

TRATAMIENTO MULTIMODAL DE UN CASO DE FOBIA A LAS INYECCIONES

J. Joaquín Martínez Sánchez¹

Pilar Arribas Saiz¹

José Antonio Ortega Fernández²

M^a Carmen Fenollar Sastre²

¹ Psicólogo. Unidad de Salud Mental de Xàtiva (Valencia). Servicio Valenciano de Salud.

² Psicólogo Interno Residente del Hospital Lluís Alcanyis de Xàtiva (Valencia). Servicio Valenciano de Salud.

RESUMEN

El caso que a continuación se expone, es un caso de una niña de nueve años con fobia a las exploraciones médicas, y más en concreto a las inyecciones. Este es uno de los subtipos que el DSM-IV recoge como fobias específicas, que incluyen los miedos a ver sangre o heridas, recibir inyecciones, observar o sufrir procedimientos quirúrgicos y otras situaciones médicas similares. Este subtipo de fobias, habitualmente tiene su comienzo en la infancia o en los primeros años de la adolescencia, siendo más frecuentes en las mujeres. Esta evitación puede tener en muchos casos efectos negativos sobre la salud de la persona que las padece, tal como en el caso que presentamos: una niña cuyos temores fóbicos interfieren en el control al que debe estar sometida por sus niveles de glucemia elevados. Se describe el tratamiento seguido sesión a sesión, los resultados del mismo y de los seguimientos a los tres y seis meses.

Palabras clave: FOBIA A LAS INYECCIONES, CONDUCTA DE EVITACIÓN, TERAPIA DE EXPOSICIÓN, TERAPIA DE CONDUCTA.

SUMMARY

A case study of a 9-year-old girl which suffers from medical tests phobia, particularly fear of injections, is presented. In the DSM-IV this fear is acknowledged as a subcategory of specific phobias that includes fear of blood or wounds, receiving injections, witnessing (or prospect of) a surgical operation and other medical situations. This subcategory of phobia usually starts in the childhood or in the first years of the adolescence. It is more common in girls than in boys. This avoidance may have in many cases negative consequences over the health of people who suffer from this disorder as in the case of the individual studied in this paper: a girl whose phobic reactions disturb the control of her problem of high glucaemia rates. The session by session treatment program, the outcomes and follow-up (3 and 6 months) information are reported.

Key words: INJECTIONS PHOBIA, AVOIDANCE, FLOODING THERAPY, BEHAVIORAL TREATMENT.

1. INTRODUCCIÓN

Todos los niños experimentan diversos miedos a lo largo de su desarrollo, la mayoría de los cuales son transitorios, de intensidad leve y específicos de una edad. Muchos autores consideran que estos miedos no son patológicos, sino que constituyen un componente más del desarrollo normal de los niños (de ahí, que se califiquen de "evolutivos") "ya que les proporcionan medios de adaptación a variados estresores vitales" (Morris y Kratochwill, 1987).

Algunos miedos en la infancia persisten en la edad adulta, por lo que es conveniente distinguir los miedos "normales" presentes en un momento evolutivo dado, de las fobias, que se definen como patrones de respuestas desadaptativos de ansiedad de los sistemas motor, fisiológico y cognitivo, ante estímulos específicos, como la oscuridad, animales, daño físico, fenómenos naturales, etc.

El conjunto de respuestas que se incluyen en el trastorno fóbico se caracteriza por resultar desproporcionadas a los estímulos que los provocan, ser irracionales, escapar al control voluntario, persistir

durante más de dos años, no ser específicos de una edad e interferir en el estilo de vida de quienes lo padecen (Méndez y Maciá, 1991).

Los trastornos fóbicos en niños son complejos y no representan un síndrome unitario. Su etiología es explicada por una multitud de constructos teóricos dependiendo del enfoque del que se parta (Ollendick y Francis, 1992). Así, desde nuestra perspectiva conductista, las fobias se contemplan como respuestas de miedo aprendidas a través de diferentes vías:

- La experiencia directa con acontecimientos aversivos.
- La observación de otras personas comportándose con temor (aprendizaje vicario).
- La transmisión de información sobre situaciones de miedo, a través de historias, tradiciones culturales, etc.

En cuanto a la prevalencia de las fobias infantiles, estudios relativamente recientes proponen cifras, en poblaciones clínicas, de entre el 3-7 % para las fobias específicas (Clark y cols., 1994); mientras otros autores tales como Wicks-Nelson e Israel (1997) sugieren una tasa de prevalencia de entre 7-8 % para las fobias específicas y del 14 % para las fobias sociales.

Gran número de investigaciones se han centrado en estudiar los factores que están relacionados con los miedos infantiles. Las variables más significativas descubiertas han sido el sexo y la edad.

Con respecto a la variable sexo los datos son claros; numerosos estudios han confirmado que las niñas son en general más miedosas que los niños (Moreno, Párraga y Rodríguez, 1987; Ollendick y col., 1985; Pelechano, 1981).

Sin embargo, la relación entre los miedos infantiles y la edad no es tan evidente. Si bien la mayoría de los investigadores apuntan que el número y especialmente el contenido de los miedos varía con la edad, los resultados de los estudios no coinciden totalmente. Aunque los datos parecen apoyar una disminución paulatina de los miedos con el paso de los años, este decremento no es lineal, puesto que algunos autores han encontrado picos a determinadas edades, como por ejemplo a los 11-12 años (Dong, Yang y Ollendick, 1994). Respecto al contenido de los miedos encontramos un mayor grado de acuerdo. En edades tempranas son más frecuentes los miedos a los animales, a los fenómenos naturales, a la oscuridad, a los seres

imaginarios (fantasmas, extraterrestres, monstruos, brujas,...), a la separación de los padres, al daño físico y a lo desconocido; y en edades posteriores, predominan los miedos referentes a peligros más realistas como el miedo a la evaluación social y las relaciones interpersonales, a la enfermedad y también al daño físico (Echeburúa, 1996; Wicks-Nelson e Israel, 1997).

Las técnicas que se han utilizado con más frecuencia en las fobias infantiles son la DS, la inundación, los procedimientos operantes, el modelado y las técnicas cognitivas. Todos estos tratamientos reconocen que los miedos y las fobias se mantienen en una combinación interactiva de procesos de condicionamiento y mediación (Ollendick, 1992).

Como muestra de intervenciones realizadas aplicando la "DS estandarizada" encontramos las realizadas por Van Hasselt, Hersen, Bellack, Rosenblum y Lamparski (1979), Yule y Fernando (1980); aplicando la "DS con relajación mediante fármacos", la de Lazarus (1979); "DS mediante imágenes emotivas", las de Lazarus y Abramovitz (1979) y Jackson y King (1981); "DS autodirigida", las de Wish, Hassazi y Jurgela (1973); "DS en vivo", las de Loureiro y Oliveira (1982), y Tasto (1978).

La aplicación de la inundación en estos problemas ha sido más escasa; destacan las intervenciones realizadas por Öst (1989), por Sreenivasan, Manocha y Jain (1979), y por Yule, Sacks y Hersov (1974).

Con respecto a la utilización de los métodos operantes en las fobias infantiles resaltan las intervenciones de Leitenberg y Callahan (1973), de Obler y Terwilliger (1970), de Luiselli (1979), y de Doleys y Williams (1977).

Las diferentes variantes de modelado han sido aplicadas en numerosas ocasiones; como ejemplo encontramos las intervenciones de Klesges, Malott y Ugland (1984), Wilson y Jackson (1980); y King, Hamilton y Murphy (1983). No obstante, dentro del amplio abanico de estrategias cognitivo-conductuales aplicadas al tratamiento de las fobias, es la exposición la que ha demostrado tener la mayor eficacia terapéutica. Este tratamiento se centra fundamentalmente en la exposición al estímulo fóbico hasta que la respuesta provocada por este remite (Marks, 1991).

Finalmente, dentro de técnicas cognitivas, el procedimiento más empleado para estos problemas ha sido el entrenamiento auto-instruccional; algunas intervenciones relevantes en este sentido han sido las realizadas por Kanfer, Karol y Newman (1975); Graziano y Mooney (1982); y Peterson (1987).

El caso que a continuación se expone, es un caso de fobia a las exploraciones médicas, y más en concreto a las inyecciones. Este es uno de los subtipos que el DSM-IV recoge como fobias específicas.

Las fobias a la sangre-inyecciones-daño incluyen los miedos a ver sangre o heridas, recibir inyecciones, observar o sufrir procedimientos quirúrgicos y otras situaciones médicas similares. Este subtipo de fobias, habitualmente tiene su comienzo en la infancia o en los primeros años de la adolescencia, siendo más frecuentes en mujeres. A diferencia de otras fobias, éstas se encuentran asociadas a menudo a una respuesta fisiológica bifásica durante la exposición a las situaciones temidas. Esta respuesta empieza con un aumento inicial de la activación, seguido por una brusca caída en la tasa cardíaca y en la presión sanguínea, lo que a veces produce desmayos. Aproximadamente, el 70% de los individuos con fobia a la sangre y el 56% de los que tienen fobia a las inyecciones relatan una historia de desmayos en la situación temida (DSM IV, pp. 414-420). Hay algunos autores que consideran que en estas fobias, la respuesta de evitación a las exploraciones médicas, se produce más por el temor al desmayo que por el miedo a las situaciones propiamente dichas (Marks, 1987). Además, y como refiere el propio DSM-IV, esta evitación puede tener en muchos casos, efectos negativos sobre la salud de la persona que la padece.

Dentro de esta subclase, la fobia a las inyecciones supone el miedo y evitación de recibir varios tipos de inyecciones, someterse a análisis de sangre o a pinchazos en un dedo. La prevalencia de este trastorno en la población en general, no se ha establecido con precisión; sin embargo, muchos autores sitúan la tasa de prevalencia anual en el 9% dentro de la población general, mientras que la prevalencia global oscila entre el 10 y el 11,3%. Agras, Sylvester, y Oliveau (1969) informaron de que la incidencia de lo que ellos llamaron «el miedo común a las inyecciones» está alrededor del 14%

hasta la edad de los 20 años; posteriormente, declina al 10%, 7%, 6% y 0% en los grupos de edad de 30,40,50, y 60 años de edad respectivamente.

2. DESCRIPCIÓN DEL CASO

Ana es una niña de 9 años de edad, estudiante de 4º de EGB, que acude a consulta por primera vez acompañada de su madre, siendo remitida por el hospital de área por «intensa fobia a las exploraciones médicas».

Vive con sus padres y con una hermana menor, de 3 años de edad, y refiere tener miedo a ir al médico porque no sabe lo que le van a hacer; en concreto, teme que le puedan poner una inyección.

Los episodios de miedo se dan cuando va al médico, tanto si es a atención primaria, como si es en el hospital; y cuando anticipa que le pueden hacer daño (ej. pincharle). En concreto, está muy ansiosa desde unos días antes de ir al médico; la noche de antes presenta insomnio de conciliación de varias horas, sudoración y llanto, preguntando constantemente a su madre el por qué tiene que ir al médico. En esos momentos, la niña le solicita amplia información de lo que le van a hacer y responsabiliza a la madre de cualquier cambio o imprevisto en ese sentido. Cuando llega a las consultas se siente muy nerviosa, con sudoración, taquicardia y temblor; además llora, patalea, grita, pregunta a su madre si le van a hacer daño y no se deja coger, hasta que, normalmente, es sujeta por varias personas para realizarle por ej. una extracción.

La madre refiere que desde siempre la niña ha mostrado temor a las exploraciones médicas, si bien este problema se hizo más visible a los 3-4 años, a partir de un episodio en el que le pusieron una inyección supuestamente dolorosa. Este problema ha evolucionado a peor, con grandes conductas de evitación y negación absoluta a ser explorada. No se conocen otros estresores asociados. La situación actual es la descrita por la madre.

Los intentos de resolución del problema por parte de la familia, son razonar con ella y explicarle lo que va a ocurrir durante las exploraciones médicas. Sin embargo, la ansiedad no remite, sino todo lo contrario.

La interferencia del problema en su vida es importante, porque supone un riesgo para su salud, ya que desde hace aproximadamente 18 meses, tiene niveles de glucosa ligeramente elevados y debe pincharse periódicamente (quincenalmente/mensualmente) para su control.

En la exploración psicopatológica no se aprecia otro tipo de alteración: sueño y apetito normales; presenta buen estado de ánimo. Su adaptación y funcionamiento en las diferentes áreas vitales (familiar, social, escolar,...) es óptimo.

No presenta antecedentes psiquiátricos personales, ni familiares de interés; tampoco padece ninguna enfermedad de tipo somático, aparte del referido (glucosa elevada, sin que llegue a constituir un problema de diabetes).

3. EVALUACIÓN

La evaluación inicial se realizó en las tres sesiones siguientes. Las técnicas de evaluación utilizadas fueron entrevistas (a la madre y a la niña), observación directa en situaciones artificiales (ensayo conductual), testaje a través del Inventario de miedos (Pelechano, 1984) y del Cuestionario de ansiedad para niños (Lewis, 1991) y finalmente autorregistros.

3.1. Entrevistas (a la madre y a Ana)

Tanto la madre de la paciente como Ana estuvieron de acuerdo en señalar en que el miedo a las exploraciones médicas, más concretamente cuando le tenían que pinchar, había existido siempre, pero que con el paso de los años se había acentuado, sobre todo desde que las extracciones de sangre eran frecuentes por la necesidad de controlar sus niveles de glucosa (hace un año y medio).

Ambas referían que ante la más simple exploración médica, presentaba conductas de ansiedad. Entonces solicitaba amplia información a su madre de lo que le tenían que hacer; en las consultas, se ponía muy nerviosa, siendo muy destacable sus conductas de llanto, pataleo, gritos y su intención de huir del lugar, teniéndola que

sujetar entre varias personas para que finalmente se pudiera proceder con ella. En más de una ocasión había logrado convencer a su madre para no pincharse ese día.

3.2. Observación

a. *Observación directa en situación artificial*

El terapeuta realizó un ensayo conductual, mostrándole diversas agujas que extendió encima de la mesa, y observó la conducta de la niña. Ana mostró evidentes síntomas motores y fisiológicos de ansiedad, conducta de evitación y lagrimeo, solicitando ayuda a la madre y expresando deseos de marcharse.

3.3. Testaje

a. *Cuestionario de ansiedad para niños (Lewis, D., 1991)*

Con este cuestionario se pretendía medir el grado de ansiedad que los padres observaban en la paciente, sobre todo en lo concerniente al afrontamiento de situaciones nuevas, y cambios ambientales inesperados.

Este instrumento consta de 20 ítems, con tres alternativas de respuesta. El rango de puntuaciones oscila 0-100, no siendo significativo por debajo de 25.

Obtuvo una puntuación máxima (5: siempre), en los siguientes ítems: "Tiene poco apetito", "Se enfada mucho por contrariedades sin importancia", "Tiene miedo cuando intenta algo nuevo". Obtuvo una puntuación media (2: de vez en cuando), en los ítems: "Duerme mal", "Le disgustan los cambios en su rutina", "Llora sin ningún motivo aparente" y "Se resiste a intentar nuevos retos". Por ello, su puntuación final fue de 23 (según la escala, es improbable que exista un problema de ansiedad crónica aunque el niño puede estar ansioso con respecto a actividades o situaciones específicas).

b. *Inventario de miedos (Pelechano, V., 1984)*

Se aplicó este instrumento con el objetivo de conocer los miedos que presentaba la paciente en ese momento.

Este inventario consta de 100 ítems, con tres alternativas de respuesta (nada, algo, mucho) según el grado de miedo. Está compuesto por siete áreas lógicas: Miedo a los animales, Miedo a los fenómenos naturales, Miedo al daño corporal y a las enfermedades, Miedo a la muerte, Miedo a situaciones sociales hostiles y/o agresivas, Miedo a lugares cerrados o desconocidos y Miedo a la violencia física real o imaginada.

Los ítems que obtuvieron la puntuación "de mucho miedo" fueron los siguientes: "Que alguien le ataque y le haga daño en la calle", "Los dentistas", "La sangre", "Ver poner inyecciones", "Ver las heridas abiertas", "Los médicos", "Ver personas muertas", "Ver hospitales y clínicas", "Estar enfermo", "La muerte de los padres", "Ver sangrar una herida", "Que le pongan inyecciones", "Que le saquen sangre de las venas", "Ser sometido a intervenciones quirúrgicas", "La muerte", "Los practicantes", y "La enfermedad de los padres".

Los resultados obtenidos en esta prueba se presentan para cada una de las siete áreas en puntuaciones centiles en la tabla 1.

Tabla 1.- Miedos experimentados por Ana

Áreas	Percentil
1. Miedo a los animales	40
2. Miedo a los fenómenos naturales	50
3. Miedo al daño corporal y a las enfermedades	95
4. Miedo a la muerte	70
5. Miedo a situaciones sociales hostiles y/o agresivas	20
6. Miedo a lugares cerrados	50
7. Miedo a la violencia física real o imaginada.	30

3.4. Autorregistros

Los registros fueron cumplimentados desde la segunda sesión de entrevista hasta la última sesión de tratamiento.

En el registro debía anotar los siguientes apartados: Situación temida, qué sintió, qué pensó, cómo actuó y cómo acabó la situación.

Con este instrumento se observó, que las noches anteriores a ser vacunada o tenerse que hacer una analítica, la niña también se

mostraba nerviosa (con temor, inquietud y sudoración), preocupada por el daño que le podrían hacer, con dificultades para conciliar el sueño y solicitando a sus padres acostarse con la luz encendida.

Resumiendo los datos de la exploración realizada, se puede afirmar que la paciente no presentaba niveles altos de ansiedad en otras situaciones distintas a la de acudir al médico, ser objeto de exploraciones médicas (como por ej. ser vacunada o pinchada para extracción de sangre, o cualquier otra exploración médica que no pudiera anticipar control), muerte propia o de los padres y situaciones donde su integridad física estaba en peligro.

Según el DSM IV, se trata de una fobia específica (300.29), subtipo sangre-inyecciones-daño. Cumple con claridad todos los criterios:

- Ana presenta miedo intenso y persistente cuando se expone a una extracción de sangre (o cualquier otra exploración médica) o cuando anticipa que eso va a ocurrir.
- Cada vez que va a someterse a una extracción o pinchazo se pone ansiosa; en concreto, nota taquicardia, sudoración, temblor y además llora, patalea, grita e intenta salir de la situación.
- La niña reconoce que su miedo y reacciones son excesivas ante esa situación.
- La paciente pretende escapar de la situación temida aunque casi nunca lo consigue (por la actuación de su madre y del personal sanitario), con lo que se enfrenta a la misma con un nivel elevado de ansiedad.
- Su problema fóbico, le interfiere significativamente ya que debe realizarse controles periódicos (pinchazos en un dedo) para el control de sus niveles elevados de glucosa.
- Su trastorno presenta una evolución larga (más de seis meses).
- No presenta ningún otro trastorno mental que pueda explicar mejor su temor y ansiedad.

Según la CIE 10, este caso también se considera Fobia específica (aisladas). Además de las características referidas, también se cumplen los dos criterios diagnósticos de investigación adicionales requeridos por esta clasificación: 1) "Presencia de dos síntomas de

ansiedad de carácter vegetativo propios de un episodio de angustia: sudoración, taquicardia, escalofríos o sofocaciones, temblores, despersonalización o desrealización, náuseas, mareos o sensación de inestabilidad, etc". La paciente presenta en concreto sudoración, taquicardia y temblor; 2) "Los síntomas de ansiedad deben limitarse a las situaciones temidas o a la contemplación de tales situaciones". La niña solo presenta ansiedad ante situaciones relacionadas con las exploraciones médicas.

El diagnóstico diferencial, se establece con:

- El trastorno por Estrés Postraumático; en este caso no existe ningún acontecimiento traumático en el inicio que explique el problema, ni tampoco reexperimentación del suceso.
- El trastorno por Ansiedad Excesiva Infantil; la paciente no presenta una ansiedad permanente, sino circunscrita a recibir una inyección, operación quirúrgica, extracción de sangre o cualquier otro elemento invasivo, o cuando anticipa alguna de estas situaciones.
- El trastorno de Angustia; la sintomatología ansiosa que presenta no llega a constituir crisis de angustia y además, como se ha referido arriba, es circunscrita al temor de recibir alguna inyección, extracción de sangre, o cualquier otra exploración médica.

Análisis funcional

Para la realización del análisis funcional, se seleccionó la siguiente conducta problema, definiéndose de esta forma:

"Cada vez que va al médico a que le hagan alguna exploración, se pone nerviosa, porque teme que le vayan a pinchar (estímulo fóbico): en concreto, piensa que le van a hacer daño (respuesta cognitiva anticipatoria), y entonces se nota palpitaciones, sudoración y ligero temblor (respuestas fisiológica), y se pone a llorar, gritar, patear, y a preguntarle a su madre si le dolerá (respuestas motoras). Ya cuando entra en la consulta, todavía se acentúan más esas sensaciones corporales (R. fisiológicas), puesto que piensa que le va a doler mucho el pinchazo/la extracción (R. cognitiva), e intenta escapar de esa situación (R. motora).

Siguiendo el modelo de las tres columnas, gráficamente resulta de la forma recogida en la tabla 2.

Tabla 2.- Resultado del análisis funcional

ANTECEDENTES	RESPUESTAS	CONSECUENCIAS
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Estímulos externos:</i> -Tener que realizarse una extracción de sangre para el control de la glucosa. -Estar esperando en la sala de espera. -Ver a los sanitarios con batas blancas. -Ver a la enfermera preparar la inyección. • <i>Estímulos internos:</i> * Pensamientos: -Qué me irán a hacer? -Me dolerá? *Imágenes y recuerdos del último pinchazo 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Cognitiva:</i> -Me van a hacer mucho daño? • <i>Fisiológica:</i> -Taquicardia -Sudoración -Temblor • <i>Motora:</i> -Llorar -Gritar -Patalear -Preguntar de forma repetida a su madre qué le van a hacer y si le dolerá. -Intentar escapar de la situación 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de la atención de los padres (en especial de su madre) • Atención por parte del Personal sanitario REFUERZO POSITIVO • Librarse del pinchazo (en ocasiones) REFUERZO NEGATIVO

Otros aspectos importantes que reveló el análisis funcional son:

- Los síntomas de ansiedad aparecen siempre en todas las situaciones donde están presentes los estímulos ambientales temidos.
- El "orden de encendido" de la conducta fóbica es el siguiente:
 - 1) Componente cognitivo: ¿me dolerá; me van a hacer daño?.
 - 2) Componente fisiológico: "taquicardia, sudoración y temblor".
 - 3) Componente motor: "llanto, gritos, pataleo, preguntas a la madre, intentos de escapar de la situación".
- La conducta fóbica se manifiesta fundamentalmente a nivel cognitivo (puesto que es el componente que inicia la conducta), y a nivel motor (por la gran variedad de respuestas que presenta).

Hipótesis explicativa

Aunque la niña no recuerda haber tenido ninguna experiencia negativa con médicos ni con inyecciones/pinchazos, el origen de su

1. Pensamientos anticipatorios de dolor y de incertidumbre frente a pruebas a las que no haya sido preparada por su madre; Ana piensa, antes de enfrentarse a cualquier exploración médica (especialmente, el pinchazo/extracción de sangre), que le va a doler y que lo va a pasar mal, y eso "enciende" la reacción fóbica. Estos pensamientos se ven confirmados, ya que debido a su ansiedad, ella percibe esa exploración como más aversiva de lo que pudiera ser en realidad.

2. Expectativas de librarse del pinchazo, si realiza la conducta de llanto, grito, pataleo y temblor. El mantenimiento de esa creencia se basa en las ocasiones en las que la conducta descrita fue efectiva para evitar la situación temida.

4. PLAN DE INTERVENCIÓN

A partir del análisis funcional realizado, se vió necesario intervenir a tres niveles (físico, cognitivo y motor) empleando las siguientes técnicas:

- A nivel físico: Se empleó la estrategia de relajación a través de la respiración profunda, para manejar las respuestas fisiológicas de ansiedad (taquicardia, sudoración, y temblor)
- A nivel cognitivo: Se entrenó en la técnica de autoinstrucciones, para controlar los pensamientos negativos de miedo, cambiándolos por otros más positivos y realistas.
- A nivel motor: Se utilizó la exposición gradual (más modelado del terapeuta y pautas de refuerzo diferencial dadas a la madre); con estas técnicas se pretendía conseguir el acercamiento de la paciente a la situación temida, empezando por situaciones que no le producían tanta ansiedad, para ir paulatinamente acercándose al objetivo y controlando las respuestas de evitación.

Así pues, se seleccionó como procedimiento terapéutico la exposición gradual a las situaciones temidas, previo modelado del terapeuta, acompañada de respiración diafragmática, de autoinstrucciones, y de pautas de refuerzo diferencial a la madre tras las exposiciones.

Estos procedimientos se distribuyeron a lo largo de la terapia tal y como aparecen en la tabla 3.

Tabla 3.- Calendario de los procedimientos utilizados

Devolución diagnóstica, información sobre el problema, plan de tratamiento y objetivos específicos. Introducción al refuerzo diferencial a la madre (se remarcó en las siguientes sesiones)	Sesión 1	
Entrenamiento en el uso del "termómetro de miedo" y creación de la jerarquía de situaciones temidas	2	
Relajación por respiración profunda	(en posición acostada)	3
	(en posición sentada)	4
	(en posición de pie)	5
Autoinstrucciones de afrontamiento	4, 5	
Modelado y exposición gradual en vivo a los ítems de la jerarquía	6, 7, 8	
Prevención de recaídas	9	

La terapia, excluidas las evaluaciones, se desarrolló durante 9 sesiones, con una duración entre 60-70 minutos, y un intervalo aproximado de 10 días entre cada sesión; posteriormente se fijaron 3 seguimientos: al mes, a los seis y a los doce meses.

5. DESARROLLO DE LAS SESIONES

A continuación se presenta una descripción detallada de las sesiones, que incluye el estado de la paciente, los conceptos abordados, los momentos de aplicación de las técnicas, los problemas detectados durante las sesiones y la justificación de los cambios.

Primera sesión

La paciente refirió encontrarse asustada porque no sabía qué se le iba a hacer. La madre comentó que ya la noche anterior la niña le preguntó varias veces para qué tenía que acudir, e incluso que mientras esperaba fuera de la consulta le pidió insistentemente que entrara con ella.

Se procedió a la devolución diagnóstica: se le explicó a la niña qué era una fobia, los tres componentes de una fobia (cognitivo, fisiológico y motor), cómo se suele iniciar este problema, cómo se mantiene y cuál es la relación con los otros miedos. Se le motivó a resolver la situación temida mediante nuestra ayuda a través de procedimientos psicológicos. Se utilizó en las explicaciones un lenguaje sencillo, poniendo numerosos ejemplos comprensibles para la niña y referidos a su propio problema.

Igualmente, se le expuso que, en función de las características de su problema, las técnicas terapéuticas a emplear serían la exposición gradual a las situaciones temidas, acompañada de respiración diafragmática y autoinstrucciones; y también se le aclaró qué objetivos se pretendían alcanzar con cada una de estas estrategias.

Además, a la madre se le indicó que su conducta debería también cambiar; tendría que motivar y recompensar una "conducta valiente" de su hija en las situaciones temidas; y extinguir (no prestar atención) a las numerosas quejas que realizaba.

Se concretaron los compromisos que se adquirirían tanto por parte de la paciente, como de la madre y del terapeuta, si aceptaban el procedimiento terapéutico. Estos eran por parte de la paciente, preguntar todas las dudas que le surgiesen y realizar las tareas propuestas; por parte de la madre, el asistir puntualmente a las sesiones, incentivar y motivar a la niña, ayudándola en las tareas; y por parte del terapeuta, poner todo el empeño en ayudar a la paciente a superar su problema fóbico enseñándole todas las estrategias requeridas para ello.

Como tarea para casa, se le pidió que siguiera registrando sus reacciones fóbicas de la forma explicada en las entrevistas de evaluación. Con ello, se pretendía que la paciente fuese consciente de su problema y que fuese capaz de identificar sus diversas respuestas. A través de su registro, se trabajaron los tres componentes de la ansiedad.

En esta sesión, no surgió ninguna incidencia de interés; la paciente no se sintió ansiosa y/o temerosa frente a la descripción de los procedimientos terapéuticos que íbamos a emplear. Ella y su madre mostraban gran interés y estaban muy motivadas en resolver el problema.

Segunda sesión

Trae la hoja de registro cumplimentada correctamente, donde anota que la situación que había temido, había sido un análisis para el control de la diabetes. En este caso, la paciente supo señalar muy bien los diferentes componentes de la situación; la respuesta a la misma fue la habitual: sudoración, taquicardia, temblor, llanto, pataleo, y deseos de escapar de la situación. Sin embargo, refirió haberse dado cuenta de la exageración de su conducta y parecía muy motivada al cambio.

Seguidamente se le explicó la utilización del "termómetro del miedo", con el fin de poder realizar la jerarquía de las situaciones temidas. Para ello se dibujó una escala con 10 puntos de intervalo y a través de ejemplos facilitados por la niña, se le enseñaba cómo puntuar las situaciones.

Con la ayuda del terapeuta, la paciente fue formulando las diferentes situaciones de temor relacionadas con su fobia. Se sondeó el grado de miedo que le producían los ítems en una escala de 0 a 10, donde el 0 correspondía a ausencia de miedo y el 10 correspondía a miedo máximo.

La jerarquía quedó de la siguiente manera:

Ver jeringas	3
Ver agujas	4
Tocar jeringas	4
Tocar agujas	5
Ponerse la jeringa sin aguja apoyada en el brazo	6
Ponerse la aguja sin jeringa apoyada en el brazo	7
Rascarse suavemente la piel con la aguja	8
Darse pinchazos superficiales con la aguja (sin llegar a sangrar)	8
Preparación para extracción (ajustar goma...)	9
Extracción de sangre	10

Como tarea, se le pidió que revisara la jerarquía planteada para ver si era adecuada. A la madre se le solicitó que le ayudase en esta tarea.

La paciente comentó que le resultaba difícil graduar las situaciones. Sin embargo, en ningún momento solicitó la ayuda de la madre.

Tercera sesión

Ana refirió no haber tenido ninguna situación de temor desde la última sesión, por lo que no registró nada. La madre confirma esta información; argumenta que ha sido porque no ha tenido que exponerse a ninguna exploración médica (los controles de la diabetes eran quincenales).

Se introdujo la estrategia de respiración diafragmática: a partir de una de las situaciones temidas que había anotado en la sesión anterior, se analizó detenidamente con la niña las respuestas fisiológicas dadas. Se le presentó la técnica de la respiración como procedimiento para reducir estas sensaciones.

Tras explicarle el fundamento de la misma (por qué reduce los síntomas) se le modeló el ejercicio por parte del terapeuta en posición acostada. Posteriormente la niña la ensayó durante 15 minutos aproximadamente, en los que se corrigieron sus dificultades iniciales en la mecánica de inspiración y espiración por nariz-boca.

Como tarea para casa, se le pidió que siguiera registrando las situaciones en las que tuviera miedo, distinguiendo los tres componentes explicados (fisiológico, motor y cognitivo). Además se le pidió que practicara la respiración en posición acostada un par de veces al día durante al menos diez minutos.

A la madre se le pidió que le recordase a la niña practicar el ejercicio, y que le elogiase su realización.

Cuarta sesión

En esta ocasión, se pidió a la paciente que entrase sola, ya que se consideró que ya estaba capacitada para hacerlo. En las anteriores visitas había entrado a consulta acompañada de su madre.

En el registro había anotado correctamente una situación de temor relacionada con el pinchazo en un dedo para el control periódico de su diabetes. La niña informó que no había llorado, ni le habían tenido que sujetar; ella lo atribuyó a que mientras esperaba el turno hizo

la respiración como le dijo su madre. Sin embargo, también comentó que no pudo evitar tener miedo por si le hacían daño. Refirió haber practicado la respiración profunda en casa y haberle ido bien. Se le pidió que practicara de nuevo en la sesión; tras comprobar que la ensayaba correctamente, se procedió a entrenarla en posición sentada, previo modelado del terapeuta. Lo realizó correctamente y refirió que le relajaba mucho.

En esta sesión, se inició el entrenamiento en autoinstrucciones de afrontamiento: a través de una de las situaciones expuesta en el registro traído en la sesión anterior se procedió al análisis del papel que juegan los pensamientos en su conducta fóbica. Se le explicó cómo sus pensamientos, al ser muy negativos, la ponían más nerviosa; y cómo si pensaba de otra manera más positiva, su temor se reduciría notablemente. Se le planteó pues que el objetivo sería cambiar esos pensamientos y sustituirlos por otros «mejores» que le ayudasen a enfrentar y superar esas situaciones u objetos que temía.

Además, a partir de ese ejemplo se le presentaron las 4 fases en las que se divide el enfrentamiento a una situación de ansiedad: preparación, enfrentamiento, momentos intensos de ansiedad, y resolución. Se le tuvo que explicar este punto con detalle ya que presentó ciertas dificultades para comprenderlo.

Finalmente, se comenzó a elaborar con la paciente una serie de frases tranquilizadoras; para ello, se le presentó una lista de pensamientos positivos como ejemplo (extraídos de Meichenbaum, 1987).

Como tareas para casa, se le pidió que siguiera realizando el ejercicio de respiración diafragmática de la forma explicada. También que completara la lista de autoinstrucciones iniciada en la sesión e interrumpida porque la paciente daba muestras de distracción y cansancio.

Antes de finalizar la sesión, la niña preguntó al terapeuta cuándo iban a sacarle sangre y antes de recibir la contestación, comentó que aún no estaba preparada para ello.

Quinta sesión

La niña comentó que tenía ganas de que llegara el día de la consulta, porque tenía deseos de entregarnos la tarea que se le

mandó; estaba animada por los avances que percibía; se mostró cómoda y sin signos de ansiedad.

Se procedió a la revisión de tareas. No trajo el registro de situaciones temidas alegando que no había tenido momentos de miedo. La respiración abdominal sentada la practicaba diariamente y la hacía correctamente (información confirmada por la madre al final de la sesión). Por ello, se procedió a entrenarle en la respiración abdominal estando en posición de pie.

La tarea referida a la lista de las autoinstrucciones la realizó parcialmente bien; no había colocado las autoverbalizaciones correctamente en las fases que correspondían. Se le ayudó a rectificarlas. Algunas de las frases recogidas por la paciente fueron:

- preparación: "mi madre estará conmigo", "no me dolerá", "no me pasará nada"
- confrontación: "podré superar mi miedo", "si me noto nerviosa, me relajaré"
- momentos difíciles: "voy a respirar", "sólo estoy nerviosa", "Esto durará poco"
- resolución: "no me ha dolido tanto", "podré superarlo", "estoy superando esto"

En esta sesión se le enseñó a aplicar las autoverbalizaciones positivas a través de instrucciones y modelado. Para ello se aprovechó una situación relatada por la paciente.

Refirió que hacía dos días habían vacunado a sus compañeras de clase contra la meningitis, pero a ella no, ya que estaba resfriada. Así se le pidió que cerrase los ojos, ya que se le iba a narrar esa situación y ella debía de imaginársela. Se le iba haciendo preguntas con el objetivo de que utilizase las verbalizaciones de la lista: "En este momento, ¿qué te podrías decir a ti misma para sentirte mejor?". Con este ejercicio se pretendía ver el grado de ansiedad que le producía esa situación y cómo aplicaba las estrategias que se le había enseñado.

Después de haber planteado la situación durante 15 minutos aproximadamente, se comentó, pidiéndole a la paciente que contara cómo se había sentido en cada momento y cómo había manejado la ansiedad. Utilizó las técnicas de afrontamiento correctamente.

Como tarea para casa, debía practicar diariamente la respiración y continuar registrando las conductas fóbicas.

Sexta sesión

Se revisó el registro que traía, donde se apreciaba la conducta problema en una situación: una extracción de sangre. En esa situación puso en práctica las autoinstrucciones aprendidas y la respiración diafragmática. Aunque refirió haberse puesto menos nerviosa, todavía mostró conducta de lagrimeo.

Tabla 4.- Procedimiento seguido en las sesiones de exposición

ITEM	Ansiedad inicial	Tiempo de exposición		Ansiedad final	
		Primer ensayo	Segundo ensayo	Primer ensayo	Segundo ensayo
1.Ver jeringas	3	5 minutos	2 minutos	1	0
2.Ver agujas	4	5 minutos	3 minutos	2	0
3.Tocar jeringas	4	7 minutos	5 minutos	2	0
4.Tocar agujas	5	12 minutos	10 minutos	2	0
5.Ponerse la jeringa sin aguja apoyada en el brazo	6	7 minutos	5 minutos	2	0
6.Ponerse la aguja sin jeringa apoyada en el brazo	7	9 minutos	5 minutos	3	0
7.Rascarse de forma suave la piel con la aguja	8	9 minutos	6 minutos	4	0
8. Darse pinchacitos superficiales con la aguja (sin llegar a sangrar)	8	11 minutos	7 minutos	4	1
9.Preparación para la extracción	9	12 minutos	8 minutos	3	0
10. Extracción de sangre en un dedo (se le comentó la posibilidad de extraer sangre del brazo)	10	16 minutos	10 minutos	4	1

En esta sesión se inició la exposición gradual en vivo. Previamente, se le recordó el manejo del «termómetro de miedo» y se revisó la jerarquía de situaciones. También se le recordó que pusiera en marcha los mecanismos de afrontamiento explicados y que verbalizase en voz alta las autoafirmaciones positivas que iba a utilizar (esto se hizo también en las restantes sesiones).

La tarea de exposición fue previamente modelada por el terapeuta. Se comenzó la exposición por el ítem de menos temor (ver jeringas); en esta sesión se enfrentó con éxito hasta el cuarto ítem (tocar jeringas) aplicando las autoafirmaciones positivas aprendidas.

En la tabla 4 se resume el procedimiento aplicado; en concreto, se recogen los ítems a los que fue enfrentada, la ansiedad inicial/final y el tiempo de exposición en cada uno de los ensayos.

Después de acabar con la exposición del cuarto ítem, se hizo hincapié en el autorreforzamiento positivo encubierto: «lo he conseguido», «he dejado de ser una niña miedosa», «a partir de ahora voy a ser capaz de hacerlo bien».

Para potenciar la exposición de la niña, se le insistió a la madre en las pautas de refuerzo diferencial de las cuales se le había hablado desde la primera sesión de terapia; en concreto se le pidió que recompensara y elogiara a Ana cada vez que se enfrentara sin queja a la situación de pincharse (y a otras situaciones de exploración médica), mientras que la extinguiera (no prestándole atención, ni tranquilizándola) cuando manifestase durante estos enfrentamientos sus típicas respuestas verbales y motoras de temor.

Como tarea para casa se le pidió que verbalizase en voz alta las autoafirmaciones que iba a hacer en aquellas situaciones en las que se diera cuenta de que las cosas que se decía le estaban poniendo nerviosa. Se le pidió también que se autorreforzara positivamente, cuando obtuviera algún resultado exitoso.

Estas tareas se le pidieron porque la paciente respondía muy bien, entendía el procedimiento, y se consideró que era capaz de hacerlo correctamente.

Séptima sesión

Como en las anteriores sesiones, se procedió inicialmente a la aclaración de dudas y dificultades que había tenido desde la última visita.

Trajo los registros donde describe la situación de la extracción de sangre. Se observa que la reacción ante esta situación es la misma en cuanto a las respuestas cognitivas y fisiológicas manifestadas, pero no así en lo referente a las quejas y al "lloriqueo" que estuvieron ausentes. Utilizó la respiración diafragmática en posición de pie y las autoinstrucciones correctamente, logrando reducir ligeramente esas respuestas.

Se continuó con la exposición de la jerarquía elaborada. En esta sesión se le expuso hasta el ítem octavo (ver tabla 4).

Al acabar las exposiciones, se le reforzó positivamente. La paciente se mostraba muy satisfecha con los éxitos que iba logrando; si bien, decía, "no se creía" que pudiera estar avanzando tanto. Las tareas pedidas fueron las mismas que en la sesión anterior.

Octava sesión

Trajo el registro cumplimentado, donde había anotada la situación de extracción de sangre. En esta ocasión, la paciente informaba que todavía se había encontrado un poco asustada y nerviosa (con taquicardia), atribuyéndolo al hecho de que su madre no entrara con ella a la consulta. Sin embargo, cuando empezó a hacer los ejercicios de respiración, remitió esa sensación.

Se continuó con la exposición de la jerarquía elaborada. En esta sesión se expusieron los ítems 9 y 10 (véase tabla 4).

En el ítem 9, se intentó recrear durante unos minutos esta situación; para ello, la enfermera del equipo, procedió con la preparación de la extracción de la siguiente forma: sacó el algodón y lo mojó en alcohol; después la jeringa y la aguja; tiró varias veces del émbolo de la jeringa para comprobar que no estaba atascado; colocó lentamente la aguja en la jeringa; sacó el compresor y se le puso varias veces en cada uno de los brazos para buscar una buena vena,...

En cuanto al elemento 10, por la edad de la paciente, no se le extrajo finalmente sangre de la vena del brazo como se le había indicado. Sin embargo, y previo consentimiento de la madre y de la niña se le pinchó con una lanceta en el dedo, dejando que varias gotas de sangre cayeran sobre un papel (antes de darle un algodón para taponarse el pinchazo). Después, se le pidió que se mirase el

dedo con sangre y que manipulara la hoja donde estaban impresas las manchas de sangre, (y que la mirase, y la tocara). Aunque en realidad la sangre propiamente dicha no le producía miedo a la niña, se realizó esto para que tomase conciencia más clara del pinchazo y del dolor que pudiera tener. También en este ítem se intentó recrear el máximo de tiempo posible esa situación.

Es destacable la reacción de la paciente al último ítem; esta asintió sonriente y dijo que estaba preparada para que le sacaran sangre (en cambio, en la primera y segunda sesión, cuando se le hacía comentarios de este estilo, se negaba contundentemente e incluso se mostraba llorosa).

Tras la exposición, se le preguntó por su nivel de ansiedad en este ítem de la jerarquía, refiriendo tener sólo un nivel 0-1 de ansiedad. Al preguntarle cómo lo había conseguido, indicó que estuvo durante toda la sesión respirando como se le había enseñado y dándose autoinstrucciones positivas. Se le felicitó por todo su esfuerzo y por el éxito conseguido.

Finalmente, como tarea para casa debía enfrentarse a las situaciones de extracción de sangre utilizando las estrategias aprendidas y continuar realizando el registro.

Novena sesión

Trajo la hoja de registro donde no había anotado ninguna situación, argumentando que aunque le habían realizado dos extracciones de sangre desde la última visita, no había tenido ningún problema en ninguna de las dos. Incluso, en la segunda ocasión le pidió a su madre que no entrara. La madre informó que no la había visto nerviosa ni asustada, "que no parecía su hija y que le costaba creer esa conducta" Además el enfermero que suele llevar a cabo las extracciones de sangre de Ana, se sorprendió de los últimos comportamientos de la niña ante las mismas. Se le felicitó por el éxito obtenido.

Se repasó todo lo aprendido en la terapia y se dió por finalizada la misma.

Finalmente, se procedió a la administración de los cuestionarios para evaluar el post-test. Se pasó el inventario de miedos, y el

Cuestionario de ansiedad para niños (El Cuestionario para la desensibilización, no se consideró necesario pasarlo, puesto que es muy largo).

Se le dió el alta, y se la citó para dentro de 1 mes para realizar un primer seguimiento.

Seguimientos:

1º seguimiento: un mes después.

La paciente entró muy sonriente y contenta. Comentó que la semana pasada la vacunaron contra la meningitis y no se puso nerviosa.

Refirió no haber tenido ningún miedo desde la última vez que vino (incluso aquellos miedos adicionales que refería como el subir a un ascensor o el dormir sola, había remitido por completo). La paciente refería que la respiración y el darse autoinstrucciones positivas, no sólo le había ayudado en su fobia concreta, sino también en aquellas situaciones que también temía (aunque con menor intensidad). La paciente había generalizado lo aprendido durante las sesiones a todos los ámbitos.

Su madre confirmó todo lo dicho por la paciente. También se mostraba muy satisfecha.

2º Seguimiento: a los 6 meses.

La paciente indicó que desde la última visita no había tenido miedo a pincharse, a pesar de que seguía sometiéndose a pinchazos quincenalmente para el control del azúcar.

La madre se mostró muy satisfecha con los resultados alcanzados en el tratamiento, y corroboró lo que la niña había informado.

Se le recordaron a Ana nuevamente las estrategias de afrontamiento y se procedió al pase de los cuestionarios.

3º Seguimiento: a los 12 meses.

En este último contacto, la paciente mantuvo la mejoría, estando totalmente asintomática. Por ello, se le dio el alta definitiva, cumplimentando previamente los cuestionarios.

6. RESULTADOS

Los resultados aparecen en la tabla 5.

Tabla 5.- Puntuaciones obtenidas en las pruebas de evaluación en los diferentes pases (percentiles)

TABLA 5: Puntuaciones obtenidas en las pruebas de evaluación en los diferentes pases (percentiles).				
PRUEBAS	Pre-test	Seg. 1	Seg. 2	Seg. 3
Escalas del Inventario de miedos*				
- "Miedo al daño corporal y a las enfermedades"	P 95 P 70	P40 P50	P30 P50	P30 P30
- "Miedo a la muerte"				
Cuestionario de ansiedad para niños	23	15	11	11

* Solo se exponen estas dos áreas del inventario ya que son las más significativas por presentar percentiles altos en la evaluación inicial.

Se observa que en los seguimientos, el percentil baja de manera significativa, llegando a colocarse por debajo de la media en la primera área, siendo todavía más bajo en los dos últimos seguimientos.

En cuanto al cuestionario de ansiedad para niños, la puntuación de la paciente no fue significativa, tanto en el pre-test como en el post-test, incluso las diferencias eran insignificantes.

Así pues, como se ha visto a lo largo de la descripción del caso, la paciente eliminó en gran medida su temor y sus conductas de evitación a ser explorada médicamente o a ser vacunada, etc., en un breve espacio de tiempo.

El problema derivado de tener la paciente niveles altos de glucosa en sangre, y requerir durante la terapia unos controles quincenales del azúcar a través de un pinchazo y una extracción de sangre, nos ha ayudado a observar la evolución de la paciente en cuanto al comportamiento ante la misma situación. Antes de la terapia, accedía llorosa, muy asustada y rehuyendo, pero finalmente, su madre no refirió ningún problema a la hora de la extracción.

Es más, la paciente esperaba el momento de la extracción para demostrarse a sí misma y a su madre, que realmente estaba sucediendo en ella un cambio positivo. Este hecho, le servía de refuerzo positivo.

7. DISCUSION

El caso que se presenta pone de manifiesto una vez más, la utilidad de programas terapéuticos que incluyen la combinación de procedimientos: conductuales (exposición, manejo de operantes, y relajación) y cognitivos (modelado y autoinstrucciones), en el tratamiento de las fobias a las inyecciones. Estos programas combinados también han resultado eficaces en el tratamiento de otras fobias, como la fobia a volar (Bados y Genís, 1991) o la fobia escolar (Maciá y Méndez, 1991).

Dentro del tratamiento a la fobia a las inyecciones, el procedimiento más empleado ha sido la exposición (en imaginación y en vivo) junto con la tensión aplicada (Ost y Sterner, 1987). Sin embargo, con Ana no se creyó necesario introducir esta segunda técnica, puesto que no presentaba síntomas de desmayo.

Otra posible forma terapéutica empleada en el caso de fobia es la exposición o inundación en una sola sesión. Este procedimiento también ha demostrado ser eficaz. Aunque comparándolo con una exposición más prolongada, cinco sesiones, los resultados no son significativamente distintos, ni a corto ni a largo plazo (Öst, Hellström y Kaver, 1992). Pero quizá el procedimiento de exposición en una sola sesión no sea el más indicado, por ser mucho más aversivo en pacientes de corta edad.

El éxito del tratamiento mediante la exposición gradual (con modelado previo del terapeuta) a los estímulos fóbicos, acompañada de estrategias de afrontamiento (respiración diafragmática y autoinstrucciones) y de pautas de refuerzo diferencial, en este caso de fobia a las inyecciones puede deberse a las siguientes razones:

- La elección de las técnicas se hizo a partir de la evaluación del problema y el estudio detallado del análisis funcional. Así la introducción de la autoinstrucciones se justifica en la importancia que tenían los pensamientos anticipatorios de dolor en la explicación de

su conducta fóbica; la inclusión de la respiración diafragmática (método en principio, más rápido aunque menos potente) en vez de la relación muscular se justifica en que el componente fisiológico no era muy relevante (solo presentaba taquicardia y sudoración). Finalmente la necesidad de incluir la exposición gradual más prevención de respuesta de evitación es patente debido al gran número de respuestas motoras de evitación ante las exploraciones médicas; igualmente el refuerzo diferencial es preciso ya que estas respuestas se mantienen parcialmente por la atención de la madre. El modelado previo a la exposición se introdujo para que no le resultase excesivamente aversiva, al mitigar las respuestas de ansiedad.

- Se prestó especial atención a conseguir que la niña entendiese perfectamente cuál era su problema, qué factores lo mantenían, y que métodos iban a utilizarse para solucionarlo. Estos aspectos fueron explicados con detalle previamente, y solo cuando quedaron totalmente claros se pasó al tratamiento propiamente dicho. Consideramos que esto fue imprescindible para conseguir buenas expectativas de éxito tanto en la paciente como en su madre.

- Como consecuencia de lo anterior, la paciente mostró a lo largo de todo el tratamiento un alto nivel de motivación y eso hizo que siguiera fielmente las instrucciones, y realizara sistemáticamente las tareas encomendadas. En todo momento, hubo una relación muy buena entre la paciente y el terapeuta, y esto, sin duda ayudó mucho al buen desarrollo y funcionamiento de la terapia.

- La posibilidad de que Ana se enfrentara a su problema cada 15 días por las revisiones que tenía que realizarse, hizo que pudiera practicar las estrategias aprendidas con regularidad. De hecho, ya en la sesión 6 (antes de la exposición en consulta), su problema había mejorado supuestamente porque había aplicado las estrategias de respiración y autoinstrucciones enseñadas hasta ese momento, en las exposiciones reales que había enfrentado.

Evidentemente, la terapia ha permitido eliminar el problema en su totalidad; se produjo un efecto de generalización existiendo también una mejoría significativa en el resto de situaciones en las que la paciente presentaba algún tipo de miedo (aunque no fuese tan intenso ni tan incapacitante).

Como se ha podido observar en la descripción de las sesiones de terapia, el procedimiento de exposición gradual resulta poco

aversivo tanto para la paciente como para la terapeuta, por lo que puede ser una técnica de elección en las fobias, sobre todo cuando se trabaja con población infantil.

Por último, como en cualquier estudio de caso único, resulta difícil concretar la medida en que los diferentes componentes del tratamiento han contribuido a este éxito terapéutico.

BIBLIOGRAFIA

- Agras, S. (1989). *Pánico. Cómo superar los miedos, las fobias y la ansiedad*. Barcelona: Labor .
- APA (1994): *DSM-IV; Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Manson.
- Arribas, P.; Belda, A.; Benítez, D; Martínez, J.J; (1995). Desensibilización sistemática. *Informació Psicológica*, nº 23, pp 44-53.
- Bonet (1991). *Voy a aprender a ser un niño valiente, a no tener miedo, y a no ponerme nervioso*. Valencia: Promolibro.
- Borda, M.; Baez, C. y Echeburúa, E. (1993). Tratamiento de exposición en un caso de fobia a la sangre: *Análisis y Modificación de Conducta; Vol. 66; pp. 583-607*.
- Borda, M.; Antequera, R.; y Blanco, A. (1994). La exposición gradual en vivo y la tensión aplicada en el tratamiento de la fobia a la sangre. *Anales de Psiquiatría*, 8, pp. 302-307.
- Bragado, C. (1993). *Terapia de conducta en la infancia; Trastornos de ansiedad*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Cautela, J.R. y Groden, J. (1985). *Técnicas de relajación*. Barcelona: Martínez Roca.
- Cautela, J.; Brion-Weisels, L. (1979). A children's Reinforcement Survey Schedule. *Psychol. Report*, 44, pp. 327-338.
- Clark, D.; Smith, M.; Neighbors, B.; Skerlec, L. y Randall, J. (1994): Anxiety disorders in adolescence: characteristics, prevalence, and comorbidities. *Clinical Psychological Review*, 14: pp. 113-137.
- Dong, Q.; Yang, B. Y Ollendick, T. (1994): Fears in chinese children and adolescents and their relations to anxiety and depression. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35, pp.251-363.
- Echeburúa, E. Y Corral, P. (1993). Técnicas de exposición en psicología clínica. En Vallejo, M. Y Ruiz, M. (ed): *Manual práctico de modificación de conducta (vol. 2)*. Madrid: Fundación Universidad-empresa.

- Echeburúa, E.** (1996). *Trastornos de ansiedad en la infancia*. Madrid: Pirámide.
- Everly, G.** (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. Plenum, Nueva York.
- Granger, L.** (1981). Fobias. En Ladouceur, R.; Granger, L. Y Bouchard, M.; (ed): *Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta*. Madrid: Debate.
- Hellstrom, K; Ost, L.** (1996) Prediction of outcome in the treatment of specific phobia. A cross validation study. *Behavioral R. Therapy*. Vol.34, pp.403-11.
- Lewis, D.** (1991): *Ayude a su hijo a vencer temores y ansiedades*. Barcelona: Martínez Roca (Fontana Práctica).
- Maciá, D, Méndez, I.** (1991). *Modificación de conducta en niños y adolescentes; libro de casos*. Madrid: Pirámide.
- Marks, I.** (1988): Blood-injury phobia: a Review. *American Journal of Psychiatry*, 145; pags. 1207-1213.
- Marks, I.** (1991): *Miedos, fobias y rituales; Los mecanismos de la ansiedad*. Barcelona: Martínez Roca.
- McKay, M.; Davis, M.; y Fanning, P.** (1989). *Técnicas cognitivas para el tratamiento del estrés*. Barcelona: Martínez Roca.
- Mayor, J.; Labrador, F..** (1994): *Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra.
- Meichenbaum, D.** (1987): *Manual de inoculación de estrés*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Moreno, I.; Párraga, J. y Rodríguez, L.** (1987): Miedos Infantiles: Un estudio sobre la población sevillana. *Análisis y Modificación de Conducta*, 13, pp. 471-492.
- Morris, R. y Kratochwill, T.** (1987) (2ª ed.): *The practice of child therapy*. Nueva York: Pergamon Press.
- Muldmán, F. Y Gavino, A.** (1981): Programme de prévention de la répose modifié; étude clinique. *Journal de Therapie Comportamentale*, , III, nº 1, pp. 55-67.
- Ollendick, T. y Francis, G.** (1992): Evaluación y tratamiento conductual de las fobias infantiles. En Bonet, T. (ed.): *Problemas psicológicos en la infancia; Programas de intervención*. Valencia: Promolibro.
- Ollendick, T.; Matson, J. Y Hesel, W.** (1985): Fears in children and adolescents: Normative data. *Behaviour Research and Therapy*, 23; pp. 465-467.
- Organización Mundial de la Salud** (1992): CIE-10; *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.

- Öst, L. (1992): Blood and Injection Phobia: Background and Cognitive, Physiological, and Behavioral Variables. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 101. Nº 1, 68-74.
- Öst, L.; Hellström, K.; Kaver, A. (1992). One Versus Five of Exposure in the Treatment of Injection Phobia. *Behavior Therapy*. Vol. 23, pp. 263-282.
- Pelechano, V. (1981): *Miedos infantiles y terapia familiar-natural*. Valencia: Alfaplus.
- Pelechano, V.; Báguena, M.; Botella, C. y Roldán, C. (1984): *Programas de intervención psicológica en la infancia. Miedos*. Valencia: Alfaplús.
- Peurifoy, R. (1993): *Venza sus temores, ansiedad, fobias y pánico*. Barcelona: Robinbook (original 1992).
- Sosa, C.; Capafons, J.; Gavino, A.; Carrió, C. (1984): Tres acercamientos terapéuticos a los miedos infantiles: oscuridad y soledad. *Análisis y modificación de conducta*,. Vol. 10, nº 25.
- Trijsburg-RW; Jelacic, M.; van den Broek, WW.; Plekker, Ae.; Verheij, R.; Passchier, J. (1996): Exposure and participant modelling in a case of injection phobia. *Psychotherapy and Psychosomatic*. Vol. 65, pp 57-61.
- Vázquez, M. y Buceta, J. (1990): Características peculiares de la fobia a la sangre, las enfermedades y las lesiones físicas; posibles implicaciones terapéuticas. *Psiquis*, Vol. XI; pag. 42-47.
- Wicks-Nelson, R. e Israel, A. (1997): *Psicopatología del niño y adolescente*. Madrid: Prentice Hall.

