

FOBIA A TRAGAR

Carmen Pastor y Juan Sevilla
Centro de Terapia de Conducta
Valencia

INTRODUCCION

En este artículo describimos una intervención conductual en un caso que podríamos llamar «Fobia a tragar». El trabajo recoge la evaluación, la hipótesis explicativa y la terapia, así como los resultados y el seguimiento.

DESCRIPCION DEL CLIENTE

E. es una mujer de 25 años, inteligente, universitaria con inquietudes culturales, de gran habilidad social y que se describe así misma como «una persona excesivamente sufridora». Según ella, se perturba por

cualquier situación fuera de lo corriente.

Acude a consulta recomendada por una amiga suya que había seguido terapia en el Centro. Define su problema como «un miedo terrible a atragantarme».

Refiere que siempre ha tenido problemas con la comida: obesidad, anemias, multitud de dietas irracionales... Su aspecto físico es de constitución amplia y de estatura baja. Incluso habiendo perdido en los últi-

mos meses, por su problema, siete kilos, su aspecto general es redondeado.

3. EVALUACION

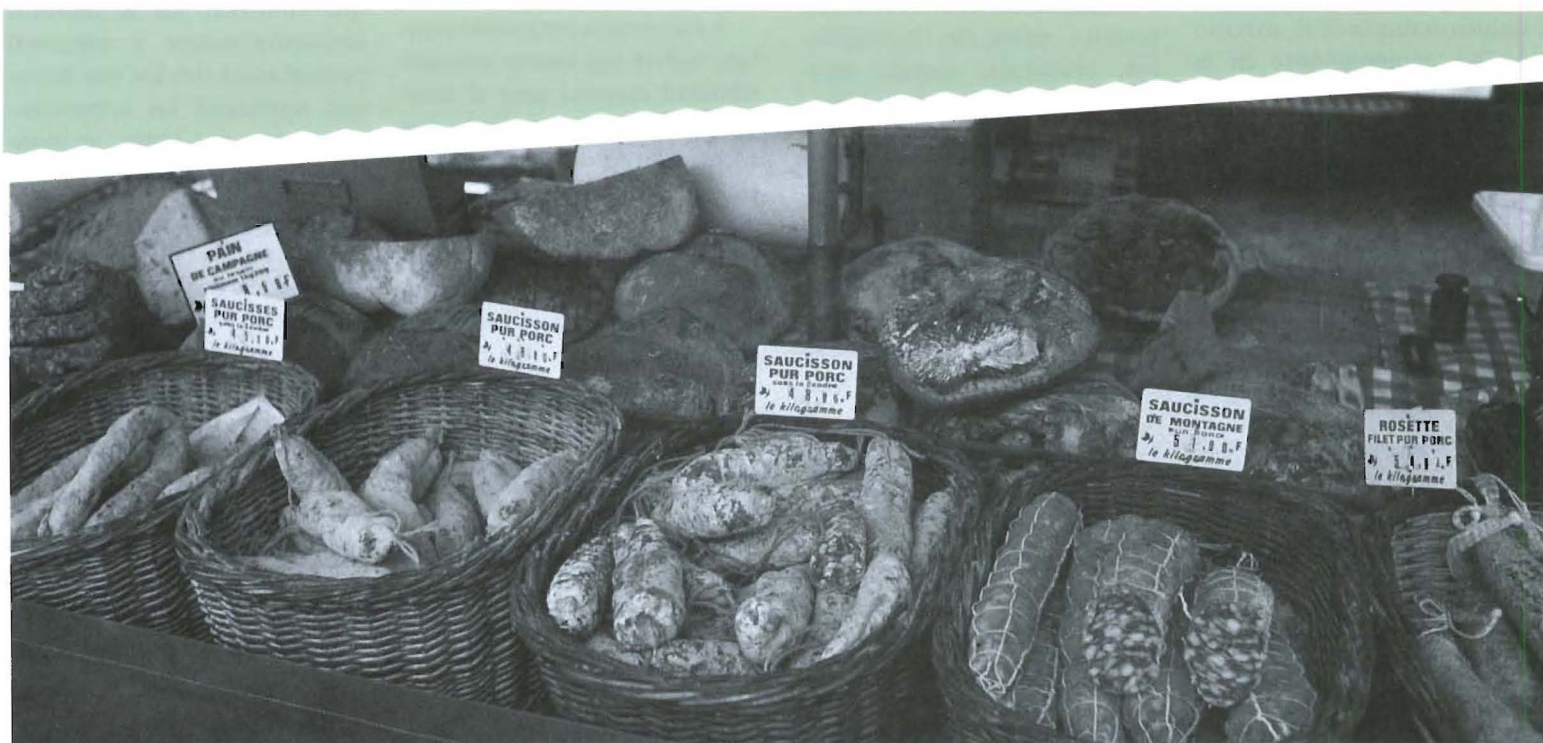
La evaluación es un proceso amplio que incluye: métodos de evaluación, construcción del Análisis Funcional y estrategias de relación con el cliente, Habilidades Sociales del terapeuta (Pastor y Sevillá, 1990).

A) METODOS DE EVALUACION

- Entrevista: se utilizaron dos sesiones de entrevista individual, en las que E. nos informó sobre su problema. Se muestra buena informadora a pesar de que su nivel de ansiedad en la primera sesión era muy alto.

Pudimos observar ya parte de su respuesta motora (el «espasmo»: inclinar la cabeza hacia abajo y rápidamente subirla ladeada a la vez que traga), y su respuesta fisiológica: sonrojo, sudoración, temblor y tensión).

Entrevistamos también a la madre para comprobar cuál era la reacción familiar ante su problema (Consecuencias Externas).



Observación: tras la observación asistemática mantenida en la entrevista, hicimos una observación sistemática de la conducta problema viendo cómo se comía un yogur y una mada-lena.

Fruto de la observación apareció con gran nitidez tanto la R motora, como la R fisiológica y, tras las oportunas preguntas, la R cognitiva.

- Autorregistro: para obtener línea-base previa intervención, E. debía rellenar un registro de: nivel de ansiedad previo ingesta, veces que aparecía el espasmo y tipo de alimento.

- Cuestionarios: E. cumplimentó la «Historia personal» del Centro de Terapia de Conducta, 1990; el Cuestionario de Temores de Wolpe y el Inventario de Indicadores Psicofisiológicos de Cautela y Upper.

B) ANALISIS FUNCIONAL

Con la información obtenida con los métodos de evaluación descritos se construyó el siguiente Análisis Funcional (A. F.):

ESTIMULOS (E)

- EXTERNOS: los alimentos que va a comer, en el plato, en la boca o en el esófago. También actuaría de E. externo la saliva acumulándose en la boca.

Los parámetros que aumentarían la intensidad de la Respuesta serían: alimentos sólidos (carne, bocadillos) peor, comer sola peor, en un sitio donde no pueda salir con facilidad (tren, autobús, ascensor, avión) peor y comer con amigos y/o gente de clase, peor.

- INTERNOS: aparece previamente a la ingestión de comida, ansiedad anticipatoria, que funcionalmente actúa de E. interno.

Si E. se encuentra estresada por otro problema: exámenes, cuestiones afectivas... R también es más intensa.

Igual ocurre con la menstruación y el cansancio, y mucho más con el dolor de garganta.

RESPUESTA (R)

COGNITIVA

- «Me atragantaré, me ahogaré.»
- «No podré respirar.»
- «No puedo salir de aquí.»
- «Nadie me ayudará.»

FISIOLOGICA

- Sudoración, rubor.
- Tensión en la garganta, cuello, cara y cuerpo.
- Respiración acelerada.

MOTORA

- «Espasmo» (ya descrito).
- Evitación/escape de: comer sólidos, comer sola y de subir a sitios de difícil escape (ya descritos). Si sube, entonces no respira, contiene el aliento todo lo que puede.

ORDEN DE ENCENDIDO

- 1.º Cognitiva.
- 2.º Fisiológico.
- 3.º Motor.

CONSECUENCIAS (C)

- EXTERNAS: Refuerzo positivo (atención de familiares, prepararle comida especial: triturada con la batidora).

- INTERNAS: Refuerzo positivo (al conseguir tragar el bocado después de la R motora. Sería muy parecido a lo que les ocurre a las personas con problemas de tartamudez, consiguen decir la palabra después de multitud de disfluencias).

Refuerzo Negativo: alivio de la ansiedad al realizar conductas de escape y/o evitación.

CONTINGENCIAS (K)

El patrón de refuerzo sería continuo para todos los consecuentes funcionales actuantes.

ORGANISMO (O)

HISTORIA

DE APRENDIZAJE

- ORIGEN: Posible Condicionamiento Clásico. Justo antes de aparecer el problema, E. pasaba por una situación de alta demanda: se preparaba para un viaje a Inglaterra como parte de sus estudios.

Es de suponer que su nivel de activación era anormalmente elevado y en estas circunstancias, durante una comida, E. se atragantó. No podía respirar y necesitó la ayuda de sus padres (palmadas en la espalda), para tragar. Se asustó mucho y ya no comió nada durante ese día, ni siquiera bebió.

A partir de ahí la R comenzó a ampliarse y a generalizarse a alimentos diversos y situaciones.

- MANTENIMIENTO: Típicamente por Condicionamiento Operante, Refuerzo Negativo (evitación/escape de los estímulos temidos) y por Refuerzo Positivo (tragar a pesar de realizar R motora).

Esta Teoría Bifactorial de los problemas de Ansiedad (Mowrer, 1947/60), creemos personalmente que es la más confirmada clínicamente.

A este origen aprendido puntual habría que sumar una sensibilidad especial ante el tema de la ingesta desarrollado por E. a lo largo de su adolescencia: problemas de sobrepeso-obesidad, anemias, cientos de dietas absurdas... Es fácil entender cómo esta persona estaba especialmente preparada para semejante condicionamiento (Eysenck, 1976).

Esta sería la Hipótesis Explicativa de la Conducta-problema de E.

- ESTILO PERSONAL: ya descrito.

- VARIABLES BIOLÓGICAS: dietas, anemias, obesidad previa, e ingestión de psicofármacos esporádicamente

(no en el momento de acudir a terapia).

- HABILIDADES PROPIAS: habilidosa socialmente, aunque no asertiva, poca capacidad de imaginación.

- HABILIDADES DE AFRONTAMIENTO: respecto al problema, ninguna. Con otros problemas se autoinstruye eficazmente.

- EXPECTATIVAS HACIA LA TERAPIA: Buenas, alta motivación y gran colaboración.

La Secuencia Funcional sería de la siguiente forma: E. cada vez que tiene que comer alimentos sólidos (ver Estímulos) empieza a pensar que se va a atragantar y a asfixiar, aparece la ansiedad fisiológica y esto dispara el «espasmo» (ver Respuesta). Como siempre traga, el espasmo queda reforzado positivamente. Cuando evita o escapa esta conducta se refuerza negativamente (ver Consecuencias).

4. TERAPIA

¿Cómo llegamos a la elección de las técnicas a aplicar?

- 1.º Desprendiéndose directamente del A. F., tendremos que controlar las R motoras (evitación/escape y espasmo) porque éstas son las que hacen que aparezcan las consecuencias y que por tanto, se mantenga el problema.

Eso apunta hacia la necesidad de utilizar una técnica de exposición, en la que el sujeto se enfrente a los estímulos sin realizar las respuestas motoras.

- 2.º Dentro de las técnicas de exposición no se podía emplear:

- Ni técnicas de exposición imaginada, puesto que el Estímulo no era imaginable (¿cómo imaginar el bocado quieto en la garganta?).

- Ni inundativas, porque no podíamos mantener el Estímu-

lo estable durante todo el tiempo hasta que bajase la ansiedad a cero (no era posible mantenerla comiendo durante horas).

- Además había una amplia gama de estímulos, con lo que convenía utilizar alguna técnica que generalizase más.

3.º Por todo ello necesitábamos utilizar un modelo de coping (manejo) en el que el sujeto aprende unas habilidades para enfrentarse más cómodamente a los estímulos temidos.

4.º Dentro de las habilidades que debía adquirir eran:

- Manejo de ansiedad fisiológica (tensión excesiva en garganta, cuello, hombros, cara).

- Manejo cognitivo, puesto que habían pensamientos concretos que disparaban y que aumentaban la respuesta.

5.º Para ello decidimos utilizar:

- Relajación Jacobson.

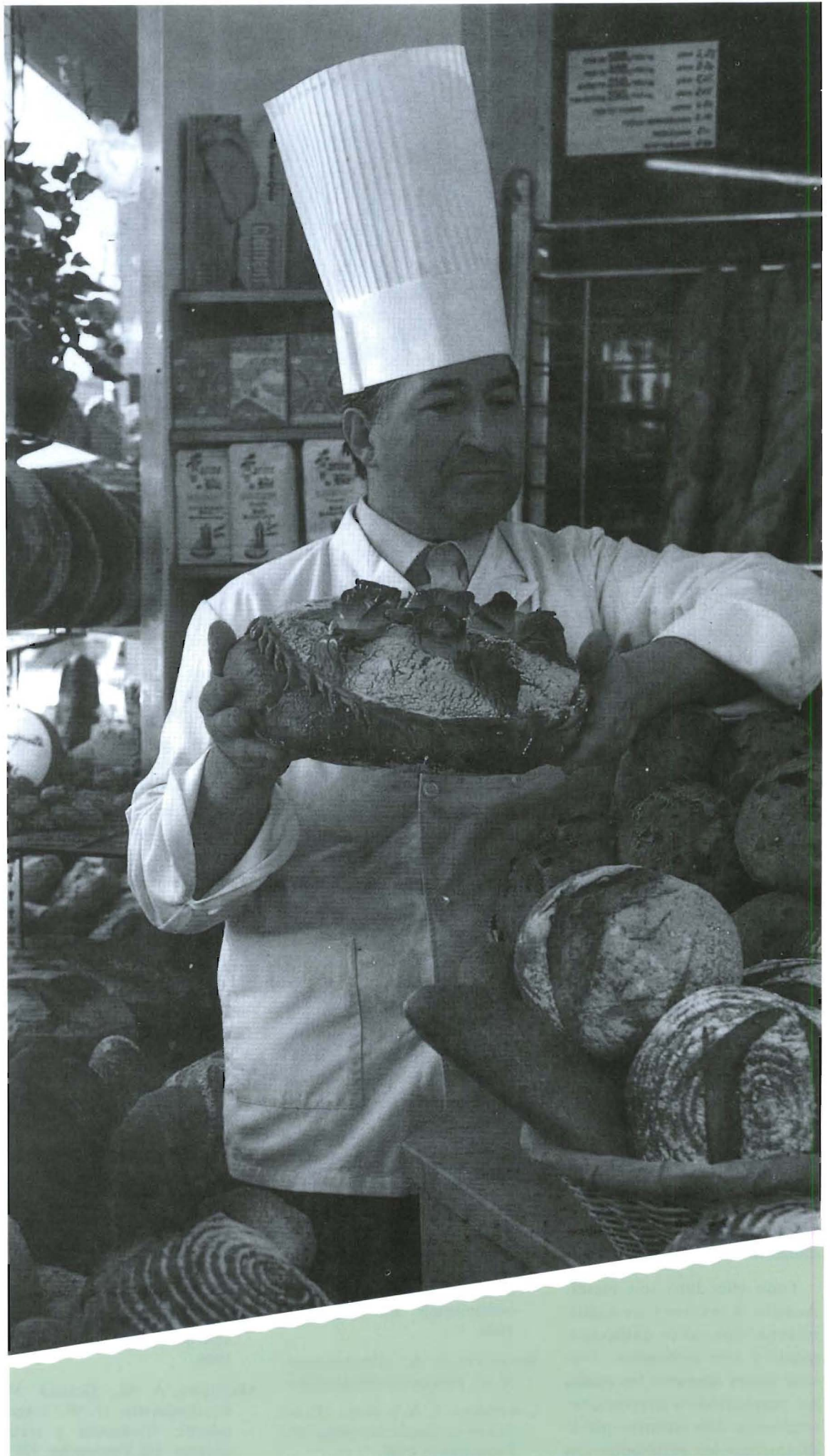
- División del enfrentamiento en fases para que la ansiedad no se elevase tan alto. También se desprendía del A. F. que existía ansiedad anticipatoria.

- Utilización de autoinstrucciones que controlaran y planificaran el enfrentamiento. Lo cual estaba ya en su propio estilo personal (ver Habilidades de afrontamiento), es decir, E. ya empleaba autoinstrucciones para superar otras situaciones problemáticas en su vida, y diseñar autoinstrucciones era algo que no le resultaría raro, forzado o ilógico. La técnica se ajustaba a su propio estilo.

Y esto no es más que **INOCULACION DE ESTRES.**

Aprendidas las habilidades de relajación y autoinstrucciones, pasamos a la exposición jerarquizada que dividimos en dos grupos:

1.º Jerarquía de alimentos, a los que nos enfrentábamos primero en el Centro, después ella en su casa con su familia y después sola en casa.



La escala de alimentos fue: beber-yogur-verdura hervida-pescado blanco-queso-pollo-ensalada-carne-jamón.

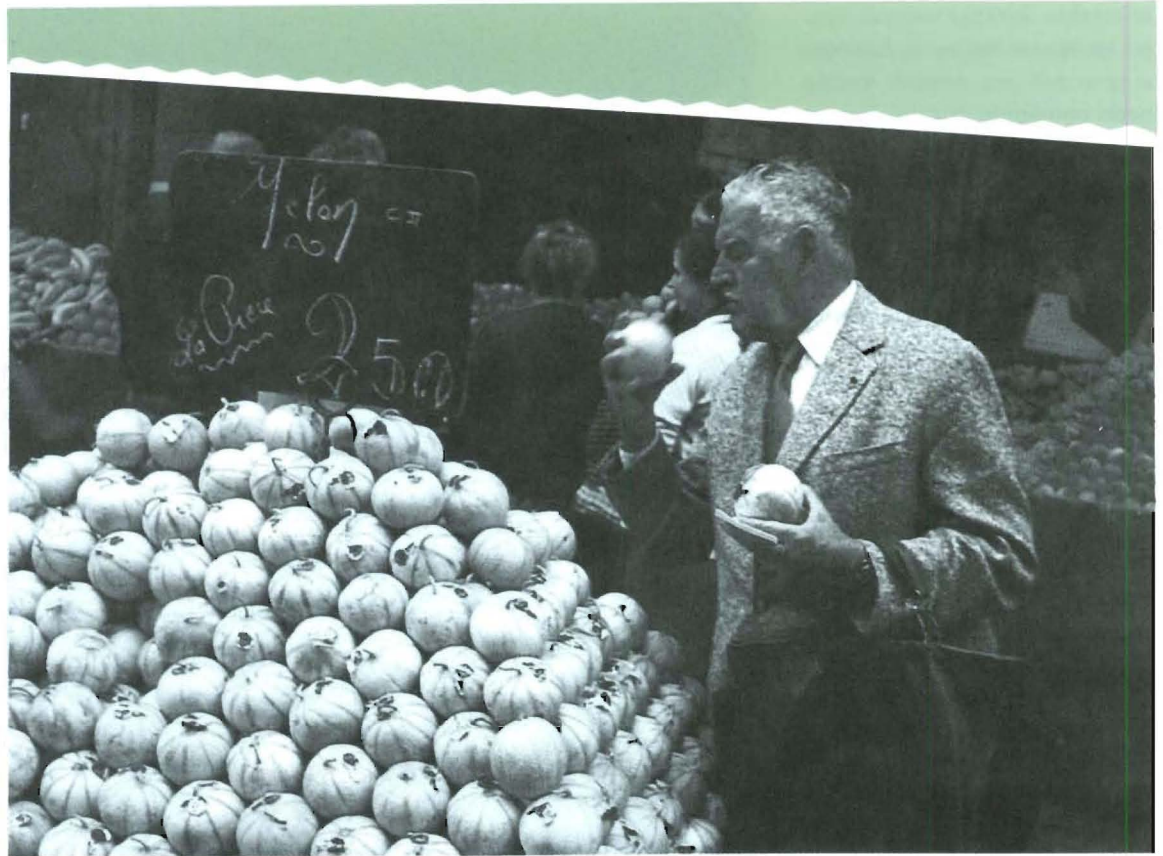
2.º Sitios difíciles. Superada la jerarquía de alimentos empezamos a enfrentarnos a comer los diferentes alimentos (empezando desde queso) en lugares problemáticos para ella: restaurante, facultad, autobús.

5. RESULTADOS DE LA TERAPIA Y SEGUIMIENTO

La duración de la terapia fue larga: tres sesiones de evaluación, cuatro de fase educativa y entrenamiento en habilidades, catorce sesiones de exposición a alimentos en el Centro. Los dos primeros ítems fueron los más difíciles (beber y yogur), repitiendo tres veces el de beber y dos sesiones el de yogur. Los ítems finales fueron más rápidos, incluso los dos últimos en una misma sesión. E. se enfrentaba diariamente a los estímulos que íbamos superando y llevaba un registro para ver el número de bloqueos y las variaciones de ansiedad. A medida que avanzábamos en los ítems la reducción de bloqueos y de los u.s.a.s. fue drástica. Ya en el tercer ítem (verdura hervida) la media de bloqueos o espasmos era de tres por comida, cuando en línea base llegaba a ser de 12 por comida triturada y la cantidad que comía era mínima, no llegaba a mitad del plato. En los últimos ítems la ansiedad era cero y los espasmos como media eran de 0'5 por comida.

Tras esto, hubo cuatro sesiones de exposición en situaciones problemáticas e intercaladamente ella se exponía sola.

Todo ello duró seis meses. Acudió a sesiones de seguimiento: dos veces quincenalmente y tres mensuales. Tras siete meses (durante los cuales ha mantenido conversaciones telefónicas con nosotros periódicamente) los resultados son



los siguientes: aprobó el último año de carrera que le faltaba, aplicando autoinstrucciones para la situación de exámenes; come de todo en cualquier parte; ningún problema al tragar saliva; aunque a veces tiene algún bloqueo o atragantamiento aplica muy sistemáticamente las autoinstrucciones y no hay subidas de ansiedad.

BIBLIOGRAFIA ESPECIFICA DE ANSIEDAD

ALVAREZ, J. y CARROBLES, J. A.: «Evaluación y tratamiento conductual de la ansiedad». En «Análisis y Modificación de Conducta II». UNED, 1985.

ARDIJA, R.: «Terapia del comportamiento». DDB, 1980.

BELCH, H. R.: «Terapia de conducta: modificación de la conducta humana». Ed. Taller de Ediciones J.B., 1977.

BEECH, H. R.; BURNS, L. E.; SHEFFIELD, B. F.: «Tratamiento del estrés: un enfoque comportamental». Ed. Alhambra, 1986.

BERNSTEIN, D. A.: «Entrenamiento en Relajación Progresiva».

CARROBLES, J. A. y otros: «Práctica de la terapia de conducta». Promolibro, 1986.

CAUTELA, J., y GRODEN: «Técnicas de relajación». Martínez-Roca, 1986.

ELLIS, A., y GRIEGER, R.: «Manual de terapia racional-emotiva». DDB, 1981.

EYSENCK, H. J.: «Experimentos en terapia de conducta: Inhibición Recíproca». Ed. Fundamentos, 1979.

GOLDRIED, M. R., y DAVISON, G. C.: «Técnicas terapéuticas conductistas». Paidós, 1981.

CREIST, J.; JEFFERSON, J. W., y SPITZER, R. L.: «Tratamiento de los trastornos mentales». Ed. Manual Moderno, 86.

KANFER, F. N., y GOLDSTEIN, A. P.: «Cómo ayudar al cambio en psicoterapia». DDB, 1987.

LADOUER, BOUCHARD y GRANGER: «Principios y aplicaciones de las terapias de conducta». Ed. Debate, 1981.

LAZARUS, R. S., y FOLKMAN, S.: «Estrés y procesos cognitivos». Ed. Martínez Roca, 1986.

MARKS, I.: «Tratamiento de las neurosis». Martínez Roca, 1986.

MATHEWS, A. M.; GELDER, M. G.; JONHISTON, D. W.: «Agorafobia: Naturaleza y tratamiento». Ed. Fontanella, 1985.

MAYOR, J., y LABRADOR, F. J.: «Manual de Modificación de conducta». Ed. Alhambra, 1984.

MEICHENBAUM, D., y JAREMKO, M. E.: «Prevención y reducción del estrés». DDB, 1987.

MEICHENBAUM, D.: «Manual de inoculación de estrés». Martínez Roca, 1987.

PASTOR, M. C., y SEVILLÁ, J.: «La Terapia Racional-Emotiva. R. E. T.» Revista *Informació Psicològica*, junio 8.

RIMM, D. C., y MASTERS, J. C.: «Terapia de conducta: técnicas y hallazgos empíricos». Ed. Trillas, 1980 (74).

SEVILLÁ, J. y cols.: «La técnica de Inoculación de Stress». Revista *Informació Psicològica*, n.º 26, mayo, 1986.

WOLPE, J.: «Práctica de la terapia de conducta». Trillas, 1977, (1966).

WOLPE, J.: «Psicoterapia por inhibición recíproca». DDB, 1981.

YATES, A. J.: «Terapia del comportamiento». Ed. Trillas, 1973.

YATES, A. J.: «Teoría y práctica de la terapia conductual». Ed. Trillas, 1977.