

## ***Un caso de fobia a atragantarse: evaluación y tratamiento***

**Josefina CANO MARÍN**  
**Serafina CASTRO ZAMUDIO**  
*Universidad de Málaga*

### ***Resumen***

El caso presentado se refiere a una mujer de 25 años diagnosticada de una fobia específica, miedo a atragantarse. Este tipo de fobia obliga a los pacientes a restringir el consumo de alimentos y la forma de ingerirlos (generalmente batidos, para facilitar la ingesta). Tras una prolongada historia de tratamientos farmacológicos que no sirvieron para superar el problema, la paciente solicitó ayuda en el Servicio de Atención Psicológica de la Universidad de Málaga. Después de un período de evaluación, se elaboró un programa de intervención combinando técnicas cognitivas y conductuales (relajación, parada de pensamiento y desensibilización sistemática en vivo). Los resultados ponen de manifiesto el éxito conseguido tras siete semanas de tratamiento. Los objetivos terapéuticos se mantienen al año de haber finalizado la intervención.

**Palabras clave:** fobia específica, miedo a atragantarse, desensibilización sistemática, tratamiento.

### ***Abstract***

This report which we present is a twenty-five year woman, who has been diagnosed a specific phobia, fear to choke. In this kind of phobia one restricts consumed food and the way of swallowing (generally ground food is easier to swallow). The patient requested help in Servicio de Atención Psicológica (SAP) in Málaga University, after a broad case history of pharmacological treatment to overcome the problem, but there were not any positive results. After an assessment period, we elaborated a psychological treatment mixing cognitive and behavioral methods (relaxation, thought control and "in vivo" systematic desensitization). Results are good after seven weeks of treatment. Therapeutic objectives are mantaning one year after the end of the psychological treatment.

**Key words:** specific phobia, fear to choke, systematic desensitization, treatment

Uno de los problemas más frecuentes entre la población general son los trastornos fóbicos. La fobia se define como un temor excesivo y persistente a un objeto o a una situación que en realidad no son peligrosos. Como consecuencia de ello, el sujeto tiende a evitar dichos objetos o situaciones, aunque reconozca que el temor es irracional (Caballo, 1995).

Tradicionalmente se han clasificado las fobias atendiendo a los estímulos que la provocan. La clasificación que ha presentado mayor consenso entre distintos autores es aquella que distingue entre fobia a los animales, a la sangre y heridas y, situacionales como conducir, viajar en avión, espacios cerrados, alturas, puentes, etc. (Himle, McPhee, Cameron y Curtis, 1989). Actualmente el DSM-IV (APA, 1994) clasifica las fobias en cinco grupos: animal (insectos); ambiental (tormentas, precipicios, agua); sangre-inyecciones-daño (visión de sangre o heridas); situacional (túneles, puentes, ascensores, aviones, recintos cerrados); y, otros tipos (miedo al atragantamiento, al vómito, a la adquisición de una enfermedad, a los espacios).

Una característica común de los individuos que presentan fobia específica es un temor marcado, persistente y excesivo o irracional cuando el sujeto permanece ante objetos o situaciones específicas o también cuando anticipa que pueden aparecer. Las personas que lo padecen suelen reconocer que la fobia es excesiva o irracional, pero no pueden hacer nada por evitarlo (APA, 1994). Debido a que se produce ante estímulos muy específicos, el deterioro que puede producir en el paciente depende del tipo concreto. Por ejemplo, si el estímulo fóbico son las serpientes, el deterioro es

mínimo porque es poco probable que se le presente. En cambio, en otros casos, sí puede interferir y/o limitar la vida de la persona, por ejemplo, en el caso de una persona que tiene que viajar, por su profesión, y presenta fobia a volar (Sosa y Capafons, 1995).

El curso de las fobias específicas varía según el tipo. Existen fobias en las cuales el inicio se sitúa en la infancia (fobia animal, a la sangre-inyecciones-daño, etc.); sin embargo, otros tipos, como por ejemplo el miedo a atragantarse no presentan una edad de inicio concreta puesto que, en principio, el acontecimiento traumático que supone el episodio de obstrucción faríngea (total o parcial) puede suceder a cualquier edad.

Un análisis de la topografía de las fobias específicas nos pone de manifiesto a nivel motor la presencia de conductas de evitación; a nivel fisiológico, taquicardia, ruborización, opresión torácica, etc. Por último, a nivel cognitivo suelen aparecer, entre otras, creencias o pensamientos anticipatorios de la situación temida, evaluación de la actuación, pensamientos acerca de la capacidad de afrontamiento e interpretaciones subjetivas acerca de las reacciones fisiológicas (Lacey y Lacey, 1974; Sosa y Capafons, 1995).

De los tipos anteriormente señalados, el caso que presentamos a continuación se trata de una fobia a atragantarse. Es poco frecuente si la comparamos con otras, tales como la fobia a los perros, a las alturas, etc., pero puede tener un efecto perjudicial para la salud, sobre todo cuando el individuo se limita a ingerir alimentos fáciles de tragar o cuando le resulta imposible tomar fármacos por vía oral.

## Método

### Sujeto

Luisa (nombre supuesto) era una joven de 25 años, estudiante del último año de Derecho, soltera y la mayor de dos hermanos. Acudió al Servicio de Atención Psicológica (SAP) de la Universidad de Málaga por el temor que le producía la posibilidad de atragantarse.

En su historia biográfica destacamos que tanto su infancia como su adolescencia ha transcurrido con normalidad en las distintas áreas (social, académica, familiar). Un aspecto importante a señalar es que ella siempre ha sido una persona propensa a engordar. Este hecho, unido a su estancia durante un año en Estados Unidos cuando tenía 17 años, le condujo a un sobrepeso de quince kilos que no llegó a asimilar. Desde su regreso empezó a seguir distintos métodos para adelgazar (dietas bajas en calorías, etc.) sin lograr reducir peso con ninguno de ellos. Actualmente tiene pareja desde hace dos años y la relación es muy satisfactoria. El único aspecto a destacar del entorno familiar es la relación conflictiva que tiene con su hermano, cinco años menor, sobreprotegido por sus padres, en opinión de la paciente.

En cuanto a la historia clínica, Luisa ha sido una persona que nunca le ha gustado ingerir alimentos difíciles de tragar. Dos años antes de acudir al SAP, le ocurrió un suceso que ella califica de "traumático". Fue a comienzos del verano, estaba en casa, recuerda que cenó muy poco, se puso a leer en la cama y empezó a tragar saliva porque se le hacían "nudos" en la garganta. Se asustó y se acostó con su madre para

que alguien la oyera por si le sucedía algo. Le daba miedo quedarse dormida. A partir de ese momento y durante un mes estuvo ingiriendo comida triturada.

En otoño de ese mismo año le sucedió otra situación parecida. Estaba sola en la sala de estar de su casa cenando un bocadillo de queso. Se dio cuenta de que no podía tragar y le faltaba el aire. Cree recordar que no había ninguna situación que le pudiera preocupar. Esa noche se fue a la cama con su madre por temor a despertarse ahogándose y que no hubiera nadie para ayudarla. Desde ese momento sintió miedo en situaciones en las que tuviera que comer por temor a volver a atragantarse. Desde el verano hasta esta fecha llegó a perder entre diez y doce kilos, hecho que fue muy gratificante para ella.

Al no haber solucionado el problema de tragar, acudió al médico de cabecera y éste le dijo que padecía un trastorno nervioso y le prescribió metoclopramida clorhidrato (*Primperán*) para que pudiera hacer bien la digestión. Acudió también a una clínica y no le dieron ningún diagnóstico, únicamente le dijeron que se tranquilizara. Al no estar convencida de lo que le ocurría fue a un hospital. Tras ser atendida le recomendaron que fuese a un neuropsiquiatra. Éste le diagnosticó ansiedad ante los exámenes y le prescribió una benzodiazepina (halazepam, *Alapryl*), de efectos ansiolíticos. Mejoró con este tratamiento y empezó a ingerir todo tipo de alimentos. Al finalizarlo presentó una recaída, volviéndolo a tomar hasta el verano del año siguiente. A los pocos días de dejarlo empezó a sentirse mal. Fue entonces cuando se produjo otra situación significativa en la que recuerda que no podía respirar. Acudió al

psiquiatra de nuevo y le prescribió clorhidrato de imipramina (*Tofranil*), de efectos antidepressivos. Estuvo tomándolo hasta octubre de ese mismo año, pero no le fue bien. Según ella, a partir de las siete de la tarde es cuando se ponía peor, aunque estuviese distraída. Por este motivo el psiquiatra volvió a prescribirle halazepam (*Alapryl*), pero sólo lo tomó durante un mes porque no se sentía bien; así que acudió a otro psiquiatra, que le diagnosticó trastorno fóbico y le prescribió un tratamiento farmacológico combinado de antidepressivos y ansiolíticos (clorhidrato de clorimipramina, *Anafranil*, y alprazolam, *Trankimazín*, respectivamente).

Cuando acude al SAP aún estaba tomando la medicación anterior, pero continuaba presentando problemas al tragar. Unos días antes, estaba en casa con su familia poniendo la mesa para almorzar y comenzó a ponerse nerviosa y a tragar saliva con bastante dificultad, entonces pensó que si tenía dificultades para tragar saliva, le sería imposible comer. Al ver la comida se puso aún más nerviosa y no le agradaba tomársela; pudo ingerir un trozo de tortilla francesa, pero no comió postre. Tomó una tila para tranquilizarse, porque empezó a llorar. A partir de este suceso la familia empezó a estar más pendiente de ella, sobre todo la madre. Se redujeron los conflictos con el hermano, porque los padres estaban pendientes y no permitían que él iniciara enfrentamientos que molestasen a su hermana, para que no dejase de comer. Al principio, Luisa calificaba como positivo que sus padres le prestaran atención, pero cuando se dio cuenta de que no podía superar el problema de tragar, empezó a molestarle que todos estuvieran pendientes de ella durante la comida.

En el desayuno nunca se había atragantado, ya que solía tomar leche con galletas. En el almuerzo le sucedía muy pocas veces porque tomaba alimentos fáciles de ingerir y tragar (tortilla, natillas, etc.). Últimamente los episodios ocurrían en torno a las siete de la tarde, porque al acercarse la hora de merendar o cenar se ponía más nerviosa, como si le faltara el aire. Ella anticipaba que se iba a poner peor, sobre todo cuando estaba sola. El momento de cenar era aún más problemático, por este motivo esta situación solía evitarla a menudo y no cenaba casi nunca. Fuera de casa era poco frecuente que le sucediera algún episodio, como por ejemplo en casa del novio, pero también empezó a no ingerir determinados alimentos. El único episodio que le sucedió fuera de casa tuvo lugar en un restaurante, en el que pidió revuelto de espárragos con jamón. Se puso nerviosa y fue incapaz de comer.

A continuación presentamos una lista de los alimentos que tomaba y los que evitaba, tanto en casa como fuera (tabla 1).

Un análisis detenido de la tabla 1 pone de manifiesto que fuera de casa (en casa del novio) tomaba algunos que era incapaz de tomar en casa (por ejemplo, fresas, filete de cerdo o ternera, ensalada) porque, según ella, era una situación muy comprometida.

Por último, en cuanto a antecedentes familiares, a una prima suya le sucedía algo parecido, es decir, le costaba tragar, se ponía nerviosa y el psiquiatra le diagnosticó "bolo histérico". Así mismo, también recuerda que cuando ella era pequeña su padre estuvo a punto de atragantarse comiendo lentejas, suceso que ella vivió de forma muy traumática.

Tabla 1. Línea base de alimentos en la fase de evaluación.

ALIMENTOS QUE INGIERE	ALIMENTOS QUE NO INGIERE
<b>EN CASA</b> - Galletas mojadas en leche - Coliflor - Filete de pollo - Rosada y lenguado - Puré de lentejas - Tortilla (francesa, patata...) - Pan de molde - Cualquier líquido sin gas - Cualquier fruta excepto las fresas.	<b>EN CASA</b> - Habichuelas - Jamón serrano - Filete de cerdo o ternera - Pescados con espinas - Arroz - Pizza - Bocadillos - Refrescos con gas - Frutos secos (pipas, avellanas...) - Fresas
<b>FUERA DE CASA</b> La misma comida que en casa pero además podía tomar: - Ensalada - Filetes de cerdo y ternera - Pan de molde tostado - Fresas	<b>FUERA DE CASA</b> - Jamón serrano - Pescado con espinas - Arroz - Bocadillos - Pizza - Refrescos con gas - Frutos secos (pipas, avellanas...)

### Procedimiento

Se ha empleado un diseño A-B de caso único. En la fase de evaluación se utilizaron un total de tres sesiones (una a la semana de una hora de duración). En la fase de tratamiento se emplearon siete. El seguimiento se estableció al tercer, sexto mes y al año de haber finalizado el tratamiento.

#### a) Evaluación

Los métodos utilizados para la evaluación fueron: a) entrevista estructurada elaborada por el SAP; b) autorregistros. Se utilizaron dos registros de papel y lápiz. En uno de ellos se le pedía a Luisa que cada

vez que le produjese algún malestar tener que ingerir algún alimento, anotase el día y la hora, dónde se encontraba y con quién, qué hacía, pensaba y sentía antes, durante y después de la comida, y, por último, qué hacían o decían los demás. En el otro, se le pedía que cuando hubiera algún conflicto familiar, anotase día y hora, qué ocurría, qué hacía o decía, qué hacían los demás y cómo se sentía después. En este caso no se ha utilizado ningún cuestionario de fobias por tratarse de una fobia muy específica para la que no se dispone de ningún instrumento, al menos que conozcamos, que se ajuste a lo que pretendíamos evaluar.

A continuación presentamos los datos más significativos de la evaluación. El

análisis topográfico de la conducta-problema indica que los pensamientos más frecuentes que la paciente presentaba en situaciones relacionadas con la comida eran pensar que se iba a atragantar, que no iba a poder comer. A nivel fisiológico, las respuestas que Luisa presentaba eran taquicardia, boca seca, sensación de faltarle el aire. Por último, a nivel motor, las conductas más frecuentes eran consumir alimentos fáciles de tragar (por ejemplo, batidos, purés, etc.), masticar muy despacio o, en el peor de los casos, no comer. La frecuencia de estas manifestaciones ocurría cada vez que tenía que almorzar o merendar, pues la cena era una situación que solía evitar.

La estimulación antecedente externa que provocaba el miedo a atragantarse era aproximarse el momento de almorzar y merendar junto al hecho de tener hambre.

Las consecuencias después de producirse la conducta-problema eran atención por parte de los padres y/o novio, sensación de relajación y tristeza por no poder controlar la situación, ni comer lo que ella deseaba.

Por último, en el autorregistro de problemas familiares no se observaron situaciones catalogadas por la paciente como conflictivas y que necesitaran de una intervención especial.

Para entender el problema de Luisa hay que situarse en los antecedentes situacionales pasados en el que tuvo un episodio traumático cuando estaba en casa, recuerda que cenó muy poco, se puso a leer en la cama, se puso muy nerviosa, empezó a tragar saliva porque se le hacían "nudos" en la garganta y pensó que se iba a asfixiar, recordando al mismo tiempo el episodio que le sucedió al padre. Para que no volviera a ocurrir lo mismo, decidió tomar alimentos triturados, restringir el tipo de ali-

mentos y dejó de cenar de forma habitual porque temía que le ocurriese algún episodio parecido. Este cambio de comportamiento le produjo a corto plazo alivio y atención paterna. A largo plazo pérdida de peso, siendo en todos los casos consecuencias muy reforzantes para ella (figura 1).

Actualmente cuando tiene que tomar alimentos, anticipa que se va a poner nerviosa, se pone nerviosa y no puede comer lo que desea (restricción del tipo de alimentos), come muy poco o nada en absoluto. Como consecuencia de ello los padres y/o novio se preocupan en exceso, sintiéndose controlada y además siente tristeza por no poder controlar la situación ni comer lo que ella desea. Al mismo tiempo su conducta-problema se empezó a generalizar a otras situaciones fuera de casa, por lo que las consecuencias ya no eran tan reforzantes para ella como en el origen de la misma, pero aún así, seguía perdiendo peso, hecho que para ella era muy gratificante (figura 2).

Los resultados de la evaluación ponen de manifiesto que la conducta-problema es miedo a atragantarse, diagnosticándose como fobia específica (300.29) según los criterios del DSM-IV (APA, 1994). Otras conductas-problema relacionadas eran no poder comer lo que ella deseaba, no poder comer cuando a ella le apetecía y no poder cenar.

#### *b) Tratamiento*

El objetivo general que nos propusimos conseguir fue que Luisa pudiese comer en cualquier situación, incluida la cena, tanto en casa como fuera y cualquier alimento sin restricción alguna. Las técnicas de intervención se eligieron en función de los objetivos planteados. Como primer

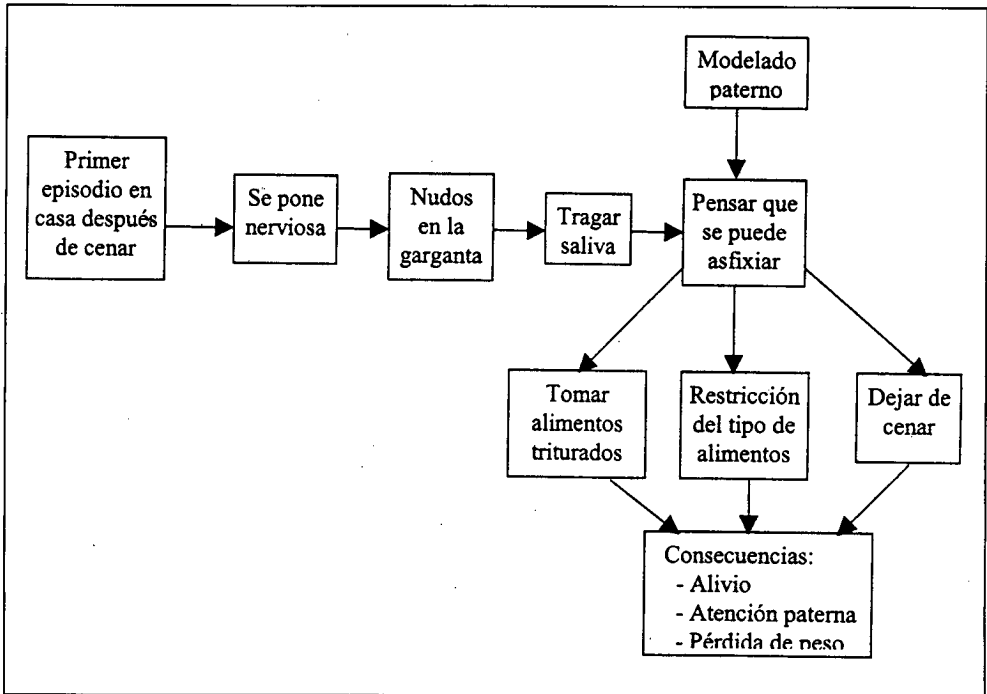


Figura 1. Hipótesis explicativa de origen.

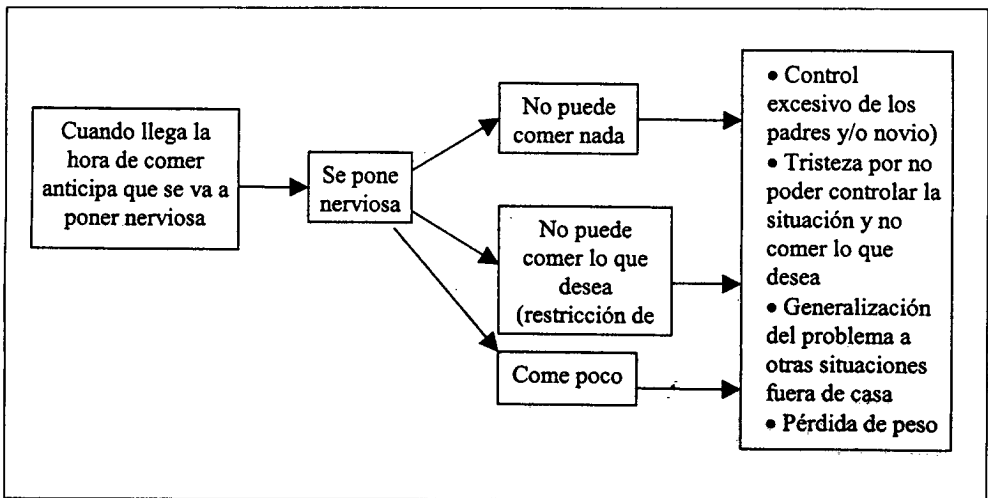


Figura 2. Hipótesis actual.

objetivo, nos planteamos que la paciente aprendiera a relajarse, utilizando el entrenamiento en relajación progresiva de Jacobson (1938). Un segundo objetivo consistió en eliminar los pensamientos automáticos y anticipatorios relacionados con la conducta-problema mediante la técnica de detención del pensamiento (Bain, 1928). Como tercer objetivo nos planteamos ir introduciendo de manera progresiva los alimentos que la paciente dejó de tomar a causa del problema. La técnica elegida fue la desensibilización sistemática en vivo (Wolpe, 1958).

Antes de comenzar con el programa de intervención, se le explicó a la paciente por qué se había originado el problema y por qué éste continuaba manteniéndose. Conocer la hipótesis de origen y mantenimiento de su conducta-problema incrementó su motivación para empezar el tratamiento.

El programa de tratamiento se realizó durante siete sesiones de una hora de duración. Antes de comenzar con la jerarquía aplicamos la técnica de relajación progresiva de Jacobson (1938) para que Luisa pudiera relajarse cuando se enfrentara a la situación temida (comer). Para ello fue necesario que la paciente aprendiera a identificar y discriminar la tensión y distensión muscular. Posteriormente se entrenó, a la paciente, en relajación sin tensión y en ejercicios de respiración abdominal. Una vez que se alcanzó este objetivo se le explicó en qué consistía la técnica de detención del pensamiento y su utilidad tanto antes de empezar a comer como durante la comida. Se le explicó que debía aplicarla cuando tuviera pensamientos persistentes relacionados con poder atragantarse o con no poder comer. Igualmente se le indicó que dicha técnica nunca se aplicaba sola, sino que también era necesario el

cambio del pensamiento, es decir, una vez que se había detenido el pensamiento, se debía utilizar un pensamiento positivo alternativo para evitar que el anterior volviera a aparecer. Se hizo un ejemplo en consulta para que lo entendiera. A continuación se comenzó con la desensibilización sistemática, previa elaboración de la jerarquía de alimentos que ella debía ir introduciendo, desde los que le producían menor ansiedad a los que le producían mayor ansiedad. A tal fin, se le pidió en primer lugar, que introdujera alimentos que no tomaba en casa, siguiendo la jerarquía. En segundo lugar se le pidió que tomara esos mismos alimentos fuera de casa, con objeto de garantizar la generalización. Para llevar a cabo la jerarquía, cada vez que comiera, tanto en casa como fuera, debía practicar la detención del pensamiento, cambio del pensamiento y ejercicios de respiración abdominal, antes y durante la comida. Un registro de tratamiento con el mismo formato que el que señalamos en la evaluación, nos sirvió para comprobar que se iban alcanzando los objetivos terapéuticos planteados.

La jerarquía (nivel de ansiedad de 0 a 10) que se elaboró para aplicar la desensibilización sistemática es la siguiente: fresas (3), refrescos con gas (4), arroz (5), pizza (6), filete de cerdo o ternera (7), bocadillos (8), habichuelas y pescados con espinas (9), jamón serrano y frutos secos (10).

## **Resultados y conclusiones**

Como se indica en la figura 3, los objetivos se consiguieron en siete sesiones de tratamiento. El descenso de la ansiedad, medida de cero a cinco, se produjo a partir de la primera semana de tratamiento, coin-



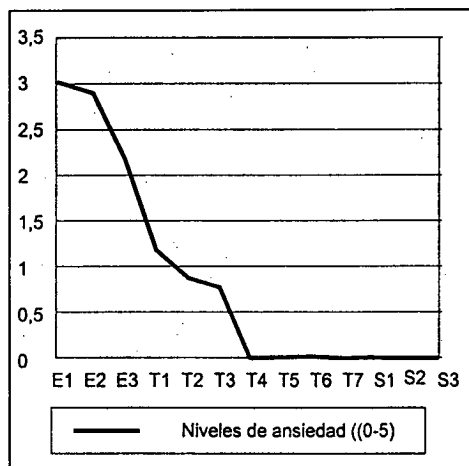


Figura 3. Sesiones de evaluación (E1, E2 y E3), tratamiento (T1, T2, T3, T4, T5, T6 y T7) y seguimiento (S1, S2 y S3).

ciendo con el inicio del programa terapéutico. Desde ese momento se produce un descenso considerable de la ansiedad hasta alcanzar los valores cero a partir de la cuarta semana de intervención permaneciendo hasta el final de la misma y durante el seguimiento. Conseguimos que Luisa pudiera tomar cualquier alimento que le apeteciera en todo momento, tanto en casa como fuera.

Es importante señalar que al tener que cenar diariamente, engordó dos kilos, pero este hecho no le preocupó porque había resuelto su problema. Un dato significativo era que pudo tomar jamón serrano, alimento preferido, a partir de la quinta sesión, después de llevar más de año y medio sin consumirlo. Por todo ello consideramos que el tratamiento ha tenido éxito.

Se realizaron sesiones de seguimiento a los tres, seis y doce meses de haber concluido el tratamiento. En todos ellos los objetivos terapéuticos se seguían manteniendo, Luisa continuaba comiendo de todo y no tenía miedo a atragantarse.

Se ha considerado útil emplear la técnica de detención del pensamiento (Bain, 1928), porque la paciente presentaba una serie de pensamientos perseverantes, anticipatorios antes de comer, que inhibían la ejecución de la conducta deseada.

La mayor efectividad de la desensibilización sistemática frente al no tratamiento, al tratamiento placebo o a formas tradicionales de psicoterapia se ha demostrado en una amplia gama de trastornos de ansiedad (Paul, 1969; Emmelkamp, 1979). El entrenamiento en relajación muscular acompaña a la desensibilización sistemática como una respuesta antagónica a la ansiedad (Vila, 1987). Por ese motivo la elegimos en nuestro programa.

En este caso, como ya hemos indicado, la utilización de la desensibilización sistemática como técnica de autocontrol junto a la detención del pensamiento ha sido efectiva. Además, habría que considerar que la motivación de Luisa por solucionar su problema junto con la adherencia al tratamiento ha contribuido a la obtención de los resultados anteriormente descritos.

Otro aspecto a tener en cuenta es que en el momento de iniciar el tratamiento, la paciente estaba empezando a generalizar su fobia a atragantarse a otros contextos distintos al familiar. El programa de intervención contribuyó a que este proceso de generalización se paralizara.

Por último, destacamos la importancia que ha tenido el conocimiento por parte de la paciente del origen y mantenimiento de su problema mediante la hipótesis explicativa. Por esta razón, en la práctica clínica consideramos la necesidad de formular hipótesis claras que ayuden a la comprensión del problema por parte del paciente y que, a su vez, conduzcan a un mejor entendimiento del programa terapéutico a seguir.

**Referencias**

- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Bain, J.A. (1928). *Thought control in everyday life*. Nueva York: Funk and Wagnals.
- Caballo, V.E. (1995). Fobia social. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, Vol. I* (pp. 285-340). Madrid: Siglo XXI.
- Emmelkamp, P.M.G. (1979). The behavioral study of clinical phobias. En M. Hersen, R.H. Eisler y P.M. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification, Vol. 8* Nueva York: Academic Press.
- Himle, J.A., McPhee, K., Cameron, O.G. y Curtis, G.C. (1989). Simple phobia: Evidence for heterogeneity. *Psychiatry Research*, 28, 25-30.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lacey, J.J., y Lacey, B.C. (1974). On heart rate responses and behavior: A reply to Elliot. *Journal of Personality and Social Psychology*, 30, 1-18.
- Paul, G.L. (1969). Outcome of systematic desensibilization I, II. En C.M. Franks (Ed.), *Behavior therapy: appraisal and status*. Nueva York: Academic Press.
- Sosa, C. y Capafons, J. (1995). Fobia específica. En V.E. Caballo, G. Buela-Casal y J.A. Carrobles (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos, Vol. I* (pp. 257-284). Madrid: Siglo XXI.
- Vila, J. (1987). Técnicas de reducción de la ansiedad. En J. Mayor y F.J. Labrador (Eds.), *Manual de modificación de conducta* (pp. 229-263). Madrid: Alhambra.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: University Press.