

Fobia a tragar: a propósito de un caso

DE LUCAS-TARACENA, M. T.* e IBARRA, I.**

* Centro de Salud Mental Usera . Madrid. ** Unidad de Salud Mental Infantojuvenil. Cuenca.

Choking phobia: a case report

Resumen

La fobia a ahogarse al tragar se caracteriza por miedo (y evitación) a tragar comida, líquidos o pastillas. Suele surgir en mujeres tras un episodio de ahogarse con comida. Presentamos el caso de una adolescente, que inició la fobia tras una mononucleosis infecciosa que cursó con disfagia severa. La restricción de sólidos de la paciente planteó el diagnóstico diferencial con trastornos de conducta alimentaria, entre otros. Se realizó psicoeducación, reestructuración cognitiva y exposición gradual in vivo, lográndose la resolución del cuadro.

Palabras clave: Fobia. Tragar. Adolescencia. Alimentación.

Summary

Choking phobia is characterized by fear and avoidance of swallowing food, fluids or pills. It often appears in women after an episode of choking on food. We present the case of an adolescent beginning her phobia after a mononucleosis with severe dysphagia. Patient's solid restriction raised concerns about differential diagnosis with eating disorders. She was treated with psychoeducation, cognitive restructuring and graduated exposure in vivo, achieving a total recovery.

Key words: Phobia. Choking. Adolescence. Eating.

Se trata de una adolescente de 14 años remitida por su pediatra a la unidad de salud mental infanto-juvenil, por un problema alimentario. No hay antecedentes de enfermedades físicas o psiquiátricas. Su familia es de origen rural. El padre, 42 años, es agricultor, y la madre, 37 años, ama de casa. Ambos tienen estudios primarios. Convive además con su hermano mayor (15 años), y con la abuela paterna a temporadas. Ningún miembro de la familia tiene antecedentes médicos ni psiquiátricos. Los padres son muy sobreprotectores, con dificultad para la expresión emocional y la introspección, y tienden a centrarse en lo físico o en lo meramente conductual. La estructura familiar tiene un reparto de papeles muy rígido: el padre es el cabeza de familia; la madre habla poco, el hermano hace de espía para los padres vigilando a la paciente, y ésta ante los padres se manifiesta inhibida con los padres pero empática y espontánea en la entrevista a solas.

El problema por el que consultan se inicia hace siete meses, después de una mononucleosis infecciosa faríngea muy dolorosa que la llevó a ingerir alimentos semilíquidos. Aunque la infección fue tratada y desapareció, persiste el mismo patrón de ingesta. Los padres conceptualizan el problema como trastorno de alimentación: «no come nada, ni legumbres, ni carne ni pescado, ni bocadillos», salvo yogures y purés, en las comidas no ayuda a la madre y se irrita. Atribuyen al problema de alimentación los cambios de carácter y dicen que ha bajado el rendimiento escolar porque nunca suspendía y este año

le han quedado matemáticas. Sin embargo, los datos físicos son normales: peso 55 kg, talla 1,59 m, índice de masa corporal 21,6. Tampoco hay conductas purgativas ni problemas menstruales; asimismo, la paciente y sus padres niegan que haya distorsión de la imagen corporal: nunca se vio gorda ni quiso perder peso. Todo ello permite descartar ya un trastorno de alimentación. La paciente manifiesta estar molesta con su problema. Sin embargo, no hay apatía, astenia ni anhedonia; apetito normal. Lo pasó muy mal con la mononucleosis y explica que aunque ahora podría comer más sólidos, no se atreve por miedo. Ahora come sobre todo verduras, patatas, pan y yogur o queso blanco. En casa hay mucha tensión en las comidas; en cambio con los amigos come ciertos sólidos, incluso patatas fritas. No hay ideación hipocondríaca: aunque tiene pendiente una analítica por «placas blancas» en amígdala, dice estar tranquila, ya lo tuvo antes y es muy distinto a la mononucleosis.

Realizamos un diagnóstico según criterios DSM-IV de fobia específica sin crisis de angustia. La derivación desde Pediatría permitía ya descartar la presencia de disfagia o reflejo nauseoso hipersensible, pero además descartamos globos y estrés postraumático (al no haber desencadenante emocional), pánico y trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) por no haber otros síntomas ansiosos ni obsesiones o compulsiones respectivamente.

Dado que conceptualizamos el problema como una fobia creada mediante condicionamiento operante, proponemos un plan de exposición gradual a los alimentos

evitados: 1) Comenzar por puré líquido, pasar progresivamente a un puré menos claro, después puré muy espeso y luego sólidos. 2) Ir introduciendo progresivamente en los purés, primero pescado hervido y luego frito y más tarde carne picada. 3) Para sólidos: empezar con pescado hervido, luego frito, después carne picada y luego carne sin picar. Se le ofrece que si cumpliendo este plan siente dolor muy agudo, puede tomar un analgésico suave. En relación estrecha con este plan conductual se realiza una reestructuración cognitiva muy simple del miedo irracional a la ingesta, su presencia selectiva en el entorno familiar, etc., para aumentar motivación y autoestima. Por último, y para llevar a cabo estas pautas, se proporciona a la paciente una educación nutricional básica referida al contenido de nutrientes de una dieta normalizada y adecuada a sus necesidades: mujer con ciclos menstruales, estudiante y en fase de crecimiento, etc.

La evolución del problema es excelente: tres semanas después ya come normalmente y está bien adaptada en la familia y más animada, por lo que procedemos al alta.

DISCUSIÓN

Las fobias suelen dividirse en agorafobia, fobia social y fobias simples. Se ha hablado también de subtipos de fobia simple, que serían: el miedo a animales (incluidos insectos), a sangre o a lesiones, la situacional, y finalmente el miedo a vomitar y a ahogarse al tragar. Aunque en las clasificaciones de los trastornos mentales no hay una distinción formal entre estos subtipos, la investigación sobre el tema (1, 2) señala que difieren en la edad de inicio, agregación familiar, respuesta al tratamiento y psicofisiología, de modo que las situacionales, dada su vinculación a la agorafobia y el pánico, tendrían la máxima agregación familiar, serían más tardías y responderían mejor a fármacos. Sobre la fobia a tragar no existen ensayos terapéuticos controlados; la literatura (3-16) se compone de diversos informes de casos (en total se han descrito 29 casos). Las conclusiones que ofrecen son parciales porque a veces se omiten datos importantes y en algunos informes no se sabe si la mejoría se debe al tratamiento usado o a otras variables no controladas (17). Sin embargo, se pueden conocer ciertos datos clínicos: a) puede presentarse como trastorno psiquiátrico aislado aunque a menudo es comórbido con pánico, trastorno negativista o depresión (por el aislamiento social que produce); b) las tasas de comorbilidad no difieren de las de otras fobias simples: 53% en el estudio de Sanderson et al (18); c) el inicio suele ser súbito tras un episodio de atragantarse con comida que se recuerda (2); d) hay un predominio de mujeres muy modesto (65,5%); e) no hay una edad de inicio característica: desde la primera infancia a la ancianidad (a diferencia de la fobia a animales, a la sangre o la situacional); f) es muy frecuente la pérdida de peso; g) responde a fármacos antipánico como imipramina (7, 9, 11), fenelcina y tranilcipromina (7) y alprazolam (6, 8, 10), a exposición gradual in vivo (3, 5, 11-13, 16), a terapia aversiva (4) y a combinaciones de

tratamientos cognitivo-conductuales (14, 15). Sin embargo, estas características no son suficientes para crear una categoría diagnóstica aparte en las clasificaciones, pues la prevalencia parece baja a juzgar por el escaso número de casos descritos, y dicha creación supondría una proliferación excesiva de subtipos.

Quizá lo más importante es realizar un correcto diagnóstico diferencial. Debe distinguirse de diversos trastornos como:

1) Disfagia. También hay dificultad de tragar pero por causas no psiquiátricas diagnosticables con un examen otorrinolaringológico; además los sujetos con fobia no tienen dolor o dificultad al tragar sino miedo a hacerlo.

2) Reflejo nauseoso hipersensible. No necesariamente se acompaña de miedo a atragantarse y a su vez los fóbicos a atragantarse no tienen por qué tener reflejo hipersensible.

3) Globus (sensación de nudo en garganta). Surge casi en 45% de personas como respuesta a emociones o sintoma conversivo, pero no hay miedo a atragantarse.

4) Anorexia nerviosa. Aunque pueden perder peso y evitar ciertos alimentos como los anoréxicos (pan, carne, fritos), los fóbicos a atragantarse no temen engordar y sienten malestar por la pérdida de peso.

5) Fobia social. Los fóbicos a atragantarse tienen miedo estén o no con otros, e incluso se sienten mejor acompañados (les pueden socorrer si se atragantasen tal como temen), mientras que los fóbicos sociales sienten vergüenza pero no miedo a comer y pueden comer sin problema solos. Entre los fóbicos sociales se incluyen los que tienen fobia a vomitar en presencia de gente, pero no temen atragantarse.

6) Trastorno de pánico. Mientras los sujetos con fobia tienen miedo a atragantarse, los sujetos con pánico experimentan realmente dicha sensación aunque en ausencia de alimentos; sin embargo, la comorbilidad es rara, sólo surge en 16,8% de casos (19).

7) Estrés postraumático. Los fóbicos tienen más miedo a lo que les suceda en un futuro (atragantarse) que por recuerdos intrusivos del trauma que les desencadenó en el pasado la fobia.

8) Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC). Algunos pacientes con TOC temen tragar objetos no comestibles (p. ej. cristal) pero no la comida.

9) Trastornos afectivos. Conviene descartar que hayan surgido de modo secundario, ya que el malestar ante situaciones sociales que implican la ingesta puede condicionar aislamiento social, disforia o ánimo bajo secundario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Himle JA, McPhee K, Cameron OG, Curtis GC. Simple phobia: evidence for heterogeneity. *Psychiatry Res* 1989;28:25-30.
2. Himle JA, Crystal D, Curtis GC, Fluent TE. Mode of onset of simple phobia subtypes: further evidence of heterogeneity. *Psychiatry Res* 1991;36:37-43.

3. Kaplan PR, Evans IM. A case of functional dysphagia treated on the model of fear. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1978;9:71-2.
4. Solyom L, Sookman D. Fear of choking and its treatment: a behavioural approach. *Can J Psychiatry* 1980;25:30-4.
5. McNally RJ. Behavioral treatment of a choking phobia. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1986;17:185-8.
6. Greenberg DB, Stern TA, Weilburg JB. Fear of choking. *J Fam Pract* 1986;22:547-8.
7. Brown SR, Schwartz JM, Summergrad P, Jenike MA. Globus hystericus syndrome responsive to antidepressants. *Am J Psychiatry* 1986;143:917-8.
8. Liebowitz MR. Globus hystericus and panic attacks. *Am J Psychiatry* 1987;144:390-1.
9. Kaplan RM. More on the globus hystericus syndrome. *Am J Psychiatry* 1987;144:528-9.
10. Greenberg DB, Stern TA, Weilburg JB. The fear of choking: three successfully treated cases. *Psychosomatics* 1988;29:126-9.
11. Chatoor I, Conley C, Dickson L. Food refusal after an incident of choking: a posttraumatic eating disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:105-10.
12. Landy G. Fear of choking and food refusal. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1988;27:514-5.
13. Lukach B, Bruce BK. Behavioral treatment of an oral liquid medication phobia in a liver transplant candidate. Presented at the meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy; 1988 November: New York, NY.
14. Öst LG. Cognitive therapy in a case of choking phobia. *Behav Psychother* 1992;20:79-84.
15. Ball SG, Otto MW. Cognitive-behavioural treatment of choking phobia: 3 case studies. *Psychother Psychosom* 1994;62:207-11.
16. Chorpita BF, Vitali AE, Barlow DH. Behavioral treatment of choking phobia in an adolescent: an experimental analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1997;28:307-15.
17. McNally RJ. Choking phobia: a review of the literature. *Compr Psychiatry* 1994;35:83-9.
18. Sanderson WC, DiNardo PA, Rapee RM, Barlow DH. Syndrome comorbidity in patients diagnosed with a DSM-III-R anxiety disorder. *J Abnorm Psychol* 1990;99:308-12.
19. Krystal JH, Woods SW, Hill CL, Charney DS. Characteristics of panic attack subtypes: assessment of spontaneous panic, situational panic, sleep panic, and limited symptom attacks. *Compr Psychiatry* 1991;32:474-80.

Correspondencia:
 María Teresa de Lucas Taracena
 Visitación, 5
 28026 Madrid

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE FOBIA ESPECÍFICA (DSM-IV)

- a) Temor acusado y persistente, excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos.
- b) La exposición al estímulo fóbico provoca invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de crisis de angustia situacional más o menos relacionada con una situación determinada. En los niños la ansiedad puede traducirse en lloros, berrinches, inhibición o abrazos.
- c) La persona reconoce que este miedo es excesivo o irracional.
- d) La situación fóbica se evita o se soporta a costa de una intensa ansiedad o malestar.
- e) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa o el malestar provocado por la situación temida interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones académicas, laborales o sociales, o bien provocan malestar clínicamente significativo.
- f) En los menores de 18 años la duración de estos síntomas debe haber sido seis meses como mínimo.
- g) La ansiedad, las crisis de angustia o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicas no pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, trastorno obsesivo-compulsivo, estrés postraumático, ansiedad por separación, fobia social, trastorno de angustia con agorafobia, o agorafobia sin trastorno de angustia.