



ISSN 2255-5609

Revista de Casos Clínicos en Salud Mental

TRATAMIENTO DE UN CASO DE FOBIA A LAS INYECCIONES SIN RESPUESTA BIFÁSICA.

Alba Luque González
Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (CPA-UAM)

TREATMENT OF A CASE OF INJECTION FOBIA WITH NO BIPHASIC RESPONSE

Alba Luque González
Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (CPA-UAM)

AFILIACIÓN INSTITUCIONAL (Correspondencia)

Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid (CPA-UAM)
C/ Esteban Mora, 6, 4ºB 28027 MADRID
Correo: alba_luque@hotmail.com

Tratamiento de un caso de fobia a las inyecciones sin respuesta bifásica.

La fobia específica, de acuerdo al DSM V, es un desorden caracterizado por el miedo intenso, irracional y exagerado ante un objeto o situación específicos, o ante la anticipación de los mismos. Estos estímulos desencadenan en el sujeto una gran ansiedad, y conductas de evitación y/o escape. En este artículo se expone el caso de Lola, una mujer de 25 años, con un trastorno de fobia a las inyecciones. Nunca se había expuesto a un análisis de sangre. La terapia constó de siete sesiones, cinco de ellas de tratamiento. Se usaron técnicas cognitivo-conductuales, destacando la exposición con prevención de respuesta. Se obtuvieron datos pre-post de diferentes cuestionarios y puntuaciones de ansiedad en la exposición que muestran la habituación de la paciente. En definitiva, se trata de un estudio de caso único de fobia a las inyecciones que demuestra la eficacia de la exposición para el tratamiento a las fobias específicas.

Palabras Clave: Fobia, inyección, exposición, sangre.

Treatment of a case of injection phobia with no biphasic response.

Specific Phobia, according to the DSM-V, is a disorder characterized by an intense, irrational and exaggerated fear of a specific object or situation, or by the anticipation of these. These stimuli trigger in the subject high anxiety and avoidance and / or escape behaviours. This article presents Lola's case, a 25-year-old woman with an injection phobia disorder. She had never undergone a blood analysis. The therapy lasted seven sessions and five of them consisted on treatment. Cognitive-behavioural techniques were used, encouraging exposure with response prevention. Pre- and post-data from different questionnaires and anxiety scores on the exposure were obtained showing patient habituation. In short, this is a unique case study of injection phobia that demonstrates the efficacy of exposure for the treatment of specific phobias.

Key-Words: Phobia, injection, exposure, blood.

Tratamiento de un caso de fobia a las inyecciones sin respuesta bifásica.

INTRODUCCIÓN

La ansiedad es un mecanismo natural y adaptativo que permite a la persona, en un momento de potencial peligro, actuar de una manera rápida y eficaz. La ansiedad, por tanto, no es negativa. Es más, en muchas ocasiones es algo que nos ayuda y nos permite salvarnos de grandes peligros y amenazas. La ansiedad permite centrar nuestra atención en la experiencia desagradable para así intentar reducirla mediante un *cambio de estrategia*. Por tanto, hay que diferenciar entre *trastornos de ansiedad* y ansiedad. La principal diferencia entre ansiedad y trastorno de ansiedad no sería el mecanismo de ansiedad en sí, sino la activación de la misma en situaciones innecesarias.

El trastorno de ansiedad ha querido ser explicado durante muchos años por diferentes autores y corrientes. La rama conductista considera que dicho trastorno se genera ante un estímulo neutro asociando éste a una experiencia u estímulo altamente amenazante (por ejemplo, Wolpe, 1993b). Por otro lado, Freud (1915-17), desde el psicoanálisis, postula, en un primer momento, que la ansiedad era la acumulación de tensión sexual no resuelta. Más adelante, en 1926, considera que el trastorno de ansiedad se genera ante estímulos inconscientes que irrumpen en la conciencia. Desde la rama bioquímica se han generado diversas teorías sobre la causa del mismo, como la de Pitts Jr (1967), que lo relacionaba con la falta de calcio o el exceso de ácido lácteo. Estas tres ramas explicadas proponen la causa del trastorno de ansiedad a factores externos al individuo. Sin embargo, según el modelo cognitivo de Beck (1980), para comprender esta problemática es esencial preguntar a la persona ansiosa por las imágenes y pensamientos que trae a su cabeza y así poder entender su marco de referencia y sus distorsiones cognitivas, es decir, darle importancia a los factores internos, a los modelos cognitivos que estructuran la percepción de peligro errónea tanto de estímulos internos como externos.

Existen diferentes tipos de trastornos de ansiedad. En este caso, el que nos compete es la **fobia específica**. Según el DSM V (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013), la fobia específica es un miedo o ansiedad intensa que una persona experimenta ante determinados objetos o situaciones. La fobia podríamos decir que tiene tres características que la definen. En primer lugar, el elevado grado de **ansiedad** generado ante la presencia o anticipación del estímulo temido, en segundo lugar, el deseo irrefrenable de **huir o escapar**, como ya hemos resaltado, y por último, la capacidad de reconocer, fuera de la situación fóbica, el **carácter exagerado** de su miedo, así como de su incapacidad para eliminarlo por sí misma (Beck, 1980).

Dentro de las fobias específicas se incluyen un alto rango de estímulos temidos, lo cual complica la evaluación y el tratamiento protocolarios al mismo trastorno, ya que las manifestaciones clínicas pueden ser muy diferentes. Según el DSM V las fobias se dividen en tres: fobia social, agorafobia y fobia específica. Siendo esta última la categoría residual para todos aquellos estímulos que distan de lo social o de los ataques de pánico. Dentro de fobia específica está la **fobia a la sangre, a las inyecciones y a las heridas (SIH)** que es la que nos compete en este caso.

El repertorio conductual típico en esta clase de fobias es igual que el que muestran el resto de fobias a nivel motor y cognitivo (evitación y pensamientos anticipatorios), y característico a nivel psicofisiológico: patrón de respuesta específico o *respuesta bifásica* (Borda, 2001). En la primera fase aumenta el ritmo cardíaco, la presión arterial y la tasa respiratoria. En la segunda fase, estos niveles decrecen de manera brusca: la tasa cardíaca se enlentece (30-45 pulsaciones por minuto) y la presión sanguínea disminuye pudiendo llegar al desmayo (Vázquez y Buceta, 1990). Algunos escritores (como Graham, 1997) han definido esta respuesta como una reacción adaptativa e innata al peligro (una *reacción primaria* según A. Beck), ya que la finalidad sería en primer lugar sacar a la persona de la situación de peligro y si estuviera sangrando, la respuesta autonómica fomentaría la conservación del suministro de sangre, y además, favorecería que la persona no se involucrase en una actividad posterior que acusara la pérdida de sangre. Sin embargo, como bien apunta Badós (2009) “*no todos los fóbicos a la SIH presentan la respuesta difásica*”. Aunque a nivel motor, la conducta que se genera es común en todas las fobias (evitación o escape), una característica también distintiva en la fobia a las inyecciones, es que la persona no huye de la situación temida, sino que presenta temor al desmayo (Marks, 1988). Es más, las personas con esta fobia experimentan sensación de repugnancia y náuseas más que de ‘miedo’. Aunque las situaciones evitadas suelen ser, en primera instancia, las relacionadas con extracciones de sangre, esta fobia puede interferir de manera más significativa en la vida de la persona, por ejemplo, evitando intervenciones quirúrgicas, rechazando carreras relacionadas con el área sanitaria (medicina o enfermería), o incluso evitando el embarazo por miedo al proceso y al propio parto (este suele ser un motivo frecuente para querer superar la fobia), (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1996).

Durante la primera mitad del siglo XX, los tratamientos psicológicos destinados a superar las fobias específicas se reducían al psicoanálisis. En cuanto al tratamiento biológico los fármacos más utilizados son los betabloqueantes y las benzodiazepinas. En 1958, Wolpe introduce la *terapia de conducta*, cuya herencia llega hasta nuestros días, donde aún hoy la característica principal es la **exposición** a los estímulos temidos, cuyo objetivo es estar en presencia de la amenaza sin las consecuencias esperadas. Se introduce con este autor la desensibilización sistemática, cuyo principio básico es la *inhibición recíproca*, es decir, el propósito es conseguir una respuesta inhibitoria de ansiedad ante los estímulos fóbicos, de manera que disminuya la conexión entre dichos estímulos y la ansiedad generada ante ellos. Afín a esta técnica nacen otras como la exposición gradual o la inundación, que tienen la exposición como elemento principal y cuya eficacia ha sido altamente demostrada para el tratamiento de fobias en comparación con otros métodos alternativos. Así lo evidencian en su meta-análisis Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers y Telch (2008). En cuanto al tratamiento biológico, es Bados (2009) quien postula las posibles evidencias de la ineficacia de los fármacos para este tipo de problemática.

Capafóns (2001), postula como elemento común de los tratamientos de las fobias específicas: la exposición, y señala como diferencias entre las distintas terapias los siguientes parámetros: La forma de presentación del estímulo; Las respuestas de los pacientes; Tipo de ayuda para la inducción de la respuesta del paciente y el uso o no de técnicas cognitivas para el control de las respuestas cognitivas de los pacientes.

Centrándonos en el tratamiento de la fobia a las SIH, además de la exposición también es relevante hablar de la **técnica de tensión aplicada** de Öst y Sterner (1984) que pretende dar solución a la respuesta bifásica. Esta técnica consta de dos partes: (1) aprender a tensar los músculos del cuerpo, y (2) aprender a identificar los primeros

síntomas de la caída de la presión sanguínea (del síndrome vasovagal) para aplicar la técnica de tensión en los momentos de exposición. Resaltar también que aunque el porcentaje de éxito de los tratamientos de exposición a las fobias específicas oscila el 80% (Ruhmland y Margraf, 2001), aún queda mucho trabajo por hacer para conseguir dar respuesta al 20% de personas que no consiguen superar el problema.

A continuación, se presenta la descripción y el estudio de un caso clínico de fobia a las inyecciones. Los estudios de caso único (ECU) suponen un puente de unión entre la investigación y la práctica clínica, por ello se considera oportuno y relevante continuar con la publicación de los ECU, ya que como expone Roussos (2007) aportan numerosas ventajas al desarrollo de la competencia psicológica como la generación de hipótesis, el estudio de casos atípicos, la demostración de evidencias o contra-evidencias de teorías, etc. En la línea de la publicación de ECU de tratamientos para la fobia a las SIH se han encontrado artículos como el caso infantil de Borda, Martínez y Blanzo (1997); el caso de una mujer adulta de Navarrete y Rando de la universidad de Málaga (s.f.); el caso de un hombre adulto de Nieto y Mas (2002) y el más reciente el caso de una mujer adulta de Espada, Méndez y Orgilés (2004). Todos ellos poseen la característica común de haber utilizado la técnica de Tensión Aplicada para la respuesta bifásica ya que sus pacientes referían haber experimentado mareos o desmayos. El presente artículo pretende seguir con la tradición de publicación de ECU del tratamiento de fobia a las SIH ya que hace más de una década desde el último artículo publicado. Además, resulta interesante la inexistencia de la respuesta bifásica en el caso que a continuación exponemos, lo cual hace innecesaria la aplicación de la técnica de Tensión Aplicada.

PRESENTACIÓN DEL CASO

El caso que aquí se expone fue tratado desde una perspectiva cognitivo-conductual por una psicóloga joven, experta en trastornos de ansiedad en población adulta, con aproximadamente un año de experiencia en la práctica clínica y una psicóloga en prácticas que colaboró como coterapeuta en la terapia.

Identificación del paciente y motivo de consulta

Lola. Mujer de 25 años. En el momento de la evaluación convive con sus padres en su domicilio de Madrid. Es la menor de dos hermanas. Terminó sus estudios de derecho en 2013 y no tiene trabajo. Estudia para opositar. Tiene pareja desde hace tres años. Es una persona socialmente activa.

Acude a Avance Centro de Psicología derivada por su psiquiatra. La primera sesión tuvo lugar en enero de 2015. Su motivo de consulta fue “superar mi miedo a las inyecciones”. Refiere no haberse hecho un análisis de sangre nunca.

Descripción del problema

Lola refería tener un miedo exagerado e irracional a las inyecciones en particular, aunque contaba que nada relacionado con la medicina, como los médicos, los hospitales, los centros de salud, etc. es de su agrado.

Su objetivo principal era poder hacerse un chequeo rutinario en el que poder incluir una analítica de sangre y poder asistir a todas las citas médicas, sin miedo a que le pautaran una analítica.

Evaluación

Para la evaluación del caso se usaron los siguientes instrumentos:

- *Entrevista semiestructurada.*
- *Historia Biográfica del Centro de Psicología Avance*, informe relleno por Lola, en el que se recoge información tanto de la problemática, origen y mantenimiento, como de otros aspectos socioeconómicos, así como información sobre la motivación, interés y expectativa de la terapia.
- *Cuestionario de Estilo Cognitivo (Mansilla-Cabanillas, 2003)*, evalúa el grado de acuerdo con creencias disfuncionales descritas por Ellis, mediante una escala de 5 puntos, en la cual 1 es “completamente en desacuerdo” y 5 “completamente de acuerdo”.
- *Cuestionario de Temores (FSS-III) (Wolpe J. y Lang P.J., 1964. Adaptación Española: J.A. Carrolles, 1986)*, evalúa la intensidad del miedo irracional ante distintos estímulos. Siendo las seis dimensiones medidas: Evaluación social negativa, fobia a los animales, aprensión al sufrimiento, tendencia obsesiva, claustrofobia, sensibilidad ante la violencia e interacción social. “La consistencia interna es de KR-20=0.98, y el coeficiente de fiabilidad de 0.97” (Ficha técnica, Universidad Complutense de Madrid).
- *El Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA) (Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J., 1999)*, evalúa el nivel general de ansiedad, los tres sistemas de respuesta por separado (cognitivo, fisiológico y motor) así como cuatro áreas situacionales de la ansiedad (ansiedad a la evaluación, situaciones fóbicas, situaciones de la vida diaria y relación interpersonal). La correlación test-retest es de 0.81 y la consistencia interna oscila entre 0.92 y 0.99.

Durante las **entrevistas** Lola demostró altas habilidades sociales. Era destacable su alta motivación a la terapia. Por todo ello, la alianza terapéutica se estableció con facilidad.

Lola contaba que el motivo de su decisión no era otro que un propósito de año nuevo.

Lola se describía como una persona sana, nunca había tenido ningún episodio grave en el que tuvieran que intervenirle, ni ninguna enfermedad que la hiciera acudir al hospital. Por este motivo, también, ha sido fácil evitar todo lo relacionado en este campo: hospitales, agujas, sangre, vías, etc.

En su familia sólo su madre tenía cierta aprensión a las agujas e inyecciones, y aunque lo verbalizaba y se conocía, no le impedía realizarse análisis cuando su médico lo requiere. Ni su padre ni su hermana parecían tener este miedo.

Lola no parecía comprender la causa de su miedo. Sin embargo, reconoce que en su infancia se lo pusieron muy fácil siempre para no pasarlo mal. Su pediatra pensaba que no era necesario exponer a Lola a algo que no le gustaba por lo que nunca requirió que la niña se hiciese un análisis de sangre. Sin embargo, su cartilla de vacunación está completa. No recordaba ninguna situación concreta en la que se hubiera sometido a una inyección, pero sí la sensación de desagrado y malestar que generaba cuando acudía al

centro de salud a vacunarse. Recordaba el miedo de su madre “aunque no es tan acusado como el mío, también le produce desagrado y yo lo he visto siempre”.

Durante su adolescencia su madre quiso vacunarla del virus del papiloma humano, que constaba de tres dosis. Lola buscó información en contra de ella para convencer a su madre de que no sólo no era necesaria sino que también podría ser dañina.

Su médico de cabecera le derivó en un par de ocasiones al servicio de enfermería para realizarse análisis de sangre. Lola nunca acudió a estas citas, ni siquiera llegó a pedir hora para ello.

Siempre que podía evitar ir al médico así lo hacía, no por miedo al médico, sino por miedo a que le mandaran hacerse algún análisis. Lo mismo ocurría con el ginecólogo. En 25 años nunca había ido al ginecólogo por miedo a que pudieran derivarle para hacerse análisis.

Hacia dos años su madre la había convencido para acudir a una farmacia a hacerse un análisis de glucosa. Al ser, aparentemente, más inocuo porque se trataba de un pinchazo en el pulgar Lola aceptó. Recordaba esta situación como ‘traumática’. Antes de llegar a la farmacia ya estaba muy nerviosa, incluso desde el día de antes no paraba de pensar en ello. El día en cuestión Lola, acompañada por su madre, llegó hasta la farmacia, y nada más llegar, antes incluso de que sacaran el instrumental, se puso a llorar y a gritar y se fue corriendo de allí. Desde entonces su madre nunca más volvió a insistir.

Para Lola tampoco eran agradables las agujas de coser o los alfileres. Durante la época escolar algunos de sus compañeros jugaban con las agujas a hincárselas en la piel de los dedos, y ella siempre evitaba mirar y se iba del lugar. No le importaba ir a los hospitales cuando había alguien ingresado, aunque no le gustaba ver ni imaginarse la vía de las muñecas o las manos. La última vez que tuvo que ir a un hospital, porque habían ingresado a su padre, éste le anticipó por teléfono que tataría la vía con la sábana para que estuviera tranquila. Las heridas, aunque no eran tan desagradables como las inyecciones, tampoco le gustaban. Había intentado ver alguna operación en youtube como ‘reto personal’. Pero nunca las había acabado de ver del todo. Le producía desagrado y asco.

Lola no había recibido terapia psicológica nunca, ni por esta, ni por cualquier otra problemática. Su entorno social le reforzó la decisión de acudir al psicólogo.

Por último, aunque el patrón fisiológico típico de estas patologías suele ser la **respuesta bifásica**, acabada en desmayo, Lola no refería haber sentido nunca mareos, ni signos de desvanecimiento. Por lo que, aunque en la introducción se menciona la técnica de tensión aplicada de Öst, decidimos no utilizarla al no ser necesaria en este caso.

Formulación clínica del caso

El origen de la fobia de Lola podemos explicarlo por **condicionamiento clásico** y por **aprendizaje observacional**, o modelado.

Por un lado, la madre de Lola, había mostrado durante toda su vida su desagrado a los análisis de sangre y a las inyecciones. Lola desde pequeña observó el miedo de su madre ante estas situaciones, y aprendió, por modelado, la forma de comportarse ante ellas.

Por lo tanto, Lola establecía una reacción condicionada ante las inyecciones (Estímulo Condicionado, EC), respondiendo con pensamientos sobre la peligrosidad de las mismas (Respuesta Condicionada, RC), (Figura 1).

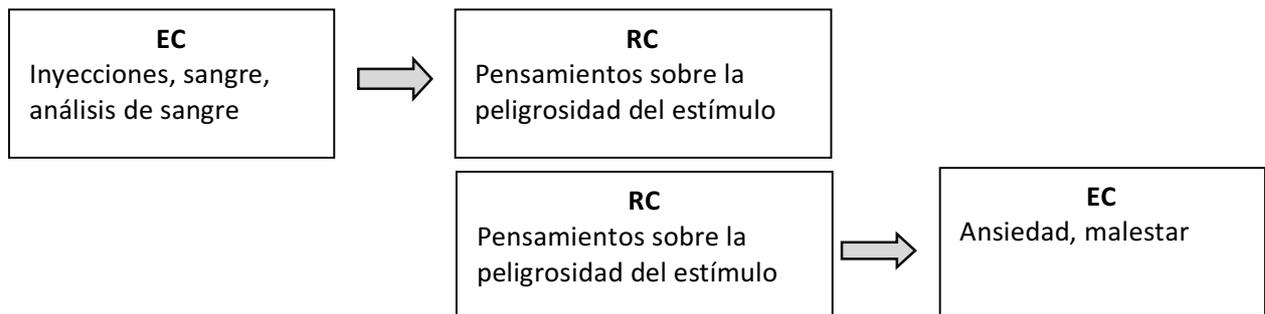


Figura 1: Respuesta condicionada

Es decir, Lola ante la anticipación de esta situación, aparentemente inocua, generaba una serie de pensamientos de que algo malo iba a ocurrir, y estos pensamientos desembocaban en la sensación física de ansiedad (sudoración, taquicardia...), que a su vez generaba pensamientos aún más catastrofistas como: “si estoy tan nerviosa será que es algo malo” o “no me voy a poder controlar”, que al mismo tiempo aumentaban la aparición de pensamientos de amenaza y peligro. Se entraba así en una escalada de pensamientos negativos y sensaciones físicas desagradables. El malestar generado por ello puede llegar a ser incapacitante y muy molesto. Esta escalada se generaba de manera automática ante situaciones similares (ir al médico, agujas de coser, etc.), o ante la anticipación de las mismas (Ver figura 2).

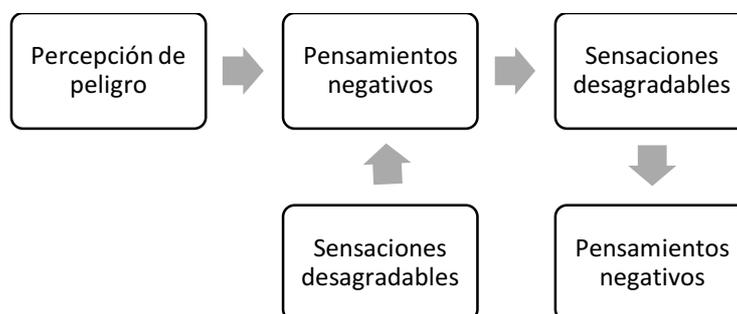


Figura 2: Círculo automático generador de ansiedad

¿Y por qué esta asociación se seguía repitiendo? Porque Lola había generado conductas que favorecían el mantenimiento del círculo. Cuando Lola se enfrentaba a estas situaciones (o su anticipación) automáticamente generaba la sensación de malestar y Lola, para huir de esa sensación desagradable, ponía en marcha conductas de evitación o

escape, que le permitían alejarse del peligro percibido, por ejemplo, huir de la farmacia, negarse a ponerse una vacuna, no acudir a los análisis, no ir al médico, etc.

Estas conductas le permitían sentirse más aliviada, por lo que se mantenían por un proceso de reforzamiento negativo. Además, aunque ella no lo hiciera con este propósito, Lola ganaba también atención social, factor que también fomenta el mantenimiento del problema (Ver *Figura 3*).

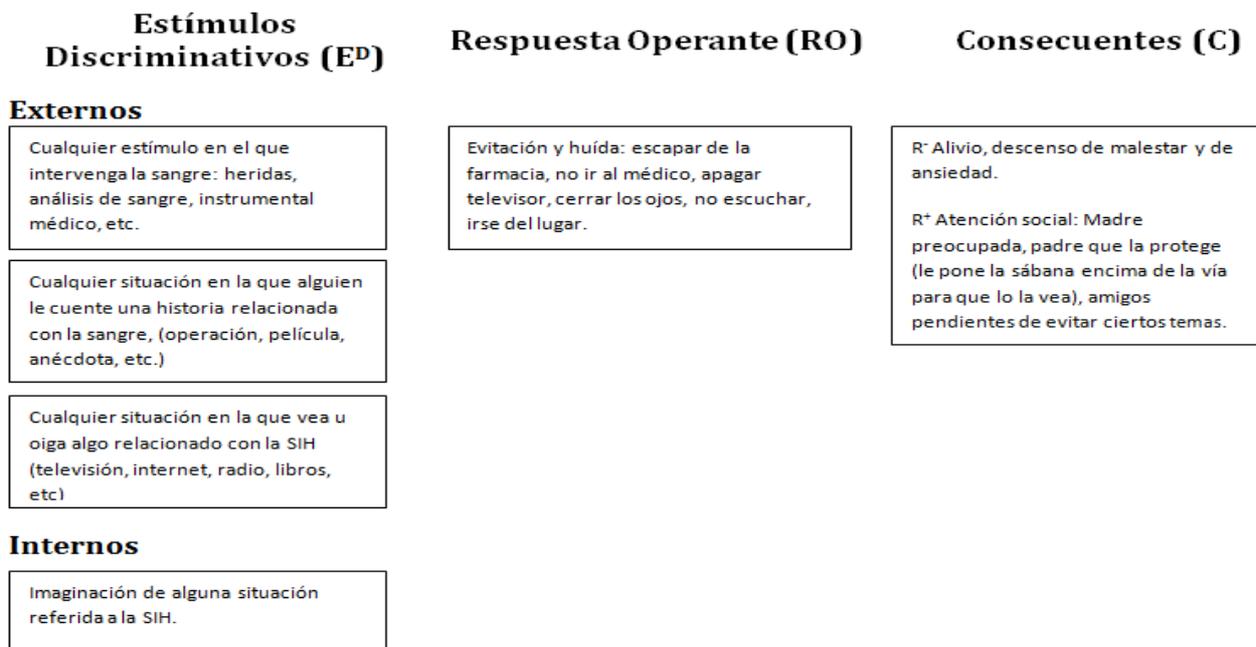


FIGURA 3 Análisis Funcional del Caso de Lola

En conclusión, el origen de la fobia fue por aprendizaje vicario y Condicionamiento Clásico, y el mantenimiento por Condicionamiento Operante. Este proceso de adquisición y sostén de la fobia es respaldado por varias teorías, entre ellas la primera planteada fue la teoría bifactorial de Mowrer (1947), que explicó la conducta de evitación mediante un doble proceso de condicionamiento clásico y operante.

TRATAMIENTO Y OBJETIVOS

De acuerdo con las entrevistas realizadas con Lola y a la formulación clínica del caso, se constató que los objetivos de tratamiento deberían ir enfocados a tres puntos:

- (1) En primer lugar, controlar la ansiedad generada por Lola ante la presencia o anticipación de los estímulos temidos. Para este objetivo se utilizó la técnica de la respiración diafragmática o profunda, debido a su sencillez, a la rapidez de aprendizaje y a la facilidad de aplicación en cualquier situación.
- (2) En segundo lugar, conseguir que Lola eliminara la ansiedad generada ante las inyecciones, y por consiguiente, pudiera ir al médico cuando precisara, y pudiera hacerse un análisis de sangre. Para ello, se eligió la técnica más potente, la exposición gradual con prevención de respuesta, acompañada del uso de autoinstrucciones y la descripción objetiva.

- (3) Por último, eliminar ideas irracionales sobre las consecuencias de las inyecciones y modificar las anticipaciones catastrofistas por pensamientos racionales y adaptativos mediante reestructuración cognitiva.

Aplicación del Tratamiento

Debido a la especificidad de la problemática, la evaluación del caso sólo ocupó una sesión y parte de la segunda. Además, la motivación, el compromiso y la alianza terapéutica establecidos facilitaron el transcurso rápido de la terapia. La frecuencia de las sesiones fue de una vez por semana, en sesiones de entre 45-60 minutos de duración. Entre la sexta y séptima sesión pasaron dos semanas, para que a la paciente le diera tiempo de pedir la cita para el análisis de sangre.

Durante la primera sesión, se pretendió descubrir todos los elementos relevantes del origen y mantenimiento de la fobia de Lola, así como asentar una buena alianza terapéutica. Para ello, entre otros factores, se analizaron cuáles eran los pensamientos que Lola tenía detrás de su miedo que favorecían su mantenimiento: (1) *No lo podré soportar*, (2) *Se puede romper la aguja dentro de la piel*, (3) *Saldré corriendo*, (4) *Lloraré y gritaré, dando un espectáculo*, (5) *Me puede dar un infarto*, (6) *Me dolerá mucho*, (7) *Me desmayaré*.

Se entregaron a la paciente los cuestionarios y herramientas de evaluación indicadas anteriormente para que los trajera completados en la siguiente sesión.

Tratamiento

En la segunda sesión se revisaron la historia biográfica y los cuestionarios y se le explicó el análisis funcional (AF) de su caso. Para ello se hizo uso de un programa de psicoeducación en el que se explicó previamente cual era el funcionamiento de la curva de ansiedad ([Ley de Yerkes-Dodson](#), 1972) y cuáles eran las diferencias entre ansiedad adaptativa y ansiedad patológica, como también se explicó la diferencia entre miedo y fobia.

Después se procedió a establecer la jerarquía de ítems fóbicos. Para ello se siguió el esquema de Sosa y Capafons (2005): (A) Determinar los parámetros relevantes del estímulo fóbico, (B) Combinar los parámetros en elementos, (C) Valorar los elementos de forma cardinal y (D) Ordenar los elementos de menor a mayor por contraste.

Lola estableció los parámetros que influían en su fobia (tabla 1):

Parámetros influyentes en la fobia a las SIH
1. Persona ajena o ella misma
2. Cantidad de dolor que la persona sufra
3. Cantidad de sangre
4. Lugar en el que se encuentre
5. Grado de invasión de la aguja en la persona
6. Tipo de exposición (tele, directo, contado...)
7. Estar sola o acompañada
8. Actitud de la persona que sufre la herida o inyección (llorar, cara de dolor, etc.)

Tabla 1 Factores influyentes en la fobia de Lola

Con estos parámetros elaboramos la tabla 2 de ítems fóbicos:

<i>Ítems fóbicos ordenados de menor a mayor nivel de ansiedad</i>
1. Ver una aguja de coser
2. Alfiler en un pinchazo
3. Ver anuncios de campañas de vacunación
4. Ir a un hospital
5. Dilataciones, nuevos agujeros
6. Ver un análisis de sangre en el ordenador en alguien que no le importe
7. Ver un análisis de sangre en el ordenador en alguien que lo pase mal
8. Ver una prueba en la que alguien se pincha para ver la glucosa
9. Ver una operación quirúrgica en el ordenador
10. Olor a hospital
11. Ver y manipular material quirúrgico
12. Cinta elástica del análisis
13. Esparadrapo en el brazo
14. Ver jeringuilla con aguja
15. Ver a otro hacerse un análisis
16. Hacerte un análisis de glucosa
17. Hacerte un análisis de sangre acompañada
18. Hacerte un análisis de sangre sola
19. Operarte y quedarte ingresada en el hospital

Tabla 2 Ítems fóbicos

Se decidió no exponer a Lola a todos los ítems de la lista puesto que se analizó que el nivel de ansiedad que diferenciaba a uno de otro no era muy alto. Por ello, la exposición se hizo seleccionando ítems con ansiedad baja-media-alta de toda la lista.

En la tercera sesión, Lola explicó detalladamente el AF de su caso cerciorando la comprensión del mismo. Se enseñó a Lola, mediante instrucciones y modelado, la **respiración diafragmática**, el funcionamiento de la misma y su funcionalidad en la terapia. Además, para el afrontamiento de la exposición se le explicó la **descripción objetiva**, estrategia de ayuda útil para parar aquellos pensamientos perturbadores que tengan lugar durante la exposición ya que estaría más centrada en describir lo que ve que en sentir la ansiedad. Y por último, se instó a que durante todo el proceso, tanto durante la exposición, como durante los días entre sesiones, se creara y se dedicara mensajes que reforzaran y reconocieran el trabajo que estaba haciendo “lo estoy haciendo muy bien”, “podré hacerlo”, “¡qué valiente soy!”, etc. Esta técnica es conocida como **autoinstrucciones** (Meicenbaum, 1977), es una técnica cognitivo-conductual, cuyo objetivo es provocar cambios en la conducta manifiesta de la persona, mediante la modificación o sustitución de autoverbalizaciones internas (pensamientos), por otros más adaptativos.

Se comenzó en esta misma sesión el proceso de exposición, durante el que se usó una escala para determinar el grado de ansiedad de la paciente del 0 al 10, siendo 0 nada de ansiedad y 10 máximo nivel de ansiedad. En todas las sesiones, se siguió el siguiente esquema: (1) Valoración de la ansiedad pre-exposición, (2) Exposición a los distintos estímulos fóbicos (con variaciones según los distintos parámetros) hasta el descenso de ansiedad del 20-25% de la ansiedad inicial, (3) Reforzamiento del terapeuta de lo logrado en sesión y (4) Pautar repetir ejercicio de exposición en el periodo inter-sesiones con los mismos estímulos. Durante todo el proceso se usaron el resto de técnicas y estrategias aprendidas (respiración diafragmática, autoinstrucciones y descripción objetiva) para

facilitar la habituación. Las autoinstrucciones se usaron antes, durante y después de la exposición, mientras que la respiración se utilizó durante la exposición para disminuir la ansiedad de forma más rápida.

Se comenzó por el primer ítem: un acerico de alfileres y agujas (Gráfica 1). Es reseñable que, en el momento que dijimos “comenzamos con la exposición” Lola mostró una ansiedad pre-exposición muy elevada (8). Sin embargo, el comienzo de la exposición con el primer ítem tuvo una ansiedad menor (6). En esta situación, la terapeuta fue exponiendo a Lola con el objeto del alfiler usando variaciones respecto al parámetro 1 y 5 (**persona ajena o ella misma y grado de invasión**), empezando por observar el alfiler apoyado en el dedo de la terapeuta (situación 1) hasta ser la propia paciente la que se pinchara a sí misma con el mismo alfiler (situación 9).

En la cuarta sesión, además de haber hecho las tareas inter-sesiones, trajo una foto con el alfiler pinchado en su dedo a través de la piel que mostró con orgullo y que, según relató, fue muy reforzado por su entorno social próximo. Se continuó el proceso de exposición con el visionado de tres grabaciones de inyección de vacunas. En esta ocasión se manipuló el parámetro 5 de la tabla 2 (**Grado de invasión**): en el primer vídeo sólo se observaba el esparadrapo, en el segundo se observa cómo ponían la vacuna pero no salía la aguja y en el tercero se observa explícitamente la aguja introduciéndose en el brazo. Se continuó la sesión visualizando vídeos de análisis de sangre explícitos, manejando el parámetro 2 y el 8 de la tabla 1 (**grado de dolor y actitud del paciente**): en el primero el grado de dolor mostrado era bajo y la actitud positiva, en el segundo el grado de dolor medio y actitud positiva y en el tercero el grado de dolor era alto y la actitud negativa. En esta ocasión Lola tenía como tarea inter-sesión la visualización de los vídeos hasta que la ansiedad descendiera.

Al comenzar la quinta sesión Lola no sólo había hecho sus tareas sino que había buscado muchos más, incluso más ansiógenos y había conseguido habituarse y reducir su ansiedad. Se expuso a Lola a material quirúrgico, con una ansiedad pre-exposición de 0. Ítems en esta sesión: (1) Algodón, (2) Cinta elástica, (3) Aparato para poner una vía, (4) Aguja para análisis, (5) Aguja para poner una vía, (6) Simulación del proceso de hacerse un análisis de sangre de la terapeuta a la paciente y (7) Simulación del proceso de hacerse un análisis de sangre de la paciente en la psicóloga. En la simulación la manipulación del material médico era real y se realizaba a la vez que se hacía la exposición en imaginación para el proceso de realización del análisis de sangre (sala de espera, profesional de bata blanca, olor a ambulatorio, pinchazo, etc.).

En la sexta sesión se expuso a Lola al análisis de glucosa (pinchazo en el dedo) en una farmacia y en la séptima al análisis de sangre en su centro de salud. Se acompañó a la paciente en ambas situaciones. En ambas situaciones la paciente afrontó la ansiedad y se habituó a ella a pesar de las complicaciones que se presentaron: la farmacéutica expresó su desconocimiento del uso de la máquina y la enfermera tuvo dificultades para localizar la vena de la paciente teniendo que pinchar varias ocasiones y mover la aguja dentro del brazo.

La reestructuración cognitiva se utilizó de forma transversal durante todo el tratamiento para modificar las ideas irracionales que se fueron presentando. A continuación se expone una tabla con el proceso terapéutico resumido en cada sesión (tabla 3).

Tabla 3: Resumen de tratamiento sesión a sesión

	OBJETIVOS	METODOLOGÍA
Sesión 1	1. Establecer una buena alianza terapéutica. 2. Obtener información detallada sobre la fobia. 3. Conocer pensamientos que mantienen la fobia. 4. Explicar forma de trabajar	- Entrevista semiestructurada
Sesión 2	1. Afianzar la alianza terapéutica 2. Devolver análisis funcional 3. Explicación del funcionamiento de la ansiedad 4. Diferenciar entre fobia y miedo 5. Establecer objetivos y tratamiento 6. Establecer jerarquía de ítems temidos	- Información - Reestructuración cognitiva - Explicación acompañada de gráficos - Entrevista semiestructurada
Sesión 3	1. Corroborar comprensión del análisis funcional. 2. Enseñar técnicas de afrontamiento. 3. Explicar la lógica de la exposición y prevención de respuesta. 4. Exposición a los alfileres y a las agujas.	- Información - Respiración diafragmática y modelado - Descripción objetiva, y autoinstrucciones - Autorregistro - Exposición con prevención de respuesta
Sesión 4	1. Revisar y resolver dudas de las técnicas aprendidas. 2. Exposición a videos de campañas de vacunación y de análisis de sangre. 3. Controlar la ansiedad con técnicas aprendidas.	- Repaso de técnicas y funcionamiento de la ansiedad. - Exposición graduada con prevención de respuesta.
Sesión 5	1. Exponer a material quirúrgico 2. Controlar la ansiedad	- Exposición con prevención de respuesta - Autoinstrucciones - Descripción objetiva
Sesión 6	1. Exponer a un pinchazo en el dedo (análisis de glucosa) 2. Comprobar que no hay consecuencias catastrofistas ante una escena de la que había huido anteriormente 3. Controlar la ansiedad	- Exposición con prevención de respuesta - Distracción (previa a la exposición)
Sesión 7	1. Exponer a un análisis de sangre 2. Mantener objetivos conseguidos 3. Prevención de caídas y recaídas	- Exposición con prevención de respuesta - Técnicas de afrontamiento: autoinstrucciones, respiración y descripción objetiva

Tabla 3 Resumen de tratamiento

Diseño del estudio

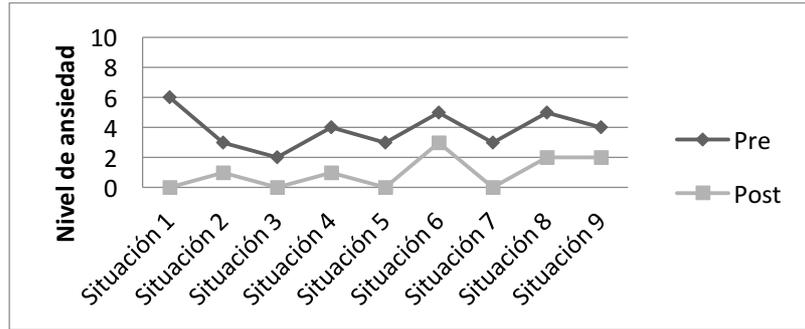
En el estudio del caso de Lola se ha utilizado un diseño ABA, también llamado diseño de retirada y considerado el prototipo en investigaciones con un solo sujeto. Este diseño presenta una secuencia en la que se elabora una línea base (A), se aplica un tratamiento (B), y finalmente se retira el tratamiento volviendo a la línea base (A).

En este caso, se midieron las variables relevantes mediante todos los métodos explicitados en la evaluación, tanto antes como después del tratamiento, para conocer los cambios producidos por la exposición, de una manera objetiva.

RESULTADOS

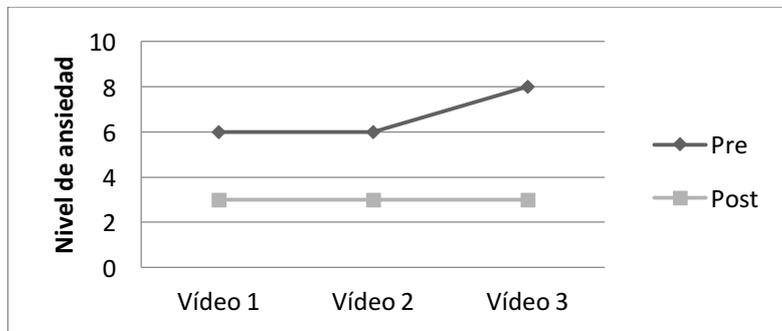
La terapia de Lola constó de siete sesiones en total. Dos sesiones de evaluación y cinco de tratamiento. En las sesiones de tratamiento la exposición a la fobia de las SIH fue graduada, con estímulos ordenados de menor a mayor ansiedad, y con prevención de respuesta.

En la Gráfica 1 se muestra el proceso de exposición de Lola en la sesión de exposición a los alfileres, siendo la línea pre la referida a la ansiedad generada nada más exponer el estímulo fóbico y la línea post la referida a la ansiedad tras la habituación (este modo de representar la ansiedad pre-post se repite en las posteriores gráficas).



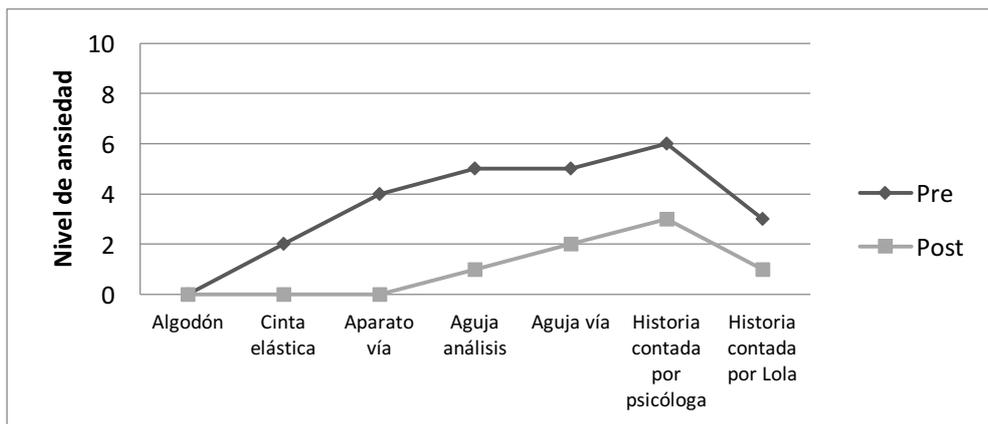
Gráfica 1 Exposición a alfileres. Sesión III

En la gráfica 2 se muestra la exposición con el visionado de tres grabaciones de inyección de vacunas. Su ansiedad pre-exposición, al contrario que la sesión anterior, fue nula (0). Incluso verbalizó “tengo ganas de verlas para que se me quite el miedo”. Lola mostró una ansiedad muy baja (menor de 4) durante los 3 vídeos. Este proceso queda reflejado en la gráfica 2.



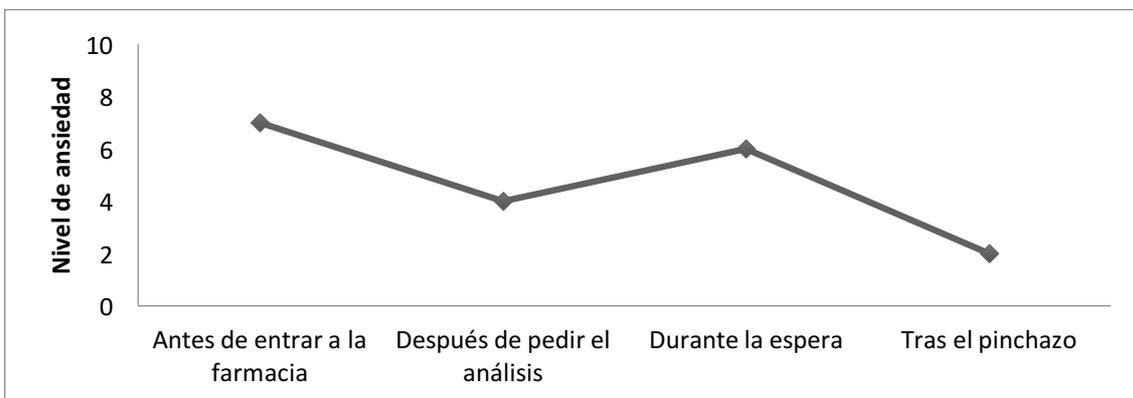
Gráfica 2 Exposición a videos de vacunas. Sesión IV

En la Gráfica 3 se representa el proceso de exposición a material quirúrgico y relato de análisis de sangre.

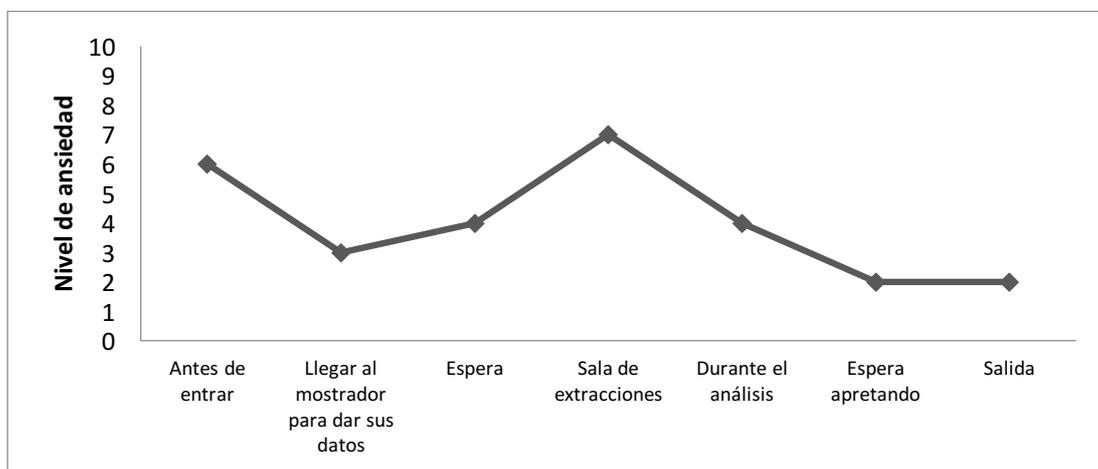


Gráfica 3 Exposición a material quirúrgico y relato de análisis de sangre. Sesión V

En las gráficas 4 y 5 se muestran, respectivamente, los procesos de exposición y los niveles de ansiedad durante el análisis de glucosa en la farmacia y el análisis de sangre en el centro médico.

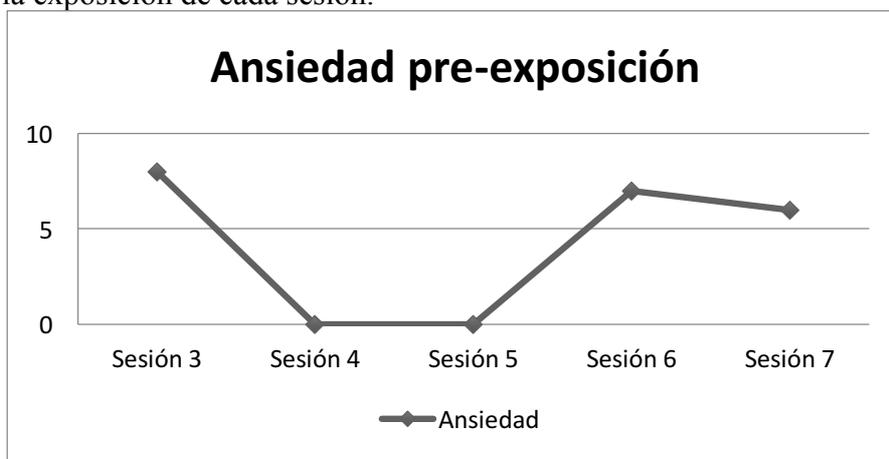


Gráfica 4 Exposición al análisis de glucosa (pinchazo en el dedo). Sesión VI



Gráfica 5 Ansiedad durante el análisis de sangre

En la siguiente gráfica (Gráfica 6) se recogen todos los niveles de ansiedad antes de empezar la exposición de cada sesión.



Gráfica 6 Niveles de Ansiedad pre-exposición de cada sesión

En la primera sesión, cuando se informó a Lola de que íbamos a comenzar la exposición (ansiedad pre-exposición), ésta obtuvo una ansiedad muy elevada (8). Fue la ansiedad más alta de todas las sesiones de exposición realizadas con ella. En las dos siguientes sesiones Lola puntuó cero en ansiedad pre-exposición. Sólo en las dos últimas volvió a presentar ansiedad pre-exposición, siendo 7 antes del análisis de glucosa y 6 antes del análisis de sangre.

La mayor diferencia entre la ansiedad *pre* y *post* de las gráficas presentadas en el apartado 4 aparecían ante el primer estímulo fóbico, donde se da una diferencia de 6 puntos.

Por otro lado, el período de habituación de Lola a la ansiedad ante los ítems presentados fue muy corto, enseguida su ansiedad bajaba a niveles muy cercanos al cero.

Además, para obtener una medida pre-post del caso, se pasaron los mismos cuestionarios que en la evaluación.

En el Cuestionario de Estilo Cognitivo (tabla 4), se obtenían altas puntuaciones en algunas ideas irracionales (en la escala del 0 al 10, donde a mayor puntuación mayor conformidad con la idea irracional).

Idea Irracional	Puntuación Pre	Puntuación Pos
Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa	8	3
Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles	8	5
Ciertas personas son malas, viles y perversas y deberían ser castigadas	7	6

Tabla 4 Cuestionario Estilo Cognitivo

Por otro lado, las diferencias en el Cuestionario de Temores: FSS-III-122* (tabla 5), con una escala de molestia del 0 al 4, donde 0 es 'En absoluto' y 4 'Muchísimo', son:

Temor	Puntuación Pre	Puntuación Post
Que le pongan inyecciones	4	2
Ver cómo le ponen una inyección a otra persona	3	1
Sangre humana	3	2
Presenciar operaciones quirúrgicas y médicos	3	3
Heridas abiertas y Personas muertas	2	2
Posibilidad de ser sometido a una operación	3	3
Médicos	3	3

Tabla 5 Cuestionario de Temores FSS-III-122*

Por último en el ISRA (tabla 6), se observó un descenso de la puntuación en los tres niveles de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor). En este inventario se usa una escala

de frecuencia del 0 al 4, siendo 0 *casi nunca*, 1 *pocas veces*, 2 *unas veces sí, otras veces no*, 3 *muchas veces* y 4 *casi siempre*.

Niveles de Respuesta	Puntuación Pre	Puntuación Post
Nivel Cognitivo	67	42
Nivel Fisiológico	62	35
Nivel Motor	41	38

Tabla 6 Cuestionario ISRA

Además, haciendo hincapié en la situación 14 '*Ante la consulta del dentista, las inyecciones, las heridas o la sangre*', también se observan descensos de la frecuencia de conductas de malestar a nivel fisiológico (puntuación pre-tratamiento: 5 → post: 3) y motor (puntuación pre-tratamiento: 7 → post: 5), mientras que a nivel cognitivo se mantuvo en la misma puntuación (4).

DISCUSIÓN

En primer lugar, cabe destacar la eficacia y efectividad del tratamiento, ya que los objetivos marcados se cumplieron dentro de los plazos esperados, incluso con mayor rapidez.

Como se describe en los resultados, la ansiedad de Lola al informarle de que comenzábamos la exposición, es decir, la ansiedad pre-exposición, puntuaba en el pico más alto en la primera sesión de tratamiento. Es decir, en la sesión programada con los ítems menos ansiógenos. En las siguientes dos sesiones mostró una ansiedad pre-exposición de 0 y en las dos últimas algo más elevada: 7 y 6. Esto puede deberse a varios motivos: en primer lugar, Lola durante toda su vida, había evitado exponerse a las inyecciones/sangre/heridas, por lo que había desarrollado una idea irracional muy arraigada sobre las consecuencias que estos elementos podían ocasionarle (tabla 1), como los que se descubrieron en la primera sesión. Por ello, era predecible que ante la primera exposición Lola experimentara niveles de ansiedad más altos que en el resto de sesiones y que la ansiedad disminuyera después de la primera exposición al descubrir la inexistencia de consecuencias catastróficas. Estas explicaciones también darían respuesta a que la mayor diferencia entre el *pre* y el *post* de la exposición a estímulos fóbicos fuera de 6 puntos en el primer ítem y el menos ansiógeno.

Por otro lado, también es importante el factor de la **alianza terapéutica** sobre la ansiedad de Lola, que fue mejorando a medida que pasaban las sesiones, e hizo que Lola fuera sintiéndose más segura y confiada a medida que avanzaba la terapia, por lo que la ansiedad pre-exposición tendió a disminuir en las mismas condiciones.

¿Entonces por qué en las últimas dos sesiones la ansiedad pre-exposición aumentó?, la respuesta a esta pregunta residiría en los parámetros que Lola ha resaltado como importantes en su fobia (tabla 1) y en el listado de ítems fóbicos creado por ella (tabla 2). Uno de los parámetros más relevantes era la persona sobre la que se realizaba la inyección, aumentando cuando se lo hacían a ella. Además, hacerse un análisis de glucosa y un análisis de sangre eran los dos últimos ítems del listado de ítems fóbicos. Por lo tanto, se daban condiciones suficientes para que la ansiedad de Lola aumentase respecto

a las exposiciones anteriores. Aún así, es reseñable constatar que en el ítem más ansiógeno (análisis de sangre), el nivel de ansiedad pre-exposición no es el más alto, sino el tercero más alto, después de la exposición a los alfileres, y después de la exposición al análisis de glucosa (gráfica 6). Esto puede deberse a que después de la primera exposición Lola descubrió que los pensamientos anticipatorios que ella generaba no eran reales, y que no era un suceso tan desagradable como ella esperaba, por lo que estos pensamientos debieron disminuir en el resto de sesiones a la par que su ansiedad pre-exposición. Es posible que la ansiedad pre-exposición de nuevo sea alta ante el análisis de glucosa ya que Lola ya había experimentado una situación muy desagradable anteriormente ante la misma prueba, que había generado una respuesta de ansiedad condicionada muy fuerte. Por lo tanto, no parece extraño que la ansiedad pre-exposición de estos dos ítems hayan sido más altas que la referida al propio análisis de sangre.

Además, es fundamental estudiar los resultados pre y post tratamiento, obtenidos en los cuestionarios descritos en el apartado de evaluación. Como ya se ha señalado anteriormente (ver apartado Resultados), a nivel general, hubo un descenso en las puntuaciones de todos los test, lo que no sólo indica que Lola había mejorado con respecto a su fobia, sino también, que había conseguido mejorías a otros niveles.

Empezando por el análisis de la fobia, Lola mostró niveles de ansiedad mucho más bajos en los ítems del Cuestionario de Temores: FSS-III-122*, relacionados con nuestro objetivo de 'poder hacerse un análisis de sangre' (Tabla 5). Sin embargo, la medida de ansiedad en los ítems relacionados con poder hacerse cualquier intervención médica que se precise, se mantuvieron estables. Esto nos indica que es probable que la exposición no se hubiera generalizado a niveles más altos de intervención quirúrgica, y que hiciera falta un trabajo más profundo en esta área en caso de tener alguna intervención futura.

Por otro lado, en el cuestionario ISRA, se observaron también descensos en las puntuaciones específicas a la fobia a las inyecciones, a nivel motor y fisiológico. Es decir, Lola habría conseguido controlar y disminuir las conductas de escape y evitación, así como las respuestas fisiológicas de su cuerpo ante la ansiedad. Sin embargo, a nivel cognitivo, la preocupación por este tipo de situaciones seguía siendo máxima.

Esto puede deberse al tipo de tratamiento utilizado, que fue más enfocado a la parte motora y fisiológica (exposición con prevención de respuesta y respiración diafragmática), y dejó de lado la parte cognitiva. Por ello, es posible que el uso complementario de la reestructuración cognitiva, más en profundidad, hubiera dado resultados más completos para la problemática de Lola.

Además, en el cuestionario de estilo cognitivo se observa cómo descendieron los valores de las ideas irracionales más relacionadas con la fobia: 1) *Se debe sentir miedo o ansiedad ante cualquier cosa desconocida, incierta o potencialmente peligrosa*, es posible que la exposición a las situaciones temidas y desconocidas para Lola provocara el descenso de la idea irracional; y 2) *Es más fácil evitar los problemas y responsabilidades de la vida que hacerles frente*, la exposición a las situaciones temidas hizo que Lola afrontase sus miedos y superase sus expectativas de fracaso, eliminando la evitación al problema.

A nivel general, también se vieron mejorías en varios aspectos no relacionados con la fobia. En el Cuestionario de Estilo Cognitivo, no sólo habían disminuido las puntuaciones ya mencionadas, sino que había un descenso amplio de la mayoría de ideas

irracionales, es decir, habían disminuido las ideas que contribuían a incrementar su nivel de estrés general y de emociones negativas.

Por otro lado, también en el ISRA, se observaron mejorías generales en los tres niveles de conducta (cognitivo, motor y fisiológico). Los valores generales de las tres áreas disminuyeron considerablemente, lo cual se puede explicar por, en primer lugar, el trabajo sobre su conducta motora mediante la exposición graduada con prevención de respuesta cuyo objetivo era eliminar las conductas de evitación y fomentar las de afrontamiento, y por otro lado, de manera indirecta, mediante el resto de técnicas usadas de manera complementaria (por ejemplo la respiración diafragmática y las autoinstrucciones).

Otro de los factores para resaltar es el número de sesiones necesitado para superar la fobia. Se han necesitado cinco sesiones de tratamiento para poder eliminar la fobia de Lola con éxito, por debajo de la media utilizada en casos similares. Autores como Borda (2001) hacen mención a un estudio de tratamiento a la hematófobia con un tratamiento de 6 sesiones de 90 minutos y conjuntas (de grupos de 3-4 personas) para un conjunto de personas de 39, otros estudios de caso de fobia a las SIH como el de Espada, Méndez y Orgilés (2004), o el de Nieto y Mas (2002) o el de Borda, Martínez y Blanco (1998) plantean tratamientos de 6, 7 y 6 sesiones respectivamente. En el manual de fobias específicas de Bados (2015) se habla de una media de 11 horas para el tratamiento de fobia a las SIG.

Se hipotetizan varios motivos para la rapidez del tratamiento.

En primer lugar, la **motivación** de Lola, demostrada al haber acudido por sí misma y no haber faltado a ninguna sesión; y por otro lado, por haber cumplido con todas las tareas inter-sesiones. En segundo lugar, otro de los factores que facilitó el transcurso de la terapia fue la **edad** de la paciente. Como se ha demostrado en numerosas investigaciones, como en la de Redolat R. y Carrasco M.C. (1998), la plasticidad cerebral, la facilidad para el cambio positivo, es mayor cuanto más joven eres. Otro factor importante es el **permanecer activo**, tanto a nivel físico como cognitivo y social. Por último, otro de los factores que pudo fomentar el progreso es la **inexistencia de la respuesta bifásica** de Lola. Gracias a lo cual el aprendizaje de técnicas como ‘tensión aplicada’ no fue necesaria. En definitiva, la existencia de variables facilitadoras del cambio terapéutico ayudaron a la eficacia y efectividad del proceso.

Por otra parte, también es importante resaltar la eficacia, una vez más, de la técnica de exposición en las fobias. Como se ha demostrado en numerosas investigaciones la exposición en vivo es una de las técnicas más eficaces para las fobias específicas e incluso es más eficaz que técnicas como la reestructuración cognitiva, la relajación, la exposición interoceptiva y el modelado en vivo (Capafons Bonet, J.I., 2001).

En definitiva, este caso es una muestra más para corroborar que las técnicas cognitivo-conductuales son eficaces en las fobias a las SIH. El tratamiento ha obtenido resultados positivos en la desaparición de la fobia según los criterios del DSM-V, según los resultados de los cuestionarios, y sobre todo, porque Lola consiguió afrontar la situación temida con baja ansiedad. Además, al final del tratamiento, Lola en una escala del 0 al 10, siendo 0 nada capaz para afrontar un análisis de sangre y 10 totalmente capaz sin nada de ansiedad, se situaba en un 7: “a ver, no es algo que vaya a adoptar como

hobbie, porque no me resulta agradable, pero si tengo que hacérmelo no tendría mayor problema”.

Sin embargo, hay que tomar con cautela y vigilancia los resultados obtenidos en el Cuestionario de Temores: FSS-III-122*, ya que según los ítems anteriormente mencionados, la fobia a los médicos y a las intervenciones quirúrgicas seguiría permaneciendo vigente, por lo que hubiese sido bueno una evaluación más exhaustiva de esta área y un seguimiento posterior para corroborar el mantenimiento de objetivos.

Por otro lado, posibles mejoras futuras en estudios de casos similares serían la utilización de la respiración diafragmática después de alcanzar el pico máximo de ansiedad en cada sesión de exposición, la recogida objetiva mediante autorregistros de las tareas inter-sesiones y una reestructuración cognitiva más estructurada para cada pensamiento negativo anticipatorio. La mayor limitación de este trabajo reside en su característica de caso único, ya que los resultados obtenidos no son generalizables al resto de la población. Sin embargo, sirve como ilustración del abordaje terapéutico en una fobia bastante común en la población general, que además, es muy incapacitante a nivel de salud. Además, los estudios de caso único son capaces de recoger características individuales que no se recogen en manuales más amplios y además son una herramienta muy útil en el testeo de hipótesis situacionales (Roussos, 2007). En este caso en particular, se trata de un artículo relevante puesto que es una fobia a las inyecciones sin la respuesta bifásica común en esta problemática. Además, resulta de interés científico-clínico puesto que los estudios encontrados de caso único similares datan en hace más de 10 años.

CONCLUSIONES.

En definitiva, el desarrollo de este caso clínico resulta ser una prueba más para la demostración de la eficacia de las técnicas de exposición. En pocas sesiones la paciente consigue superar una fobia con la que llevaba conviviendo toda su vida y que le impedía tener un control de salud realmente eficaz.

Además, al ser un caso de fobia a las SIH sin respuesta bifásica resulta de mayor interés clínico por la peculiaridad del caso.

Se recomienda en casos similares una buena evaluación del caso para ajustar las técnicas apropiadas a cada persona. En este caso la técnica de tensión aplicada de Öst (común en las fobias a las SIH) no fue necesaria por la ausencia de respuesta bifásica. Esta decisión fue tomada tras una evaluación pormenorizada de las respuestas fisiológicas de la paciente.

La técnica de exposición ha resultado ser eficaz y eficiente, por lo que se recomienda llevarla a cabo para casos similares. Además es una técnica con largo bagaje experimental y demostración científica que asegura al clínico/a una probabilidad de éxito alta.

Por último resaltar la utilidad y la complementariedad de otras técnicas como las autoinstrucciones o la respiración diafragmática que ayudaron a la paciente a controlar sus niveles de ansiedad y a enfrentarse a la situación de una forma más relajada y capaz. Es realmente importante que la persona con la que trabajemos sienta que el terapeuta tiene control sobre la situación, y además, que ella misma es capaz de afrontar la curva de la

ansiedad a la que se está exponiendo. Es recomendable la utilización de técnicas que trabajen este aspecto terapéutico.

REFERENCIAS

- Agudelo, D.M., Casadiegos, C.P. y Sánchez, O., (2008). Características de la ansiedad en estudiantes universitarios. En *International Journal of Psychological Research*. 1 (1). 34-39.
- American Psychiatric Association (2014a). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th ed.) (DSM-V)*. Washington, DC: Autor.
- Antony, M.M., Craske, M.G. y Barlow, D.H. (2006a). *Mastering your fears and phobias therapist guide*. London New York : Oxford University Press. doi: [10.1017/S1352465809005153](https://doi.org/10.1017/S1352465809005153)
- Bados, A. (2009, Enero 26). Fobias específicas. En *Facultat de Psicologia, Departament de Personalitat, Avaluació i Tractament Psicològics*. Universitat de Barcelona.
- Becerra-García, A.M., Madalena, A.C., Estanislau, C, Rodríguez-Rico, J.L. y Dias J., (2007). Ansiedad y miedo: su valor adaptativo y maladaptaciones. En *Revista Latinoamericana de Psicología*. 39 (1), 75-81.
- Beck, A. T. (1980). *Cognitive therapy of depression*. Chichester, etc: John Wiley & Sons.
- Beck, A. T. (2014b). *Trastornos de ansiedad y fobias una perspectiva cognitiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bones Rocha, K., Pérez, K., Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J.E. (2010). Prevalencia de problemas de salud mental y su asociación con variables socioeconómicas, de trabajo y salud: resultados de la Encuesta Nacional de Salud de España. En *Psicothema*, 22 (3), 389-395. Recuperado de <http://www.unioviado.net/reunido/index.php/PST/article/view/8867>
- Borda, M. (2001). Hematofobia: sincronía en el triple sistema de respuestas. En *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 6 (3), 179-196. doi: [10.5944/rppc.vol.6.num.3.2001.3914](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.3.2001.3914)
- Borda, M., Antequera, R., y Blanco Picabia, A. (1996). Orientaciones terapéuticas en el tratamiento de la hematofobia. En *Boletín de Psicología*, 50, 67-86.
- Borda, M., Martínez, O. y Blanco, A. (1998a). Eficacia de la técnica de tensión aplicada para el control del síndrome vasovagal aplicada aplicada a un caso de hematofobia. En *Revista de psicopatología y Psicología Clínica*, 3 (1), 39-53. doi: [10.5944/rppc.vol.3.num.1.1998.3855](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.3.num.1.1998.3855)
- Cano Vindel, A. (s.f.). *Cognición, Emoción y Personalidad: un Estudio Centrado en la Ansiedad*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Antonio_Cano-Vindel/publication/235333447_Informe_tesis_doctoral_resumen/links/0fcfd510f7826dd59e000000.pdf
- Cano-Vindel, A. y Miguel-Tobal, J.J. (1999). Evaluación de la ansiedad desde un enfoque interactivo y multidimensional: El inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad (ISRA). En *Psicología Contemporánea*, 6 (1), 14-21.
- Capafons Bonet, J.I. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas. En *Psicothema*, 13 (3), 447-452.
- Capafons, J.I. y Sosa, C.D. (1997). La desensibilización sistemática en el tratamiento de la fobia a viajar en transporte aéreo. En *Psicothema*. 9 (1), 17-25.
- Carmen, D.S. (2005). *Tratando... fobias específicas*. Madrid: Pirámide, D.L.

- Centeno, B. N., & Hesse, B. M. (2002). Tratamiento de «aplicación de tensión» en un caso de Fobia a la sangre [Applied tension in the treatment of Blood Phobia]. *Acción Psicológica*, 1(2), 185-193. doi: [10.5944/ap.1.2.551](https://doi.org/10.5944/ap.1.2.551)
- Centro de Lengua y Pensamiento Crítico (s.f). *Manual del modelo de documentación de la Asociación de Psicología Americana (APA) en su sexta edición*. Universidad Popular del Estado de Puebla.
- Chorot, P, Sandín, B., Valiente, R.M, Santed, M.A. y Romero, M. (1997). Actitud hacia la enfermedad, ansiedad y sintomatología somática en pacientes con trastorno de pánico e hipocondría. En *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*. 2 (2), 123-136. doi: [10.5944/rppc.vol.2.num.2.1997.3838](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.2.1997.3838)
- ESEMeD-España, (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. En *Medicina Clínica*, 126 (12), 445-451. doi: [10.1157/13086324](https://doi.org/10.1157/13086324)
- Espada, J.P., Méndez, X. y Orgilés, M. (2004). Tensión aplicada y exposición gradual en un caso de fobia a las inyecciones. En *International Journal of clinical and Health Psychology*, 4 (2), 425-438. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Jose_Espada/publication/237743290_Tension_aplicada_y_exposicion_gradual_en_un_caso_de_fobia_a_las_inyecciones1/links/549836990cf2519f5a1dcf80/Tension-aplicada-y-exposicion-gradual-en-un-caso-de-fobia-a-las-inyecciones1.pdf
- Freud, S. (1915). La represión. En *Escuela Abierta del Psicoanálisis*.
- Gibbons, M. C., Crits-Christoph, P., de la Cruz, C., Barber, J. P., Siqueland, L., y Gladis, M. (2003). Pretreatment expectations, interpersonal functioning, and symptoms in the prediction of the therapeutic alliance across supportive-expressive psychotherapy and cognitive therapy. En *Psychotherapy Research*, 13 (1), 59-76. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1093/ptr/kpg007>
- Gómez, L., Bernaldo de Quirós, M., Labrador, F.J., Fernández Arias, I., Estupiña, F.J. y Blanco, C. (2014c). Uso de las técnicas de exposición en una clínica de psicología. En *Universitas Psychologica*, 13 (2), 715-724. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64732221026>
- Graham, G. C. L. (1997). *Phobias a handbook of theory, research and treatment*. Chichester: Wiley.
- Marks, I.M. (1988). Blood-injury phobia: A review. En *American Journal of Psychiatry*, 145, 1207-1213.
- Más, M. B. (2001). Hematofobia: sincronía en el triple sistema de respuestas. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 6(3), 179-196. doi: [10.5944/rppc.vol.6.num.3.2001.3914](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.3.2001.3914)
- Más, M. B., Cardona, O. M., & Picabia, A. B. (1998). Eficacia de la técnica de tensión aplicada para el control del síndrome vasovagal aplicada a un caso de hematofobia. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 3(1), 39-53. doi: [10.5944/rppc.vol.3.num.1.1998.3855](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.3.num.1.1998.3855)
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. Springer Science & Business Media.
- Mikusinski, E. (1972). La Ley de Yerkes-Dodson en una tarea psicomotora conflictual. En *Revista de la Facultad de Pedagogía y Psicología*, 1(1), 27-46. Recuperado de <http://www.dialogos.unsl.edu.ar/docs/numeros/6.pdf#page=8>
- Mowrer, O. H. (1947). On the dual nature of learning: a reinterpretation of conditioning and problem solvings. En *Harvard educ. Rev.*, 17, 102-148.
- Muñoz, M. (2013). *Módulo de habilidades básicas del psicólogo clínico*. Apuntes de clase. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

- Navarrete López, I., & Rando Hurtado, M. Á. (2011). Un caso práctico de fobia a la sangre/inyecciones/heridas. Málaga: Universidad de Málaga. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10630/4658>
- Nieto Centeno, B. y Mas Hesse, B. (2002). Tratamiento de <Aplicación de Tensión> en un caso de fobia a la sangre. En *Acción Psicológica*, 2, 185-193. doi: [10.5944/ap.1.2.551](https://doi.org/10.5944/ap.1.2.551)
- Olivares, J., Méndez, F.X. y García-López, L.J. (1998c). Técnicas de exposición: la inundación. En J. Olivares y F.X. Méndez, F.X. (Dir.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 113-132). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Olivares, J., Méndez, F.X. y Lozano, M. (1998b). Técnicas de habilidades de enfrentamiento. En J. Olivares y F. X. Méndez (Eds.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 443-483). Madrid: Biblioteca Nueva.
- Óst L.G. (1992). Blood and injection phobia: Background and cognitive, physiological, and behavioral variables. En *Journal of Abnormal Psychology*, 101 (1), 68-74. doi: [10.1037/0021-843X.101.1.68](https://doi.org/10.1037/0021-843X.101.1.68)
- Óst L.G., Sterner U. y Lindahl I-L., (1984). Physiological responses in blood phobics. En *Behaviour Research and Therapy*, 22 (2), 109-117.
- Peurifoy, R. Z. (1993a). *Venza sus temores ansiedad, fobias y pánico*. Barcelona: Robinbook.
- Pitts, F.N., y McClure, J.N. (1967). Lactate Metabolism in neurosis. En *United States Public Health Service*. 277 (25), 1329-1336.
- Rachman, S. (1977). The conditioning theory of fearacquisition: A critical examination. En *Behaviour research and therapy*, 15(5), 375-387. Recuperado de [http://www.psychology.nottingham.ac.uk/staff/mxh/c83mlp/phobias/Rachman%20\(1977\).pdf](http://www.psychology.nottingham.ac.uk/staff/mxh/c83mlp/phobias/Rachman%20(1977).pdf)
- Redolat, R. y Carrasco, M.C. (1998). ¿Es la plasticidad cerebral un factor crítico en el tratamiento de las alteraciones cognitivas asociadas a envejecimiento?. En *Anales de Psicología*, 14 (1), 45-53. Recuperado de <http://www.redalyc.org/html/167/16714105/>
- Rodríguez Sabaedra, R. y Cano-Vindel, A. (1995). Relación entre adquisición y patrón de respuestas de ansiedad en la fobia dental. En *Ansiedad y Estrés*, 1 (1), 105-111. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/230577132_Relacion_entre_adquisicion_y_patron_de_respuestas_de_ansiedad_en_la_fobia_dental_Dental_phobia_acquisition_and_anxiety_response_patterns
- Roussos, A. J. (2007). El diseño de caso único en investigación en psicología clínica. Un vínculo entre la investigación y la práctica clínica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XVI (3), 261-270. Recuperado de <http://repositorio.ub.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/2733>
- Ruhmland, M., & Margraf, J. (2001). Efficacy of psychological treatments for specific phobia and obsessive compulsive disorder. En *Verhaltenstherapie*, 11(1), 14-26.
- Santoña, S. C., & Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. En *Anales de psicología*, 19(2), 205-221.
- Tortella-Feliu, M. y Fullana Rivas, M.A. (1998d). Una revisión de los estudios retrospectivos sobre el origen de las fobias específicas. En *Psicología Conductual*, 6 (3), 555-580. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Miquel_Fullana/publication/266609140_Una_revisi3n_de_los_estudios_retrospectivos_sobre_el_origen_de_las_fobias_especificas/links/5790004b08ae0831552a67cc.pdf
- Troglia, M., Gillet, S.R. y Fasciglione, M.P. (2006b). Psicología Evolucionista, el caso de las fobias. *XII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores en*

Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología – Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

- Vázquez, I.M. y Buceta, J.M. (1990). Las características peculiares de la fobia a la sangre, las enfermedades y las lesiones físicas; y sus posibles implicaciones terapéuticas. En *psiquis*, *II* (3), 42-45.
- Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, *28*(6), 1021-1037.
- Wolpe, J. (1993b). *Práctica de la terapia de conducta*. México: Trillas. doi: [10.5944/rppc.vol.4.num.2.1999.3875](https://doi.org/10.5944/rppc.vol.4.num.2.1999.3875)