

HEMATOFOBIA: SINCRONÍA EN EL TRIPLE SISTEMA DE RESPUESTAS

MERCEDES BORDA

Universidad de Sevilla

(Aceptado en julio de 2001)

Los objetivos del presente trabajo son: a) determinar la eficacia diferencial de dos modalidades terapéuticas: la técnica de "exposición en vivo" sola o en combinación con la "tensión aplicada", b) conocer el grado de mejoría a largo plazo y, c) establecer el grado de sincronía/desincronía en el triple sistema de respuestas en una muestra de sujetos con fobia a la sangre. La muestra está compuesta por 39 hematófóbicos (9 varones y 30 mujeres) con edades comprendidas entre los 15 y los 30 años. La evaluación se llevó a cabo en el pre, postratamiento y los seguimientos de 1, 6 y 12 meses. El tratamiento consistió de 6 sesiones en grupo (3 ó 4 personas), con una periodicidad de una sesión por semana y una duración de 90 mn/sesión. Los resultados revelaron, en primer lugar, que no existían diferencias significativas entre ambas modalidades terapéuticas, a corto y largo plazo. En segundo lugar, el porcentaje de mejoría se sitúa en torno al 80% en los tres tipos de respuesta. Por último, los sujetos de la muestra presentan una sincronía en el patrón de respuestas, tanto en el pretratamiento, como a los 12 meses de seguimiento.

Palabras clave: Hematofobia, exposición en vivo, tensión aplicada, triple sistema de respuestas, sincronía.

Blood phobia: synchrony between response systems

The purposes of this paper are: a) to determinate the differential efficacy of two therapeutic modalities: exposure in vivo only or combined with "applied-tension", b) to know the degree of long-term improvement and, c) to establish the degree of synchrony in the triple system of response in a sample of blood phobia (aged, 15-30 years) (9 males and 30 females). The assessment was made at pretreatment, after treatment and at 1, 6 and 12 months of follow-up. The treatment was applied in group (3-4 persons each one) during 6 sessions, with a periodicity of 1 session for week and approximate length of 90 mn. per session. The results show, in the first place that there aren't significant differences between the two therapeutic classes as much short as long-term. In the second place, the degree of improvement was sited about 80% in the three type of responses show synchrony in the response pattern, as much at the pretreatment as at 12 months of follow-up.

Key words: Blood-phobia, exposure in vivo, applied-tension, triple system of responses, synchrony.

Correspondencia: Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Sevilla, c/ Camilo José Cela, s/n, 41018 Sevilla, Teléfono: 954 557 806, Correo-e: mborda@cica.es

Nota: Este trabajo procede de la actividad del Grupo de Investigación y Desarrollo Tecnológico nº 1012 de la Junta de Andalucía denominado "Psicología Clínica y de la Salud", dirigido por D. Alfonso Blanco Picabia.

Agradecimientos: La autora agradece la colaboración como terapeutas en el equipo de investigación a Olvido Martínez, M. Estrella Sánchez de Ibarquén, M. José Barcia y Ana Durán, así como a los profesionales del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, y especialmente, a las personas que se han brindado a formar parte de la misma. Sin todas ellas no habría sido posible la realización de este estudio acerca del tratamiento psicológico de la fobia a la sangre.

INTRODUCCIÓN

La hematofobia es un tipo de fobia en la que la ansiedad viene definida por la presencia de conductas de evitación y/o escape de lugares, objetos y situaciones relacionadas con la visión de sangre, agujas y heridas, por el temor al desmayo y, en casos extremos, a la pérdida de conocimiento. Es la fobia específica más común dentro de los trastornos de ansiedad (American Psychiatric Association, APA, 1994) y en la población general (Kleinknecht, 1994). Se observa con

mayor frecuencia en las mujeres (Bienvenu y Eaton, 1998). Por otro lado, el comienzo tiende a situarse en la infancia, en torno a los 7 años (Öst, 1992), y en un porcentaje elevado de casos se da la existencia de antecedentes familiares con este tipo de miedo (entre el 60% y el 70%) (Marks, 1987), con una prevalencia de desmayos de hasta el 70%-80% de los casos (Dahllhög y Öst, 1998).

La fobia a la sangre se asemeja al resto de las fobias en la adopción de *conductas de evitación y/o escape* de las situaciones fóbicas (por ejemplo: salas de curas o de donantes de sangre, películas con violencia, etc.) y la presencia de *pensamientos anticipatorios* en relación con las situaciones (por ejemplo: «no voy a poder soportar y haré el ridículo», «voy a caerme delante de todos», etc.). Sin embargo, en cuanto a las respuestas psicofisiológicas, los fóbicos a la sangre presentan un patrón de respuesta específico o «respuesta bifásica». La primera fase se caracteriza por un *aumento* de las tres medidas psicofisiológicas más relevantes: *ritmo cardíaco* (o taquicardia), *presión arterial* y *tasa respiratoria*. A continuación, en la segunda fase, se produce una *caída o descenso rápido* de estos parámetros, especialmente *enlentecimiento del ritmo cardíaco* (bradicardia con 30-45 pulsaciones por mn) y *disminución de la presión sanguínea*, que puede llevar al mareo y terminar en desmayo (Vázquez y Buceta, 1990).

Este tipo de fobia no remite espontáneamente y tiende a persistir en el tiempo, si bien no se muestra, en la mayoría de los casos, como una fobia de excesiva incapacitación. A diferencia de otras fobias, en este caso la respuesta de evitación se produce, en gran parte, más por el temor al desmayo, por la anticipación de las consecuencias desagradables de la situación, que por el miedo propiamente dicho (Marks, 1988, Öst y Hellström, 1997).

Diversos estudios ponen de manifiesto la efectividad de las técnicas de exposición en el abordaje de la hematófobia. En este sentido, en los estudios de Öst y colaboradores (Öst y Sterner, 1987, Öst, Fellenius y Sterner, 1991, Hellström, Fellenius y Öst, 1996), la tensión aplicada es la técnica utilizada en sus investigaciones, técnica específicamente desarrollada para el control del síndrome vasovagal, respuesta de ansiedad característica asociada con el miedo a la sangre, inyecciones y/o daño o heridas.

Así, en concreto, en el estudio de 1991, Öst *et al.*, la tensión aplicada y la tensión sin aplicación mostraron una superioridad terapéutica en relación con la exposición in vivo tras el tratamiento (90%, 80% y 40%, respectivamente), porcentajes que aumentaron tras un año de seguimiento con el empleo de las tres modalidades terapéuticas (100%, 90% y 50%, respectivamente).

En líneas generales, la conclusión más relevante que se extrae de los trabajos de Öst es que, junto con la técnica de exposición in vivo, la técnica de tensión muscular contribuye a mejorar los parámetros específicos del síndrome vasovagal (Hellström, Fellenius y Öst, 1996).

Por otro lado, desde el punto clínico, el estudio de la interrelación entre las distintas respuestas (fisiológicas, cognitivas y motoras) ha cobrado un auge especial en torno a los años 80, derivado del interés por determinar las condiciones que facilitan la intervención terapéutica de cara a la mejoría. En este sentido, si en los estudios iniciales desde la terapia de conducta en relación con la ansiedad fóbica, los resultados del cambio venían definidos en función del cambio a nivel conductual (Himadi, Boice y Barlow, 1986), a partir de la teoría propuesta por Lang (1968), en la que se plantea que la respuesta emocional está compuesta de tres medidas (verbal, motora y fisiológica) es cuando se comienza a evaluar cada

uno de estos componentes asociados con la respuesta de ansiedad.

Una línea de trabajo concordante con los estudios de Öst y su equipo es la propuesta de Mathews (1981). Para este autor, un tratamiento "eficaz" debería producir cambios concordantes o sincrónicos en los sistemas de respuesta. Esta idea ha sido recogida por diversos autores, de ahí que en los últimos años existen investigaciones orientadas a conocer la relación entre los sistemas de respuesta y determinar las condiciones que facilitan la sincronía (Barlow, 1988), para predecir, en última instancia, el éxito de un tratamiento. Por ello, dado que la hematófobia es un tipo de fobia específica escasamente abordada desde la perspectiva psicológica, en este sentido, el propósito de este trabajo es profundizar en el estudio de la sincronía/desincronía en el patrón de respuesta de los hematófóbicos, tanto previa al tratamiento como a largo plazo, tras la intervención.

Para ello, los objetivos que se pretenden alcanzar son, en primer lugar, determinar la eficacia diferencial de dos modalidades terapéuticas: la exposición en vivo sola y la exposición en vivo + la técnica de tensión aplicada. En este sentido, es esperable pensar que un tratamiento orientado directamente a dos de los niveles de respuesta (conductual y fisiológica) producirá una eficacia superior, en comparación con el tratamiento conductual específicamente centrado en la reducción de la evitación de las situaciones hematófóbicas.

En segundo lugar, se pretende conocer el grado de mejoría a largo plazo con cada una de las dos modalidades terapéuticas citadas. Cabe pensar, del mismo modo que en el objetivo anterior, que un tratamiento más completo, especialmente diseñado para el control de la activación fisiológica y, más concretamente, del síndrome vasovagal, dotaría a la persona de una mayor capacidad de afrontamiento del problema, a largo plazo.

Por último, establecer el grado de sincronía/desincronía en el triple sistema de respuestas, tanto a nivel global como en función de cada modalidad terapéutica. En la hipótesis de partida se tiende a esperar una mayor sincronía en la modalidad de exposición en vivo + tensión aplicada, a corto y largo plazo, si bien en el pretratamiento cabe pensar que existe una desincronía entre los tres niveles de respuesta.

MÉTODO

Participantes

La muestra del estudio está de 39 participantes, 9 varones y 30 mujeres, con edades comprendidas entre los 15 y los 30 años ($\bar{X} = 23,73$ años; $DT = 3,39$). La exclusión de la investigación de personas con edad superior a treinta años queda justificada, en primer lugar, porque la demanda fue sustancialmente superior a los recursos disponibles por el equipo para el desarrollo del estudio (lo que llevó a acotar el rango de edad en esta investigación) y, en segundo lugar, porque el tratamiento se desarrolló durante las horas de mayor actividad en los hospitales (por la mañana) lo que supuso una dificultad adicional para aquellas personas que trabajaban y no podían adherirse al tratamiento; en cambio, en las personas jóvenes (estudiantes y personas sin actividad laboral) se observó una disponibilidad mayor para ajustarse a la dinámica de los hospitales (analítica, donación de sangre, visitas de los médicos a los enfermos de planta, etc.). A pesar de ello, aquellas personas que manifestaron su deseo expreso de ser tratados al margen del estudio recibieron el tratamiento similar al expuesto en este trabajo.

La obtención de la muestra se realizó a través de los medios de comunicación (radio y prensa). En la información ofre-

cida se aludía a la investigación que desde la Universidad de Sevilla se venía realizando y la posibilidad de participar en el estudio recibiendo tratamiento psicológico. Asimismo, se especificaba el problema, las características del mismo, los objetivos que se pretendían alcanzar y se incluía un teléfono de contacto. A partir de la conversación telefónica, se procedía a concertar la primera cita para una entrevista individualizada. En la entrevista se recogieron los datos personales, la historia de la persona, etc. Posteriormente, en una segunda sesión, se procedió a la evaluación y la determinación del diagnóstico, atendiendo a los criterios del DSM-IV (APA, 1994) de fobia específica subtipo sangre-inyecciones-daño. Aquellas personas que mostraron su aceptación para participar en el estudio, firmaron el Informe de Consentimiento, escrito con el compromiso por ambas partes (participante y equipo de investigación). Se excluyeron del estudio las personas que, previo asesoramiento médico, presentaban determinadas complicaciones médicas (p. e.: problemas coronarios o lesiones cerebrales).

Por lo que se refiere a las características descriptivas de los sujetos del estudio, en un número considerable de parti-

cipantes el problema surgió durante la infancia y prácticamente en la mitad de los hematofóbicos existían casos de antecedentes familiares directos con **hematofobia**. Las características de la muestra en relación con las variables específicas de la fobia a la sangre figuran en la Tabla 1.

Respecto al grado de incapacitación o interferencia en el manejo de la vida cotidiana, un porcentaje notablemente elevado de los fóbicos referían bastante/mucha incapacitación. Por otro lado, en torno a los dos tercios de los casos manifestaban una escasa capacidad de autocontrol. Y por último, en la mitad de los hematofóbicos, aproximadamente, estaba presente la conducta de desmayo.

Profesionales

El equipo de profesionales estaba formado por ocho psicólogos (cuatro terapeutas y cuatro coterapeutas) y un diplomado universitario en enfermería (DUE). Los terapeutas tenían, al menos, dos años de experiencia clínica en modificación de conducta y los coterapeutas entre 6 y 12 meses. Todo el equipo recibió en un primer momento información detallada, por parte de la investigadora clínica, de

Tabla 1. Características descriptivas de la muestra en relación con la hematofobia (N=39)

<i>Sexo</i>	Hombres:	9 (22,5%)
	Mujeres:	30 (77,5%)
<i>Edad media del grupo</i>		23,73 años
	DT= 3,49	Rango: 15 - 30
<i>Edad de comienzo</i>	Infancia:	72,07%
	Adolescencia:	22,91%
<i>Antecedentes familiares</i>	Sí:	46,00%
	No:	54,00%
<i>Episodios de desmayo</i>	Nunca:	22,91%
	Casi nunca:	25,00%
	A veces/Casi siempre:	51,07%
<i>Grado de incapacitación</i>	Poco:	14,58%
	Bastante/Mucho:	86,13%
<i>Capacidad de autocontrol</i>	Bastante:	29,16%
	Casi nada/Poco:	70,82%

Tabla 2. Características demográficas de los sujetos

Modalidad terapéutica	Gravedad	N. ^o Sujetos	Edad	Sexo		Estado civil	
				V	M	S	C
Exposición en vivo (Grupo A)	Alto	8	25	1	7	1	7
	Medio	5	23,8	2	3	2	3
	Bajo	6	21,33	2	4	0	6
		19	23,37	5	14	3	16
Exposición en vivo + tensión aplicada (Grupo B)	Alto	8	24	2	6	1	7
	Medio	7	23,85	2	5	1	6
	Bajo	5	23,80	0	5	2	3
		20	23,88	4	16	4	16

los pasos a seguir a lo largo de las sesiones, con el fin de homogeneizar al máximo las condiciones del estudio. Además, se celebraron reuniones semanales intra-sesiones del equipo con la investigadora clínica para una puesta en común de las dificultades, dudas o problemas surgidos en cada caso.

Diseño experimental

En este estudio se utilizó un diseño experimental de dos grupos, con medidas independientes en el factor *tratamiento* y medidas repetidas en el factor *evaluación*. La asignación de los sujetos a los diferentes grupos se realizó de forma aleatoria tras una estratificación previa en las siguientes variables: sexo y gravedad del problema (alto, medio, bajo). Los grupos y modalidades terapéuticas resultantes, así como algunas características demográficas de los pacientes figuran en la Tabla 2.

Medidas de evaluación

a) *Inventario de fobia a la sangre* (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1994). Es un inventario creado por los autores, específicamente elaborado para evaluar la fobia a la sangre. El instrumento está compuesto por 50 ítems referidos a diver-

sas situaciones, relacionadas preferentemente con la sangre, las inyecciones y el dentista, y en menor medida, la sangre de animal, el color rojo, la agorafobia y la ansiedad social. Mide, en una escala de 0 (nunca) a 3 (siempre) puntos, los diferentes tipos de respuestas (fisiológicas, cognitivas y motoras) del paciente y valora tanto las respuestas de la «ansiedad situacional» como la «ansiedad anticipatoria». Actualmente, el inventario se encuentra próximo a finalizar la fase de validación, por lo que no existen hasta el momento datos acerca de su fiabilidad y validez.

b) *Cuestionario de Miedos* (FQ) (Marks y Mathews, 1979). La subescala de hematófobia de este cuestionario está compuesta por 5 ítems referidos a la sangre y/o las heridas. El paciente debe valorar en una escala de 0 (nunca) a 8 (siempre) la frecuencia de evitación de las situaciones señaladas. Este instrumento posee una buena fiabilidad test-retest ($r=0,96$ para la fobia a la sangre y lesiones físicas).

c) *Entrevista para la hematófobia* (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1994). Es una entrevista semiestructurada, elaborada por los autores, para recoger datos personales del paciente y de la historia y evolución del problema hasta el estado actual. También recoge datos como los antecedentes familiares o el grado de afectación del problema en su vida coti-

diana, así como sus expectativas ante el tratamiento. Está elaborada para ser auto-aplicada (Ver Anexo 1).

d) *Informe Final* (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1994). Este instrumento, de interés clínico, está creado por los autores para explorar diversas áreas de interés relacionadas con el tratamiento recibido. Está diseñado para evaluar la valoración del paciente tanto al terminar el tratamiento como a largo plazo, tras un seguimiento de 12 meses. Las distintas áreas son valoradas en una escala de 1 a 5, expresando la puntuación 1 el menor grado de acuerdo y 5 el mayor grado de acuerdo con el enunciado referido (excepto el área de "duración del tratamiento", en el que la puntuación 3 indica "adecuado") (Ver Anexo 2).

Procedimiento

— Evaluación:

Las medidas de evaluación se pasaron en cinco momentos a lo largo del estudio. La primera antes de comenzar el tratamiento (evaluación pretratamiento) y la segunda se realizó tras la intervención (evaluación postratamiento). La tercera, cuarta y quinta se realizaron en los seguimientos de 1, 6 y 12 meses, respectivamente.

— Tratamiento:

El tratamiento consistió en enfrentarse a las situaciones fóbicas reales relacionadas con la sangre (por ejemplo: ver una cura, tomar en las manos una bolsa con sangre en el servicio de Donantes de Sangre, pasear por la sala de Urgencias del Hospital, ponerse una inyección etc.). Se utilizó la técnica de *exposición en vivo* junto con el entrenamiento en respiraciones para afrontar los síntomas de

ansiedad, en ambas modalidades de tratamiento. En la modalidad B (exposición en vivo + tensión aplicada), a diferencia de la A (exposición en vivo), se entrenó a los pacientes en "*tensión aplicada*" (Öst y Sterner, 1987), que consistió en: a) Aprender a tensar los músculos, basándose en la técnica de "*tensión muscular*" (Öst, Sterner y Lindahl, 1984) y, b) Aprender a identificar las primeras señales específicas de la segunda fase de la respuesta bifásica (fundamentalmente, de la caída de presión arterial) y aplicar la técnica de "*tensión muscular*" en los momentos de exposición, con el fin de prevenir el síndrome vasovagal extremo ("*tensión aplicada*").

La duración del tratamiento fue de 6 semanas y el número de sesiones 6 (una por semana). El tiempo de duración de cada sesión fue de aproximadamente 90 minutos y la intervención se realizó en grupos reducidos (aproximadamente 3 ó 4 personas por grupo). El desarrollo detallado del tratamiento y el diario de sesiones puede verse reflejado en dos artículos publicados por el equipo de investigación del que la autora de este trabajo forma parte, uno acerca de la eficacia del tratamiento de exposición en vivo en un caso de hematófobia (Borda, Barcia y Blanco Picabia, 1997) y otro acerca del seguimiento a largo plazo con el tratamiento combinado, exposición en vivo + tensión aplicada (Borda, Martínez, Blanco Picabia, 1998).

En líneas generales, el contenido de las sesiones se expone a continuación:

- *Sesión 1.ª*: Se informó acerca de la fobia a la sangre (definición, clasificación, sintomatología asociada, etc.). Tras la evaluación, se procedió a explicar la composición del tratamiento (técnicas a utilizar), la duración y las condiciones del mismo. A continuación, se realizó el entrenamiento de las técnicas cita-

das anteriormente (tensión muscular y respiración) y se informó acerca de la conveniencia de practicarlas en su casa hasta la sesión próxima. Los pacientes elaboraron cinco conductas-objetivo y se determinaron situaciones, hechos o pensamientos que generaran tensión con el fin de utilizarlo para evitar el síndrome vasovagal (disminución de la presión sanguínea y bradicardia) y, por tanto, el desvanecimiento y/o la pérdida de conocimiento.

- *Sesión 2.ª*: Se comenzó con un repaso de las estrategias aprendidas para hacer frente a las situaciones hematófóbicas (30 min). Se informó a cada persona de su patrón específico de respuestas (respuestas psicofisiológicas) para que pudieran detectarlo en las situaciones de exposición. Tras esto, se llevó a cabo la exposición a la conducta-objetivo de menor grado de dificultad (60 min) (como por ejemplo, ver instrumental de enfermería y curas —tubos de diferente tamaño, gomas para la extracción de sangre, algodón—, ver una jeringuilla con sangre, hablar al grupo de heridas, cortes en el cuerpo, costuras con puntos tras operaciones, penetración de la aguja en la piel para extraer sangre, etc.).
- *Sesión 3.ª*: Se comenzaba con un repaso de las estrategias anteriormente citadas (20 min) y a continuación se procedía a la exposición en vivo a la 1ª y 2ª conducta-objetivo (30 y 40 min, respectivamente). En esta sesión, se incluía la manipulación del material presentado en la sesión anterior, así como el simulacro de una extracción de sangre (incluso hasta la extracción en quienes se sintieran capaces).
- *Sesión 4.ª a 6.ª*: Se comenzaba la sesión comentando las dificultades

surgidas durante la semana. Después se repasaban las estrategias adecuadas para la sesión y se procedía a la exposición en vivo a las siguientes conductas-objetivos. Se sugería al final de la sesión la práctica entre sesiones de tareas con características similares a las realizadas durante la sesión.

Entre las conductas-objetivos que se trabajaron estaban: Una visita al Servicio de Donantes de Sangre (con manipulación del instrumental), visita a la planta de Urgencias (para enfrentarse con situaciones inesperadas como enfermos con sangre, o una camilla manchada o la llegada de una ambulancia, etc.) y una visita a la planta de Traumatología y Cirugía Torácica del Hospital con la finalidad de ir generalizando lo aprendido hasta el momento a diferentes situaciones y lugares. Se contó con la ayuda de profesionales sanitarios (enfermeros/as, médicos de planta, etc.), quienes mostraron un nivel de interés y cordialidad en todo momento. Para ello, se les informó de la finalidad del estudio y de los pasos a seguir en cada una de las tareas a realizar.

En la última sesión se hizo una valoración global del tratamiento mediante la entrega a los pacientes del Cuestionario de Informe Final (Borda, Antequera, Sánchez de Ibargüen y Blanco Picabia, 1998).

RESULTADOS

Para los resultados de las puntuaciones dadas por el grupo en los diferentes momentos de evaluación (pretratamiento, postratamiento y seguimientos) se recurrió a un análisis descriptivo de las medias y desviaciones típicas, en primer lugar, para el grupo de hematófóbicos en general y, en segundo lugar, matizando las puntuaciones medias para cada grupo, en los tres sistemas de respuesta

(fisiológica, cognitiva y motora) en el Inventario de Fobia a la Sangre (Borda *et al.* 1994) (Tabla 3).

El análisis de los resultados indicó, por un lado, una disminución de la puntuaciones medias en el postratamiento. Por otro, si bien se observó una ligera disminución en las puntuaciones tras el tratamiento respecto a las puntuaciones del postratamiento, éstas tienden a mantenerse a lo largo de los sucesivos seguimientos. (Diferencias cuya significación estadística queda recogida en la Tabla 4).

En cuanto a los resultados de la eficacia diferencial de los tratamientos, se recurrió al análisis de comparación entre los grupos (prueba *t*). Se realizó la prueba por separado, para cada uno de los tipos de respuesta del triple sistema. Los resultados indicaron que no existían diferencias significativas entre ambas modalidades terapéuticas tras el tratamiento ni en los seguimientos de 1, 6 y 12 meses entre ambas modalidades de tratamiento en ninguno de los tres sistemas de respuesta.

Por lo que se refiere a la evolución seguida a lo largo del tiempo en cada una de las dos modalidades terapéuticas, los datos obtenidos para ambos grupos (considerados de modo independiente), se analizaron mediante la prueba *t* de medidas repetidas. En este caso, la prueba refleja la evolución del grupo mediante comparaciones de pares de evaluaciones dentro del grupo; es decir, mediante la diferencia de puntuaciones medias entre una evaluación y otra. Se realizó el análisis por separado, para cada una de las dos modalidades: *A. Exposición en vivo* y *B. Exposición en vivo + tensión aplicada*. Los resultados y las significaciones entre pares de evaluaciones se presentan en la Tabla 4.

Los análisis revelaron, en primer lugar, diferencias significativas pre-postratamiento y pretratamiento-seguimiento de doce meses en los tres tipos de respuesta, en ambas modalidades terapéuticas. En segundo lugar, en el grupo A (exposición en vivo) se observaron diferencias significativas postratamiento-seguimien-

Tabla 3. Puntuaciones medias y desviaciones típicas en las diferentes respuestas en los distintos momentos de evaluación en el inventario de fobia a la sangre (N=39)

Evaluación Respuestas	Pret. Media (DT)	Post. Media (DT)	Seg. 1 mes Media (DT)	Seg. 6 meses Media (DT)	Seg. 12 meses Media (DT)
FISIOLÓGICAS	369,97	116,42	92,90	73,23	82,10
(Rango: 0-1521)	(247,78)	(145,54)	(124,28)	(95,01)	(104,96)
Grupo A (N=19)	344,40	117,70	67,25	58,75	60,55
	(195,00)	(74,38)	(59,34)	(61,55)	(265,10)
Grupo B (N=20)	416,36	133,10	93,79	81,47	104,26
	(212,80)	185,91	(151,57)	(107,23)	(125,25)
COGNITIVAS	309,87	66,35	63,45	52,56	57,26
(Rango: 0-1404)	(239,18)	(89,59)	(88,33)	(70,96)	(79,97)
Grupo A (N=19)	296,25	62,40	50,9	38,70	42,50
	(225,30)	(59,40)	(76,66)	(44,16)	(54,23)
Grupo B (N=20)	336,10	74,10	60,36	67,42	72,78
	(201,78)	(110,14)	(76,72)	(87,00)	(96,00)
MOTORAS	203,40	52,17	52,74	35,77	41,18
(Rango: 0-819)	(137,06)	(73,19)	(69,78)	(46,94)	(60,23)
Grupo A (N=19)	201,80	50,00	43,25	29,45	34,10
	(130,40)	(41,00)	(53,14)	(45,00)	(36,00)
Grupo B (N=20)	215,78	57,21	47,89	42,42	53,89
	(135,31)	(95,11)	(74,88)	(57,99)	(66,90)

Tabla 4. Resultados del análisis de comparación de puntuaciones medias de la evolución intragrupo en el inventario de fobia a la sangre en los diferentes momentos de evaluación (N=39)

Grupo A N=19	Pre-12m T	Post-12m T	Pre-post T	Post-1m T	1m-6m T	6m-12m T
R. Fisiológicas	2,47 **	2,19 **	3,41 **	0,97 *	0,89 *	n.s.
R. Cognitivas	2,85 **	1,10 *	3,05 **	n.s.	1,78 **	n.s.
R. Motoras	3,49 **	2,09 **	4,94 **	n.s.	1,99 **	n.s.
Grupo B N=20	Pre-12m	Post-12m	Pre-post	Post-1m	1m-6m	6m-12m
R. Fisiológicas	3,47 **	n.s.	2,60 **	n.s.	n.s.	n.s.
R. Cognitivas	1,88 **	n.s.	1,86 **	n.s.	n.s.	n.s.
R. Motoras	2,34 **	n.s.	2,09 **	n.s.	n.s.	n.s.

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$. R. Fisiológicas = R.F.; R. Cognitivas = R.C.; R. Motoras = R.M.

to de un mes en las respuestas fisiológicas y en el seguimiento de un mes-seguimiento de seis meses en los tres niveles de respuesta. Finalmente, en esta modalidad de exposición en vivo sola, también se observaron diferencias postratamiento-seguimiento de 12 meses en los tres tipos de respuesta.

Se realizaron también análisis correlacionales (coeficiente de Pearson) con el fin de obtener dos tipos de información: por un lado, el grado de sincronía/desincronía entre los tres sistemas de respuestas de la totalidad de la muestra estudiada (N=39) y, por otro, tomados cada uno de los grupos por separado en cada uno de los momentos de evaluación: a) la fase previa al tratamiento; es decir, el patrón específico del hematófóbico, b) la fase de postratamiento, tras el efecto de la intervención y, c) a medio y largo plazo (seguimiento de 6 y 12 meses). Todas las correlaciones obtenidas fueron elevadas (entre 0,83 y 0,98).

Así pues, se observó, en primer lugar, la existencia de una relación significativa entre el nivel de los tres sistemas de respuesta en el pretratamiento, tanto en general como por grupos considerados de modo independiente. En segundo lugar, asimismo se obtuvo una relación significativa entre el nivel de los tres sistemas de respuesta en el postratamiento tanto en general como por grupos considerados

de modo. Estos mismos resultados se observaron de nuevo entre el nivel de los tres sistemas de respuestas, en los diferentes seguimientos. Por tanto, a mayor (o menor) respuesta en uno de los sistemas, mayor (o menor) respuesta en los otros dos sistemas, antes de empezar, al terminar el tratamiento y a medio y largo plazo.

Antes de pasar al apartado siguiente, conviene señalar en este punto que este instrumento está actualmente en fase de validación, y que, por lo tanto, los resultados han de ser interpretados con cierta cautela. No obstante, para subsanar esta limitación, se ha recurrido a determinar la relación entre las tres medidas del Inventario de Fobia a la Sangre y la Subescala de Hematofobia del Cuestionario de Miedos, instrumento de gran utilidad clínica (si bien se focaliza en la evaluación de la respuesta motora). Los resultados de las correlaciones (considerada la muestra global) muestran una relación significativa entre ambos instrumentos de evaluación en diferentes momentos de evaluación (respuesta motora-subescala de hematofobia: $r=0,65$; respuesta fisiológica-subescala de hematofobia: $r=0,61$; respuesta cognitiva-subescala de hematofobia: $r=0,68$, en el pretratamiento; respuesta motora-subescala de hematofobia: $r=0,77$; respuesta fisiológica-subescala de hematofobia:

$r=0,57$; respuesta cognitiva-subescala de hematófobia: $r=0,55$, en el postratamiento; y respuesta motora-subescala de hematófobia: $r=0,51$; respuesta fisiológica-subescala de hematófobia: $r=0,42$; respuesta cognitiva-subescala de hematófobia: $r=0,54$, en el seguimiento de los seis meses).

Por otro lado, dado que el objetivo final de este trabajo es conocer, al margen del criterio estadístico, la percepción subjetiva de los propios pacientes acerca de la eficacia de la aplicación de la técnica de "exposición en vivo" en el tratamiento de la hematófobia, nos pareció importante analizar estos aspectos, tal y como se recogieron en el Informe Final que se ha mencionado en el apartado dedicado a las medidas de evaluación y que figura en el Anexo 2. Se obtuvieron valores medios en todas las preguntas de este informe que oscilaron entre 2,85 (duración del tratamiento) y 4,56 (valoración de mantener la exposición a largo plazo). Estos datos indican que los pacientes valoraron como adecuado o muy adecuado (puntuaciones 3 y 4, respectivamente) el tratamiento empleado.

Para los resultados relacionados con la valoración global del tratamiento, se llevó a cabo un análisis de correlación bivariada, por un lado, entre las variables *valoración global* con diferentes *componentes del tratamiento*: satisfacción respecto a la expectativas previas, nivel de seguridad/confianza, percepción de la capacidad de control, utilidad del componente práctico, conocimientos adquiridos, satisfacción con el tratamiento, etc; y, por otro lado, entre la variable *satisfacción con el tratamiento* con las mismas variables citadas.

En primer lugar, se observó una correlación significativa positiva entre el nivel de *valoración global del tratamiento* y diversas variables relacionadas con las características específicas del tratamiento: el nivel de conocimientos adquiridos

($r=0,44$), la utilidad del componente práctico ($r=0,67$), el control de los síntomas ($r=0,46$) y las situaciones ($r=0,45$), la técnica empleada ($r=0,42$) y la generalización a otras situaciones ($r=0,53$), en el seguimiento de los 12 meses. Asimismo, se observó una correlación significativa positiva entre el nivel de *valoración global del tratamiento* con las variables nivel de seguridad/confianza ($r=0,78$) y el nivel de *satisfacción global* ($r=0,72$) así como respecto a las expectativas previas ($r=0,53$) en el seguimiento de los 12 meses.

En segundo lugar, se obtuvo una correlación significativa positiva, por un lado, entre el nivel de *satisfacción con el tratamiento* con otras variables como utilidad del componente práctico ($r=0,78$) y generalización a otras situaciones ($r=0,72$), entre otras, y, en menor medida, con el nivel de conocimientos adquiridos ($r=0,32$), en el seguimiento de los 12 meses; y, por otro lado, entre el nivel de *satisfacción con el tratamiento* con las variables personales o subjetivas, como son el nivel de seguridad/confianza ($r=0,74$), valoración global del tratamiento ($r=0,72$) y satisfacción respecto a las expectativas previas ($r=0,42$), así como con la percepción de control de los síntomas ($r=0,75$) y las situaciones ($r=0,71$).

Por tanto, respecto a la evaluación de la satisfacción con el tratamiento recibido, la impresión que se extrae a la vista de los resultados es que el tratamiento presenta una elevada adherencia en los pacientes y (reflejada en la escasa pérdida de participantes) y un elevado nivel de éxito a largo plazo.

Por último, y por lo que respecta a la eficacia de ambos tratamientos tanto a corto como a largo plazo, obtuvimos las tasas de mejoría más elevadas para las respuestas cognitivas —78,59%— en el postratamiento y 81,53% en el seguimiento a 12 meses. En las otras dos modalidades de respuesta, los resultados fue-

ron también satisfactorios y en todos los casos las tasas de mejoría se fueron incrementando con el paso del tiempo. En la Tabla 5 se exponen estos resultados.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de este trabajo aportan unas conclusiones en concordancia con las investigaciones clínicas desarrolladas en este campo, en las que se plantea que la exposición es el tratamiento de elección en los trastornos fóbicos (Borda, Báez y Echeburúa, 1993; Thompson, 1999). En este sentido, y aunque la mejoría se produce en los primeros momentos del tratamiento (reflejado en una disminución de la conducta de evitación y/o escape de la situaciones fóbicas) el alcance de los beneficios adquiridos afecta además a nivel psicofisiológico y cognitivo (Borda, Rodríguez, Antequera y Blanco Picabia, 1999).

No obstante, y desde el punto de vista de la efectividad terapéutica, con los resultados obtenidos, el tratamiento combinado de exposición en vivo + tensión aplicada, orientado, por un lado, a disminuir o eliminar las conductas de evitación y, por otro, a controlar los síntomas de ansiedad y detectar el síndrome vasovagal, no muestra una eficacia superior al tratamiento basado únicamente en la exposición en vivo. Por ello, la cuestión que nos planteamos de esta conclusión es si la incorporación de nuevos elementos o componentes a un tratamiento que ha mostrado ser efectivo en sucesivas ocasiones (en este caso, la exposición en vivo a la situaciones fóbicas) potencia el

efecto terapéutico en alguno de los sistemas, o si produce un resultado similar al de un diseño de tratamiento más sencillo, en cuyo caso resultaría más rentable el tratamiento más sencillo con un menor coste.

La solución a esta cuestión la encontramos justificada en el patrón de respuesta, en la que a diferencia de otros trastornos fóbicos, en la hematofobia se observa un patrón sincrónico entre los tres sistemas de respuesta; patrón de respuesta que tiende a mantenerse tras el tratamiento, con una tendencia ligera a aumentar la sincronía con el paso del tiempo en general, si bien en la modalidad combinada de "exposición en vivo" con "tensión aplicada" se produce un grado mayor de sincronía tras la intervención, nivel de sincronía que tiende a mantenerse con el paso del tiempo.

A pesar de que diversas investigaciones ponen de manifiesto la desincronía de las respuestas en los pacientes aquejados con un trastorno de ansiedad, los resultados de este trabajo aportan unas conclusiones que amplían el nivel de los conocimientos actuales, al mostrar el grado de sincronía observado en una muestra representativa de la población hematófóbica. La sincronía en las respuestas puede resultar sorprendente, puesto que lo que hace que este tipo de fobia sea diferente de las otras fobias es precisamente el patrón de respuesta fisiológico (Dahlöf y Öst, 1998). La atribución que generalmente se viene dando a este miedo es que la conducta de evitación se produce ante la sensación de incapacidad del hematófóbico para permanecer en la situación como consecuencia de la

Tabla 5. Porcentaje de mejoría y efecto a largo plazo de la intervención (N=39)

Respuestas	Mejoría tras el tratamiento (pre-post)	Efecto del tratamiento (pre-seg. 12 meses)
Fisiológicas	68,54%	77,81%
Cognitivas	78,59%	81,53%
Motoras	74,36%	79,96%

aparición de los síntomas de ansiedad, y más específicamente, el síndrome vasovagal (Kleinknecht, Thorndike y Walls, 1996). Es por esto, por la relevancia que alcanza el temor al cuadro vasovagal por, lo que puede parecer más llamativo que se produzca un nivel de afectación similar en los tres sistemas de respuesta.

En este sentido, la aplicación de un tratamiento diseñado específicamente para disminuir y/o eliminar la conducta de evitación y escape de las situaciones fóbicas facilita el mantenimiento de la sincronía entre las respuestas. Por otra parte, cuando la intervención conductual se combina con estrategias de control para prevenir el síndrome vasovagal, el nivel de sincronía tiende a aumentar tras el tratamiento y a mantenerse con el paso del tiempo. Por tanto, la utilización de la técnica de exposición en vivo contribuye, por un lado, a la mejoría de la fobia y, por otro lado, a que el cambio sea sincrónico, aumentando el nivel de sincronía cuando se recurre a una técnica de control de la ansiedad (tensión aplicada) que favorece el cambio a nivel cognitivo acerca de la "percepción de autoeficacia" de la persona sobre el control de las situaciones hematofóbicas (Borda, Antequera y Blanco Picabia, 1996). Tal vez, sería conveniente en futuros trabajos incluir otro tipo de medidas de evaluación (p.ej., registros psicofisiológicos), con la finalidad de enriquecer y/o corroborar estos resultados.

Por otro lado, el temor al desvanecimiento, variable que desempeña un papel realmente importante antes del tratamiento (en aquellos casos en los que se da aunque sea ocasionalmente), curiosamente, y dado que no se tiende a asociar el desvanecimiento con la respuesta de ansiedad, tras el conocimiento del mecanismo fisiológico y de la posibilidad de autocontrol por parte de la persona llega a producirse un cambio a nivel cognitivo al darse cuenta de su capacidad de con-

trol. Por tanto, el temor al desmayo gradualmente va disminuyendo, aunque a largo plazo pueda aparecer la duda de si en alguna ocasión pueda volver a darse la pérdida de control. Aun en este caso, el miedo al desmayo aparece con menor intensidad.

Desde el punto de vista clínico, la valoración global que hace el hematofóbico en relación con el tratamiento recibido resulta positivo y notablemente significativa. En este sentido, la aplicación de un tratamiento basado en la exposición (además de afectar favorablemente al control del problema) contribuye a aumentar el nivel de confianza/seguridad en sí mismo y favorece la generalización a otras actividades o situaciones diferentes de las abordadas durante el tratamiento y que hasta el momento tendían a ser evitadas (por ejemplo: hacerse donantes de sangre o atender a un herido).

En conclusión, el tratamiento de exposición en vivo es percibido por los hematofóbicos como de gran efectividad a largo plazo para disminuir o eliminar la conducta de evitación, para aumentar la percepción de control de los síntomas y las situaciones y para afrontar los acontecimientos con un menor temor a la pérdida de control. No obstante, desde el punto de vista de la efectividad terapéutica, el tratamiento de exposición en vivo puede combinarse con la técnica de "tensión aplicada", orientado, por un lado, a disminuir o eliminar las conductas de evitación y, por otro lado, a controlar los síntomas de ansiedad y detectar el síndrome vasovagal. En otras palabras, a pesar de que tienda a mantenerse una cierta aprensión ante ciertos fenómenos, sobre todo cuando se encuentra presente el componente de dolor o desagrado, la satisfacción producida por la "percepción de autoeficacia" a través del control de los síntomas y de las situaciones, contribuye a aumentar la confianza en uno mismo y, por tanto, a seguir haciendo

frente a las situaciones, los lugares y los acontecimientos relacionados con la sangre que durante gran parte de su vida habían resultado conflictivos (Borda *et al.*, 1997; Borda *et al.* 1998; Page, 1996).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª ed.) (DSM-IV)*. Washington, CD: APA.
- Barlow, D.H. (1988). *Anxiety and its disorder: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Bienvenu, O.J., y Eaton, W.W. (1998). The epidemiology of blood-injection-injury phobia. *Psychological Medicine*, 28, 1129-1136.
- Borda, M., Báez, C., y Echeburúa, E. (1993). Tratamiento de exposición en un caso de fobia a la sangre. *Análisis y Modificación de Conducta*, 66, 583-607.
- Borda, M., Antequera, R., y Blanco Picabia, A. (1994).: La exposición gradual en vivo y la "tensión aplicada" en el tratamiento de la fobia a la sangre. *Anales de Psiquiatría*, 10, 302-307.
- Borda, M., Antequera, R., y Blanco Picabia, A. (1996). Orientaciones terapéuticas en el tratamiento de la hematofobia. *Boletín de Psicología*, 50, 67-86.
- Borda, M., Barcia, M.J., y Blanco Picabia, A. (1997). Seguimiento a largo plazo en un caso de hematofobia tratado con exposición en vivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 567-592.
- Borda, M., Martínez, O., y Blanco Picabia, A. (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*, 1, 39-53.
- Borda, M., Antequera, R., Sánchez de Ibarquén, M.E., y Blanco Picabia, A. (1998). Evaluación de la satisfacción con el tratamiento de exposición en vivo en la hematofobia y percepción de la efectividad a largo plazo. *Cuaderno de Medicina Psicomática y Psiquiatría de Enlace*, 47, 8-16.
- Borda, M., Rodríguez, L., Antequera, R., y Blanco Picabia, A. (1999). Predicción de resultados: Gravedad de la hematofobia, variables de personalidad y éxito terapéutico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 103, 703-733.
- Dahllöf, O., y Öst, L.G. (1998). The diphasic reaction in blood phobic situations: Individually of stimulus bound?. *Scandinavian Journal of Behaviour Therapy*, 27, 97-104.
- Hellström, K., Fellenius, J., y Öst, L.G. (1996). One versus five sessions of applied tension in the treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 101-112.
- Himadi, W.G., Boice, R., y Barlow, D.H. (1986). Assessment of agoraphobia: Measurement of clinical change. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 321-332.
- Kleinknecht, R.A. (1994). Acquisition of blood, injury and needle fears and phobias. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 817-823.
- Kleinknecht, R.A., Thorndike, R.M., y Walls, M.M. (1996). Factorial dimensions and correlates of blood, injury and related medical fears: Cross validation of the medical fear survey. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 323-331.
- Lang, P. (1968). Fear reduction and fear behavior. En J. Shlein (Ed.), *Research in Psychotherapy*. Washington, D.C.: APA.
- Marks, I.M. (1988). Blood-injury phobia: A review. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1207-1213.
- Marks, I.M. (1991). *Miedos, fobias y rituales. 2. Clínica y tratamiento*. Barcelona: Martínez Roca (original, 1987).
- Öst, L.G. (1991). Acquisition of blood and injection phobia and anxiety response patterns in clinical patients. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 323-332.
- Öst, L.G. (1992). Blood and injection phobia: Background and cognitive, physiological, and behavioural variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 68-74.
- Öst, L.G., Sterner, V., y Lindahl, I.L. (1984). Physiological responses in blood phobics. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 109-117.
- Öst, L.G., y Sterner, V. (1987). Applied tension: A specific behavioral method for treatment of blood phobia. *Behaviour Research and Therapy*, 25, 397-409.

- Öst, L.G., y Hellström, K. (1997). Blood injury-injection phobia. In G.C.L. Davey (Ed.). *Phobias -a handbook of theory, research and treatment* (pp. 63-80). London: Wiley.
- Page, A.C. (1996). Blood-injury-injection phobia in medical practice. *Medical Journal of Australia*, 164, 189.
- Thompson, A. (1999). Cognitive-Behavioural treatment of blood-injury-injection phobia: A case study. *Behaviour Change*, 16, 182-190.
- Vázquez, M.I., y Buceta, J.M. (1990). Características peculiares de la fobia a la sangre, las enfermedades y las lesiones físicas: posibles implicaciones terapéuticas. *Psiquis*, XI, 42-47.

ANEXO 1. ENTREVISTA PARA LA HEMATOFOBIA (Borda, Antequera y Blanco, 1994)

1. DATOS PERSONALES

Nombre:	Edad:
Dirección:	Tel.:
Lugar de residencia:	
Profesión u ocupación:	Estado civil:
Número de hermanos:	Lugar que ocupa:

2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

- 2.1. ¿Cuánto tiempo hace que te produce malestar el tema de “ver o pensar” en la sangre?
- 2.2. ¿Existe(n) otro(s) miembro(s) en tu familia a quien(es) le(s) sucede algo parecido a ti? (En caso afirmativo, anotarlo)
- 2.3. ¿Podrías describir cuándo y cómo sucedió el primer episodio?
- 2.4. ¿Cómo ha evolucionado el problema desde el primer episodio?
- No ha vuelto a producirme malestar
 - Me desagrada el tema de la sangre, pero no lo evito
 - Con el paso del tiempo ha aumentado el problema, pero lo controlo
 - No evito las situaciones relacionadas con la sangre, aunque tiendo a perder el conocimiento y desmayarme
 - Evito las situaciones relacionadas con la sangre
 - Otra:
- 2.5. En la actualidad, si te encuentras ante una situación relacionada con el tema de la sangre (por ejemplo: hacerte un análisis de sangre o tener que limpiar una herida)
- ¿Cómo actúas?
 - ¿Qué es lo que notas/sientes?
 - ¿Qué piensas?
- 2.6. ¿Tienes a desmayarte cuando “escuchas” algún tema o “ves” algún objeto o escena relacionado con la sangre?
- Siempre
 - Casi siempre
 - A menudo
 - A veces
 - Casi nunca
 - Nunca
- 2.7. ¿Qué actitud tiene el resto de los miembros de tu familia ante tu problema? (por ejemplo: lo entienden y te ayudan, lo ignoran, etc.)
¿Cuál es la actitud de tu familia ante este tratamiento?
- 2.8. ¿Has recibido anteriormente algún tratamiento (médico o psicológico) por este problema? (En caso afirmativo, anotar en una escala de 0 a 10 la eficacia subjetiva del tratamiento recibido)
- 2.9. Si tuvieras que enfrentarte frecuentemente a situaciones (lugares, objetos o conversaciones) relacionadas con la sangre, que no pudieras evitar ¿En qué medida crees que te afectaría?

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

- 2.10. ¿En qué grado te consideras actualmente capaz de controlar tus reacciones?

0	1	2	3	4	5
Nada	Casi nada	Poco	Bastante	Mucho	Muchísimo

2.11. En el caso de que hubiera otras personas con un problema bastante similar al tuyo, ¿estarías dispuesto a recibir el tratamiento en grupo o preferirías hacerlo de modo individual?

3. PRESENCIA DE OTROS TRASTORNOS

3.1. Actualmente, ¿estás tomando algún tipo de medicación? (En caso afirmativo, anotar el nombre, la dosis y el trastorno que presente)

3.2. ¿Recibes actualmente tratamiento (médico o psicológico) por algún otro problema o complicación relacionada con la salud? (En caso afirmativo, anotadlo)

3.3. ¿Recuerdas si, además del miedo a la sangre, tienes miedo a algún otro objeto, situación o lugar, llegando a interferir en tu vida cotidiana? (En caso afirmativo, anotadlo)

OBSERVACIONES:

ANEXO 2. INFORME FINAL

Señala con una X la alternativa que mejor responda a tus impresiones personales acerca de cada una de las cuestiones relacionadas con la valoración final del tratamiento.

1. En el momento actual, mi valoración global acerca del contenido del programa de tratamiento que recibí es:
 - Muy positiva
 - Positiva
 - Normal
 - Negativa
 - Muy negativa

2. La duración del tratamiento la considero:
 - Muy insuficiente
 - Insuficiente
 - Adecuada
 - Excesiva
 - Muy excesiva

3. El balance global del tratamiento, en relación con las expectativas previas que tuve, es:
 - Muy inferior
 - Inferior
 - Más o menos igual
 - Superior
 - Muy superior

4. Con la participación en el estudio, he aprendido:
 - Mucho
 - Bastante
 - A medias
 - Poco
 - Muy poco

5. Con el paso del tiempo, el componente práctico del tratamiento (el control de la ansiedad y las exposiciones) me ha resultado:
 - Muy útil
 - Bastante útil
 - Indiferente
 - Poco útil
 - Nada útil

6. Los conocimientos adquiridos me están dando:
 - Mucha seguridad
 - Bastante seguridad
 - A medias
 - Poca seguridad
 - Ninguna seguridad

7. Actualmente ¿me sigue preocupando el pensar en «no ser capaz de controlar o soportar las situaciones»?
- Mucho
 - Bastante
 - A medias
 - Un poco
 - Nada
8. Actualmente ¿me sigue preocupando que puedan aparecer los síntomas de ansiedad?
- Mucho
 - Bastante
 - A medias
 - Un poco
 - Nada
9. Considero que “seguir exponiéndome” es:
- Muy importante
 - Bastante importante
 - Indiferente
 - Poco importante
 - Nada importante
10. Cuando me encuentro en alguna situación que anteriormente me creaba dificultad, ahora:
- Siempre intento evitarla
 - Casi siempre intento evitarla
 - A veces intento evitarla
 - Casi nunca intento evitarla
 - Nunca la evito
11. En general, después de un año de terminar el tratamiento, con los cambios logrados, me siento:
- Muy satisfecho
 - Bastante satisfecho
 - Igual que antes
 - Bastante insatisfecho
 - Muy insatisfecho
12. ¿Quieres darnos algún consejo que consideras ayudaría a mejorar el tratamiento?

Gracias por tu colaboración en nombre de todo el equipo.