desarrollo y el éxito terapéutico; de hecho, cuando el paciente decidía acudir a hacerse el análisis de sangre, a veces, sentía alivio. El valor que daba el paciente a su percepción de control era muy significativo.

Cuadro 1. Análisis funcional		
ANTECEDENTES REMOTOS	MOTIVACIÓN	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> • Primer desmayo a los 16 años. • Mareos y desmayos en todas las intervenciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Muy buena adherencia al tratamiento. • Fuertes deseos de superar el problema. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacidad de afrontamiento. • Comprensión del proceso fisiológico y psicológico. • Apoyo social.
ANÁLISIS FUNCIONAL DEL PROBLEMA		
ESTÍMULOS ANTECEDENTES	CONDUCTA PROBLEMA	CONSECUENTES
<ul style="list-style-type: none"> • Pensar en análisis de sangre. • Ver instrumental. • Extracciones de sangre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Miedo a extracciones • Miedo a mareos y desmayos. • Pensamientos anticipatorios: <ul style="list-style-type: none"> – Me voy a marear. – Puede que me desmaye. • Reacciones fisiológicas: <ul style="list-style-type: none"> – Tensión. – Mareos, desmayos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados y atención. • Alivio.

Conforme se acerca el día de la extracción de sangre aumenta la tensión en la mandíbula, nota pesadez en los párpados, rigidez en el cuello, sensación de peso en la cabeza, mayor secreción salivar y en general sensación de aturdimiento.

En la última analítica de carácter voluntario, dudo hasta que tomó la decisión de someterse a la extracción, sus pensamientos estaban relacionados con anticipaciones de malestar, y sus reacciones emocionales era de miedo y temor. Acudió acompañado de su novia y ante la situación temida, notó dificultad para hablar (sólo emitió frases cortas), cierta vergüenza y calor en la cara. Pidió que le tumbaran en la camilla. Durante la extracción se sintió tenso, nervioso, con miedo, ganas de llorar y reír, temía que la aguja pudiera llegar a tocar el hueso, que saliera sangre sin control. Finalizada la extracción fue a la cafetería, se sentó y notó que se le iba la cabeza, flacidez en la musculatura, frío, un nudo en la garganta, la visión borrosa y pérdida de conciencia durante unos segundos. Pensaba en las sensaciones que tenía y que había tenido en el brazo a causa de la punción, y

temía que le pudiera estar saliendo sangre a pesar de haber terminado. Incluso durante su relato dice notar ciertas sensaciones desagradables en el brazo. Una vez que todo transcurrió, sintió alivio y cierta satisfacción por haberse enfrentado a la situación.

El paciente desea someterse a tratamiento porque entiende que sus reacciones son contraproducentes a la hora de desarrollar conductas para la salud. Se da cuenta de que su comportamiento es irracional y que mantiene un conflicto entre sus ideas y emociones. Piensa que «todos lo hacen», que el «no va a ser el único» y le molesta estar ante situaciones que no son controlables por él.

Evaluación

Instrumentos:

Junto con la entrevista de evaluación el paciente cumplimentó los siguientes instrumentos de evaluación:

- Registros de niveles de ansiedad.

- Historia Clínica (Elaborada por el SPA. UNED. 1999).
- Lista de Comprobación de Síntomas. SCL-90 R (Derogatis, 1983).
- Inventario de temores. FSS-III, (Sandín).
- Test de Ansiedad Estado-Rasgo, STAI (Spielberger et al., 1970, 1983).
- Inventario de Depresión de Beck. BDI (Beck et al., 1961, 1972).

El análisis de los resultados corroboró que el problema del sujeto se circunscribía únicamente a las situaciones relacionadas con la extracción de sangre. En el SCL-90 sólo se encontraron puntuaciones altas en los ítems referidos a la hematofobia, y lo mismo ocurrió en el Test Ansiedad Estado-Rasgo y en el Inventario de temores. Resulta interesante destacar que el estado de ánimo era muy positivo, en el BDI obtuvo una puntuación de 2. En los registros de los niveles de ansiedad el sujeto informaba del malestar percibido ante la situación y los estímulos fóbicos, a través de su puntuación en una escala de 1 a 10. Al inicio del tratamiento las puntuaciones referidas estaban en los niveles más altos y cuando finalizó el tratamiento, al igual que durante el período de mantenimiento, no fueron superiores a 4.

Problemas detectados

Los resultados de la evaluación y el análisis de los cuestionarios fue coherente con la demanda del paciente, la conducta problema estaba circunscrita a las situaciones de extracción de sangre pudiéndose desglosar en el siguiente orden:

Situaciones en las que aparece la conducta problema:

- Cuando piensa que debe realizarse un análisis de sangre.
- Cuando está en los lugares en los que se realiza extracciones de sangre o intervenciones médicas relacionadas con sangre e inyecciones.
- Sometiéndose a una extracción sanguínea.
- Después de haberse sacado sangre.

Las conductas problemas que se delimitaron para la terapia fueron:

- Miedo ante posible extracción de sangre
- Pensamientos anticipatorios y de preocupación y temor por las reacciones fisiológicas.
- Signos de activación fisiológica seguido de mareos y desmayos.

El diagnóstico según el DSM IV (APA 1995) fue: Fobia específica tipo sangre-inyecciones-daño.

Motivación y recursos

El nivel de motivación era muy alto, mostraba auténticos deseos de poder superar su problema y afrontaba la intervención terapéutica entendiéndola como una ocasión para conseguir su autodomínio y poder desenvolverse en las situaciones temidas, con la misma normalidad y éxito que mostraba en los diferentes ámbitos de su vida. Las percepciones de incontrolabilidad le servían de incentivo para demostrarse a sí mismo su capacidad de superación y se enfrentaba a su trastorno fóbico como un reto a superar. Cuando se le planteó la conveniencia de que al final del tratamiento debía inscribirse como donante de sangre, de cara al mantenimiento de objetivos, se mostró altamente motivado explicando que el comportamiento era congruente con su ideología y con los valores sociales y éticos compartidos por su entorno familiar y social.

El nivel de adherencia al tratamiento fue excelente, se implicó activamente en todas las tareas y el alto nivel académico e intelectual fueron recursos muy potentes para la consecución de objetivos, así como su fuerza de voluntad y disciplina. Contaba con apoyo social tanto por parte de su novia como por parte sus compañeros de trabajo.

Objetivos terapéuticos

- Disminuir y/o eliminar los pensamientos anticipatorios
- Proveer de estrategias de afrontamiento ante los estímulos fóbicos.
- Disminuir la activación fisiológica.
- Eliminar episodios de mareos y desmayos.
- Aumentar la percepción de eficacia y de control ante las situaciones ansiógenas.

Intervención

La intervención se desarrolló durante 7 sesiones. Una vez realizada la evaluación, se acordó con el paciente la aplicación de un tratamiento combinado de técnicas de exposición por aproximaciones sucesivas y aplicación de tensión, basado en la estructura del programa para fobia a la sangre de Öst (1986), que se llevó a cabo en las fases indicadas en el cuadro 2.

En la primera parte se informó de la lógica del tratamiento, se explicó detalladamente el

mecanismo de la *respuesta bifásica*, se señaló la importancia de entender perfectamente su funcionamiento, y se respondió a todas sus preguntas. Seguidamente, se pasó a entrenar al paciente en la técnica de tensar los grandes músculos de su cuerpo, brazos, torso, piernas durante 10-15 segundos aproximadamente, con pausas de 20-30 segundos en las que debía volver a un estado normal no relajado. Estas secuencias se repitieron 7 veces y se le indicó realizarlas en casa 5 veces al día.

Una vez que la conducta de tensión muscular estuvo instaurada comenzó la fase de exposición:

Cuadro 2. Programa de tratamiento

PROGRAMA DE TRATAMIENTO

(UNA VEZ REALIZADA LA EVALUACIÓN)

1.ª SESIÓN

- Descripción de la lógica del tratamiento.
- Respuesta a preguntas.

2.ª SESIÓN

- Aprendizaje de técnica de tensión: sentado tensar los músculos de brazos, torso, piernas (10-15 seg.). Soltar tensión y volver a un estado normal no relajado.
- Pausa de 20-30 seg.
- En casa repetir 5 veces al día.

3.ª SESIÓN

- Exposición a imágenes del estímulo fóbico.
- Reconocer signos de caída de tensión arterial.
- Aplicar la tensión.
 - Enseñar introspección.
 - Verbalización del paciente de indicios de caída de tensión.

4.ª SESIÓN

- Exposición a situaciones naturales: EXTRACCIÓN BREVE.

5.ª SESIÓN

- Exposición a Centro de Donación de Sangre. (VISITA SÓLO OBSERVACIÓN).

6.ª SESIÓN

- Exposición a Centro de Donación de Sangre:
EXTRACCIÓN PROLONGADA

SEGUIMIENTO: Un mes, seis meses, un año.

se instruyó al sujeto en que debía estar atento a las primeras señales de caída de presión sanguínea, para que en el menor tiempo posible, pudiera aplicar la tensión muscular. Como estímulos fóbicos iniciales para la primera sesión de exposición se buscaron fotos y dibujos de operaciones quirúrgicas, miembros amputados y escenas en las que estuviera presente la sangre. El mayor índice de aversión que mostró el paciente fue ante las imágenes de dibujos en los que aparecían con precisión exagerada venas y arterias.

La siguiente fase de exposición, se centró en las situaciones de extracción de sangre y se le confrontó a objetos específicos como: goma elástica para el brazo, algodón, jeringuillas, jeringuillas llenas de mercromina simulando sangre, agujas, y olor a alcohol característico de la situación fóbica. Para el tiempo intersesiones se le facilitó este material con el objetivo de que continuara en casa la exposición. Siempre con la indicación de percibir los signos de caída de tensión y la inmediata aplicación de tensión muscular.

Cuando la presencia y utilización de los objetos se normalizó, se acompañó al paciente a un centro para la realización de una pequeña extracción de sangre. El facultativo conocía al paciente de anteriores ocasiones, en las que se le tumbaba en camilla y se le atendía después hasta que se recuperaba. En esta ocasión estuvo sentado normalmente. La ausencia de mareos y desmayos propició en el sujeto percepciones de éxito y control, y reforzó su conducta de afrontamiento. La tarea para casa consistió en localizar un centro de donación de sangre y visitarlo. En el centro, el médico recibió al paciente y colaboró activamente en el programa de tratamiento, le enseñó todas las instalaciones, le invitó a manipular los utensilios utilizados, las bolsas de sangre y suero y hasta se le animó para que el paciente aprendiera a sacar sangre ofreciéndose él mismo como donante.

La última sesión de exposición consistió en acudir con el paciente a donar sangre, lo que suponía estar durante un período más largo y con mayor intensidad en contacto directo con los estímulos aversivos. Una vez finalizada con éxito la donación se acordó una cita para un mes más tarde en la cual se revisaron los logros y se planificó un contacto posterior coincidente con la próxima donación sanguínea.

Resultados

Al finalizar el tratamiento se habían conseguido todos los objetivos establecidos además, el éxito de la intervención aumentó la percepción de competencia. En lo que respecta a los pensamientos anticipatorios relacionados con los mareos y desmayos, inductores de las conductas de evitación y escape, fueron eliminados según iba adquiriendo conductas que demostraban la inadecuación de esos pensamientos en las mismas situaciones que antes eran invalidantes, y que gracias al cambio conductual se modificaron por ideas control. Las técnicas de aplicación de tensión dotaron al paciente de estrategias de afrontamiento eficaces, que fueron utilizadas para extinguir las respuestas fisiológicas nocivas invirtiendo la caída de la tensión arterial y desapareciendo los desvanecimientos.

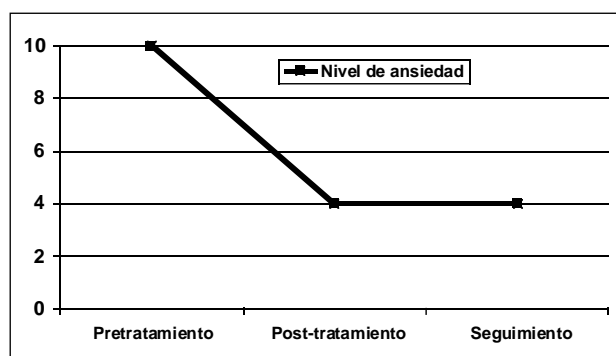


Figura 1. Niveles subjetivos de ansiedad (USA).

Los niveles subjetivos de ansiedad que se generaban ante las situaciones y los estímulos fóbicos decrecieron significativamente (figura 1). Al comienzo, el paciente informaba que el grado de ansiedad que percibía se encontraba en los niveles más altos ante la simple visión de objeto aversivos. Según se fueron instaurando las conductas adquiridas durante el tratamiento el paciente toleraba, con niveles de activación razonables, no sólo la presencia del instrumental para la extracción de sangre, sino también la manipulación de los mismos y, lo que es más importante, la intervención misma de extracción sanguíneas sin que se presentara en ningún caso los mareos y desvanecimientos.

Conclusiones

En el caso expuesto se pone de manifiesto una vez más la utilidad de los programas conductuales para el tratamiento de las fobias. Dentro de las diferentes técnicas, en aplicación clínica, la de uso más frecuente es las de exposición por considerarse la más eficaz para eliminar la conducta de evitación (Bordá, Antequera y Picabia, 1996).

La ansiedad como elemento fundamental de los trastornos hematofóbicos se manifiesta a través de la tensión muscular inicial que tras la desaparición de los elementos aversivos cambia a un estado de laxitud que puede terminar con la aparición del llamado «síndrome vasovagal», provocado por la caída de la presión arterial (bradicardia) causante de los desvanecimientos y pérdidas de conocimiento.

La aplicación de técnicas de tensión muscular (Öst, 1986) invierte el curso de la bajada de tensión y su estudio se está ampliando en diversas áreas: desde la realización del tratamiento en una sola sesión (Öst, 1989) hasta la investigación de los mecanismos que intervienen en los diferentes programas de tratamiento con aplicación de tensión, exposición en vivo, y sólo tensión (Öst, Fellenius y Sterner, 1991) y llegan a la conclusión de que podría utilizarse únicamente la tensión para obtener buenos resultados y por lo tanto podría obviarse el proceso de exposición. En el mismo estudio se señala que el aprendizaje de los signos de caída, al ser interpretados como señales para la aplicación de tensión, podrían tener doble finalidad; por un lado, parar e invertir los cambios en la presión sanguínea, y por otra, incrementar la autoconfianza ya que el paciente se sentiría seguro al percibir que tiene unas pautas de acción que puede utilizar ante los primeros síntomas.

En la intervención de este caso pudo confirmarse como sólo la ejecución de tensión muscular producía en el paciente la desaparición de los síntomas nocivos, pero aún así creímos adecuado aplicarla junto con técnicas de exposición graduada por considerar que resultaría más fácil de aceptar por el paciente un acercamiento progresivo a la situación temida y reducía al mínimo el nivel de incomodidad. Por otra parte la identificación de señales se utilizó y se percibió como elementos que promovían la autoeficacia

y resultó ser un elemento de gran valor para mantener y aumentar la motivación y la percepción de control.

Bibliografía

- Agras, S., Silvestre, D. and Oliveau, D. (1996). The epidemiology of common fears and phobia. *Comprehensive Psychiatry*, 10, 151-156.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. DSM-IV*. 414-420. APA. Washington, DC.
- Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (1995) *Manual de Psicopatología*. (91-92). España. McGraw-Hill.
- Bienvenu, O.J., y Eaton, W.W. (1988) The epidemiology of Blood-injection-injury phobia. *Psychological Medicine*, 28.
- Bordá, M., Antequera, R., y Picabia, A. (1996) Orientaciones terapéuticas en el tratamiento de la hematofobia. *Boletín de Psicología*, 40, 67-86.
- Bordá, M., Baez, C., Echeburúa, E. (1993) Tratamiento de exposición en un caso de fobia a la sangre. *Análisis y Modificación de conducta*, 66 583-607
- Bordá, M., Rodríguez, L., Antequera, R., Blanco, A. (1999). Predicción de resultados: gravedad de la hematofobia, variables de personalidad y éxito terapéutico. *Análisis y Modificación de Conducta* Vol. 25. 103.
- Botella, C., Ballester, R. (1993) Análisis experimental del fenómeno del pánico. El papel de las cogniciones en las crisis de angustia. *Psicología conductual*, 1, 255-270
- Clark, D.M. (1988). A cognitive model of panic attacks. In S. Rachman y J.D. Maser (Eds). *Panic: Psychological perspectives*. Hillsdale. New York. Erlbaum.
- Costello, C.G. (1982). Fears and phobias in women: A community study. *Journal of Abnormal Psychology*, 91 280-286.
- Marks, I. (1987). Blood-injury phobia. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1207-1231.
- Marks, I. (1991) *Miedos, fobias y rituales; Los mecanismos de la ansiedad*. Barcelona: Martínez Roca.
- Öst, L.G., Fellenius, J., Sterner, U. (1991) *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 29. 6. 561-574.
- Öst, L.G. (1989) One-session Treatment for specific phobias. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 27. 1. 1-7.
- 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., Sterner, U. (1987) A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*. Vol. 25, 1, 25-29.

Vazquéz, M.I., Buceta, J.M. (1990) Características peculiares de la fobia a la sangre, las enfermeda-

des y las lesiones físicas: posibles implicaciones terapéuticas *Psquis*, XI, 42-47.