

■ Diagnóstico y tratamiento de la fobia a tragar en la infancia y adolescencia: estudio de casos

Jordi Torralbas-Ortega¹, Joaquim Puntí-Vidal¹, Iris Perez-Bonaventura¹, Victoria Valls-Ibáñez², Raquel Martínez-Giménez¹, Eloísa Arias-Núñez¹, M. Carmen Naranjo-Díaz¹, & María Barba-Ballescà¹

¹Centro de Salud Mental Infanto Juvenil. Salut Mental Parc Taulí, Institut Universitari Parc Taulí-Universitat Autònoma de Barcelona, España.

²Centro de Atención Primaria La Serra. Institut Català de la Salut. Sabadell, España

Resumen

La fobia a tragar se caracteriza por miedo excesivo a atragantarse al ingerir comida, líquidos o pastillas, con consecuencias físicas y funcionales de importancia. Son escasos los estudios que describen y aportan datos de la eficacia de los tratamientos para la fobia a tragar. Teniendo en cuenta las importantes repercusiones que este trastorno genera en niños y adolescentes, es necesario un mayor conocimiento de los protocolos disponibles y sus efectos en todos los niveles asistenciales. El objetivo de este estudio descriptivo retrospectivo fue analizar los aspectos clínicos y resultados del tratamiento aplicado en trece casos atendidos en el Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil de la Corporació Parc Taulí (Sabadell, Barcelona). El rango de edad de los pacientes fue 7-15 años ($M = 10.2$; $DT = 2.5$); el 69% eran mujeres. Se instaura de forma gradual y responde adecuadamente al tratamiento psicológico, principalmente con terapia cognitivo-conductual, aplicado en hospitalización parcial o ambulatoriamente. La intervención precoz, intensiva e interdisciplinaria aumenta la eficacia de la terapéutica empleada y facilita la resolución de las consecuencias funcionales y sociales asociadas. Es indispensable la inclusión de este trastorno en el diagnóstico diferencial de los trastornos de alimentación en la infancia, y su conocimiento por parte de los profesionales comunitarios, con la finalidad de establecer un adecuado plan de valoración, tratamiento precoz y seguimiento que mejore los resultados terapéuticos.

Palabras clave: fobia; tragar; atragantarse; infancia; adolescencia; intervención.

Abstract

Diagnosis and treatment of swallowing phobia in childhood and adolescence: case study. Swallowing phobia is characterized by excessive fear of choking on food, liquids or pills, with significant physical and functional consequences. Evidence of treatment response and efficacy is still limited to a few studies. Considering the important repercussions that this disorder generates in children and adolescents, further knowledge is needed on the available treatment protocols and their effects in all levels of care. The objective of this descriptive retrospective study is to analyze the clinical aspects and treatment outcomes of thirteen cases treated at the Child and Youth Mental Health Center of the Corporació Parc Taulí (Sabadell, Barcelona). The age range of the patients was 7-15 years ($M = 10.2$; $SD = 2.5$); and 69% of cases were women. Results suggest the disorder is established gradually and responds adequately to psychological treatment, mainly with cognitive-behavioral therapy, applied either in partial hospitalization or outpatient unit. Early, intensive and interdisciplinary intervention increases the efficacy of the applied therapy and facilitates the resolution of the associated functional and social impairment. It is essential to include this disorder in the differential diagnosis of eating disorders in childhood, and the knowledge gathered by community professionals, in order to establish an adequate assessment, early treatment, and follow-up that improves therapeutic outcomes.

Keywords: phobia; swallowing; choking; childhood; adolescence; intervention.

Son numerosos los problemas en la alimentación que se inician en la etapa infantil y juvenil, siendo cada vez mejor identificados sus múltiples causas y factores de mantenimiento por parte de los profesionales clínicos, con especial relevancia de los Trastornos de la Conducta Alimentaria (López-Guimerà & Sánchez-Carracedo, 2010). En el diagnóstico diferencial de estos problemas ali-

mentarios existen ciertos trastornos de semejante magnitud que a menudo no son considerados, a pesar de tener importantes consecuencias a nivel orgánico y psicológico (García-de Ribera, Marugán-de Miguelsanz, Geijo-Urbe, & Imaz-Roncero, 2010). Éste es el caso de la fobia a tragar o a atragantarse, que se caracteriza por miedo excesivo a atragantarse al ingerir comida, líquidos o pasti-

Correspondencia:

Jordi Torralbas-Ortega.
Hospital de Día de Adolescentes. CSPT.
Parc Taulí, 1. 08208. Sabadell, España.
E.mail: hdatauli@live.com

llas (American Psychiatric Association, 2014), y que también se denomina fobia a la deglución o phagophobia.

La prevalencia de las fobias es variable según el tipo de miedo estudiado. En general, una tercera parte de las personas que las padecen no reciben una intervención adecuada, debido a la resistencia a enfrentarse al objeto temido, a las bajas expectativas de auto-eficacia, o a los fracasos previos en su resolución (Wolitzky-Taylor, Horowitz, Powers, & Telch, 2010). Sin embargo, cuando el trastorno se desarrolla durante la infancia o adolescencia, el tiempo de evolución disminuye de forma importante, debido a la identificación del problema y sus consecuencias por parte de los familiares (De Lucas-Taracena & Montañés-Rada, 2006), que demandan ayuda especializada de forma precoz.

En el caso de la fobia a la deglución su prevalencia e incidencia por sexo es desconocida (LeBeau et al., 2010). Sin embargo, se ha constatado un aumento considerable de su descripción en diversos artículos de revisión o de caso clínico en los últimos 10 años. Sin embargo, la fobia a tragar todavía no ha sido reconocida como una entidad nosológica propia en las principales clasificaciones internacionales. Este trastorno es más prevalente en el sexo femenino, y se relaciona habitualmente con importantes complicaciones físicas como la deshidratación, la desnutrición y la pérdida de peso, y a problemas psiquiátricos derivados de sus actitudes de evitación y a la elevada comorbilidad con la que se presentan otros trastornos del espectro ansioso.

El principal tratamiento descrito en la literatura se basa en el tratamiento psicológico con la técnica de la exposición, aunque se han determinado otros tipos de intervención, combinándose ésta con elementos cognitivos para aumentar su eficacia (Baijens, Koetsenruijter, & Pilz, 2013). El escaso número de casos descritos y la inexistencia de protocolos de valoración e intervención no han permitido establecer la eficacia de estos tratamientos, aunque tradicionalmente la respuesta obtenida en los casos tratados suele ser muy favorable. La evolución natural de las fobias específicas, como otros muchos trastornos de ansiedad, es hacia un curso crónico con bajas tasas de remisión espontánea y elevado deterioro funcional (Wolitzky-Taylor et al., 2010).

La finalidad de este artículo es determinar y describir las principales características clínicas y terapéuticas de los casos identificados de fobia a la deglución en niños y adolescentes en el Centro de Salud Mental Infante-Juvenil (CSMIJ) Parc Taulí de Sabadell (Barcelona), en el período de estudio de 2008 a 2016.

Método

En este estudio transversal, descriptivo y retrospectivo, se recopilaron los datos asistenciales de todos los casos diagnosticados de fobia específica y que cumplían criterios DSM-IV-TR para la fobia a tragar, atendidos en el CSMIJ Parc Taulí de Sabadell, durante el periodo de 2008 a 2016. Se analizan y compilan los datos a partir de la historia clínica de los pacientes.

Participantes

A partir del análisis de las anotaciones clínicas, procedimientos y diagnósticos consignados por parte de los terapeutas referentes, en las respectivas historias clínicas, se seleccionaron aquellos pacientes con criterios de fobia específica, o los que tenían asociado algún procedimiento/diagnóstico relacionado con la alimentación, con la finalidad de seleccionar los posibles casos susceptibles de padecer fobia a tragar. De este modo, un total de 84 pacientes de entre 5 y 18 años fueron identificados y analizados, aislándose únicamente 13 casos de fobia a tragar.

Variables

Además del sexo y la edad en el momento de realizarse el diagnóstico, se incluyeron las variables evaluadas por diversos autores (De Lucas-Taracena & Montañés-Rada, 2005): peso, talla, número de hermanos y posición en la fratría, tiempo de evolución del trastorno, actitud parental ante el trastorno (sobrepotección, indiferencia, colaboración o rechazo), factores precipitantes (enfermedad física, atragantamiento u otros factores estresantes concomitantes), alimentación previa (equilibrada, selectiva o inadecuada), pérdida de peso, comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos u orgánicos, tipo y duración del tratamiento realizado (Terapia Cognitivo-Conductual o Psicoanalítica, solas o combinadas con tratamiento farmacológico, así como la fecha de inicio y finalización del tratamiento), dispositivo asistencial donde se realizó (consultas externas, hospitalización parcial o hospitalización total), resultados conseguidos (recuperación completa o parcial, o sin respuesta al tratamiento), tiempo de seguimiento con mantenimiento de los resultados, número de recidivas (entendiéndose como la reaparición del problema antes de un año de la finalización del tratamiento) y aparición de otros problemas psicopatológicos del espectro ansioso.

Procedimiento

Mediante el cuaderno de recogida de datos, dos de los investigadores anotaron de los registros clínicos las informaciones relevantes de cada caso, por separado. El investigador principal se encargó de cotejar y verificar los cuadernos de datos, y el equipo de investigación validó los casos en una sesión de discusión de los hallazgos. El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité Ético de Investigación Clínica de la Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí (CSUPT).

Análisis estadísticos

Para el análisis de los datos se emplearon medidas de tendencia central y de dispersión (principalmente media y desviación estándar) para las variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes para las cualitativas, tabulando los datos recogidos en el programa estadístico SPSS 19.0.

Resultados

Durante el periodo de 2008 a 2016, un total de 84 pacientes entre 7 y 15 años de edad fueron diagnosticados de fobia específica y solamente se identificaron 13 casos correspondientes a fobia a tragar en estos ocho años. En los 13 casos estudiados (cuyos principales datos clínicos y terapéuticos se exponen en la Tabla 1), sólo una tercera parte de los pacientes eran de sexo masculino. La muestra tenía una edad media de 10.2 años ($DT = 2.5$). El 69.2% de los casos estudiados eran el primogénito de la fratría o bien hijos únicos. El tiempo de evolución del trastorno osciló para la mayoría de los casos entre dos semanas y 4 meses, aunque en un caso el tiempo transcurrido entre la aparición de la sintomatología y la consulta del problema superó los tres años, no habiendo consumido nunca alimentos sólidos, sólo triturados.

El inicio del trastorno se relacionó en un 23% ($n = 3$) con enfermedad orgánica relacionada con dificultades en la deglución (faringitis, accidente vascular cerebral o fibrosis quística). Los cambios ambientales o familiares se vieron en el 46.2% ($n = 6$) de los casos (separación parental, muerte de un miembro de la familia e inicio de la escolarización). El mismo porcentaje se ha obtenido para los antecedentes de

Tabla 1. Principales descriptores de la muestra (N = 13)

Caso	Edad (años)	Tiempo Evolución	Episodio Atragantamiento	Alimentación Previa	Comorbilidad	Pérdida Peso IMC (Kg/m ²)	Tratamiento Dispositivo (Días)	Evolución	Tiempo seguimiento	Recidiva
1	8	3 años	No	Triturados Líquidos	Fibrosis quística	6 Kg 14.52	TCC CSMIJ(13)+HD(30)	RC	12 meses	No
2	10	2 meses	Sí (aceituna)	Triturado Pasta Italiana Líquidos	Ansiedad Inespecificada	5 Kg 17.75	TCC + ISRS CSMIJ(34)+HD(25)	RC	6 meses	Sí
3	12	2 meses	Sí (queso)	Líquidos Semilíquidos	TDAH + TND CI límite	13 Kg 23.15	TCC + ISRS CSMIJ(25)+HD(17)	RC	12 meses	No
4	11	1 mes	No	Líquidos	TDAH CI límite	4 Kg 17.12	TCC+ISRS+BZD CSMIJ(92)+HD(31)	RC	6 meses	Sí
5	8	15 días	Sí (fuet)	Líquidos Semilíquidos	AVC	5 kg 19.50	TCC CSMIJ (79)	RC	12 meses	No
6	8	1 mes	No	Líquidos Galletas	--	2 Kg 15.40	TCC CSMIJ (142)	RC	3 meses	No
7	11	1.5 meses	No	Triturados Líquidos	--	5 Kg 19.32	TCC CSMIJ (120)	RC	9 meses	No
8	14	1 mes	Sí (carne)	Líquidos	--	3 Kg 17.23	TCC CSMIJ (222)	RC	6 meses	No
9	8	1.5 meses	Sí (pan)	Líquidos Semilíquidos	--	No 19.32	TCC CSMIJ (440)	RC	12 meses	No
10	10	1.5 meses	No	Líquidos Semilíquidos	--	--	Psicodinámica CSMIJ (941)	RC	3 meses	No
11	11	15 días	Sí (magdalena)	Triturados Líquidos	--	3 Kg 13.88	TCC HD (75)	RC	6 meses	No
12	15	4 meses	No	Líquidos	TAG	--	Psicodinámica CSMIJ (336)	RP	9 meses	No
13	7	1 mes	Sí (jamón)	Líquidos Semilíquidos	--	3 Kg 16.60	TCC CSMIJ (54)	RC	3 meses	No

TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad); TND (Trastorno Negativista Desafiante); CI (Cociente Intelectual); AVC (Accidente Vascular Cerebral); TAG (Trastorno de Ansiedad Generalizada); TCC (Terapia Cognitivo-Conductual); ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina); BZD (Benzodiazepinas); CSMIJ (Centro de Salud Mental Infante-Juvenil); HD (Hospital de Día); RC (Recuperación Completa); RP (Recuperación Parcial).

atragantamiento (en todos los casos el episodio ocurrió con alimentos cotidianos, tales como aceitunas, queso, salchichón, pan y carne de ternera), sin derivarse consecuencias graves que conllevasen a la hospitalización del niño/a, y surgidos entre los 15 días y 3 meses previos al inicio de la sintomatología fóbica. No obstante, dos recidivas producidas no se relacionaron con el acontecimiento adverso anterior, sino con nuevo episodio de enfermedad orgánica (faringitis) o con la información recibida en la escuela sobre el funcionamiento del sistema digestivo y el fenómeno de la deglución.

El inicio del trastorno fue progresivo (excepto en las recidivas que sucedió de manera brusca), con eliminación gradual de los alimentos sólidos como conducta de evitación, consumiendo exclusivamente alimentos líquidos y algunos triturados (30.8%). Sin embargo, la alimentación previa al inicio del trastorno, era completa y equilibrada en el 46.2% ($n = 6$) de los casos, selectiva o muy selectiva en el 46.2% ($n = 6$) sólo un caso procedía de una alimentación en textura triturada pero completa. Hubo comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos en la mitad de los casos, principalmente, con el trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), trastorno negativista desafiante (TND) y, en dos casos con discapacidad intelectual leve. La pérdida de peso se dio en la mayoría de los casos. Sólo un caso no presentó pérdida de peso por consumo de alimentos hipercalóricos semilíquidos. En los 13 episodios informados (incluidas las recidivas), la disminución de peso osciló entre los 3 y 13 Kg. En dos de los casos se partía de un sobrepeso inicial (anterior al trastorno). Al inicio del tratamiento los valores de IMC

(Índice de Masa Corporal) fueron desde 13.8 a 23.2 Kg/m² y los percentiles inferiores a 25 se observaron en un 35% de la muestra (Fernández et al., 2011).

No fue posible realizar un análisis de los grupos alimentarios rechazados, ya que principalmente el rechazo se basaba en la textura del alimento. Los alimentos considerados "ansiógenos" (principalmente carne, pescado, pan y embutidos) se consumían de forma triturada en casi la mitad de los casos. Ante el cuadro clínico anterior a la intervención, la tendencia familiar fue la de aumentar la ingesta calórica, adaptando las texturas de los alimentos a las necesidades y solicitudes del paciente. En la mayoría de las historias consultadas no se anotaron los antecedentes psiquiátricos parentales, aunque en cuatro casos se filiaban trastornos ansiosos en el progenitor masculino. Sólo en dos casos se indicaba explícitamente que no había antecedentes familiares psiquiátricos de interés.

En cuanto al estilo educativo se identificaban dos casos con padre autoritario y madre sobreprotectora, y 8 casos con un estilo educativo sobreprotector familiar. Como consecuencias funcionales del trastorno, se podía destacar la dificultad en las relaciones familiares en un 69.2% de los casos, el abandono de las actividades recreativas en un 46.2% y la pérdida de relaciones con iguales y autoaislamiento en un 23.1%.

Una vez realizada la consulta, el tratamiento se instauró casi inmediatamente en el CSMIJ (máximo 11 días de espera), en régimen ambulatorio, con visitas semanales o quincenales, y en dos de los episodios directamente en hospitalización parcial, con tres sesiones

semanales de media para facilitar un tratamiento más intensivo, dada la gravedad del cuadro. Cuatro de los episodios iniciados en CSMIJ se trasladaron al Hospital de Día (HD) en un periodo aproximado de 15 días a tres meses, por escasa o nula respuesta al tratamiento inicial y/o por falta de seguimiento de pautas familiares.

El tratamiento en HD de la fobia a tragar se basó en el tratamiento cognitivo-conductual (TCC), incluyendo psicoeducación al paciente y a la familia, técnicas de relajación diferencial adaptada a la edad del niño, exposición progresiva en vivo a los estímulos ansiógenos, tareas para el hogar y el empleo de reforzadores de la conducta (materiales y sociales). En los 6 episodios tratados en HD, la media de estancia hasta la recuperación completa (establecimiento de unos parámetros de alimentación normalizados y equilibrados) fue de 31.2 días ($DT = 21$), precisando de un periodo posterior de seguimiento ambulatorio para prevenir recidivas. Teniendo en cuenta el periodo anterior de tratamiento en CSMIJ, en los casos que lo requirieron, esta media de tratamiento aumentó hasta los 58.5 días ($DT = 35.1$) para la resolución del problema.

El tratamiento psicológico mayoritario en CSMIJ fue el basado en el TCC, tratamiento idéntico al de HD pero menos intensivo en número de sesiones. Este tratamiento ambulatorio consiguió la recuperación completa del trastorno en 176.2 días de media ($DT = 141.7$), con control posterior para la prevención de recaídas. Dos episodios fueron tratados en CSMIJ con terapia psicoanalítica, consiguiendo uno la recuperación completa y otro parcial (alimentación selectiva pero equilibrada), con un total de 638.5 días de tratamiento medio ($DT = 427.8$) y seguimiento posterior. Ninguno de ellos fue remitido a hospitalización parcial.

En tres de los 13 casos fue añadido tratamiento farmacológico a la TCC, con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y/o benzodiazepinas. En uno de los episodios este tratamiento combinado tuvo que ser retirado por efectos secundarios indeseables (irritabilidad e insomnio de conciliación). No se modificó el tiempo de tratamiento medio en estos casos respecto al resto de episodios de características semejante, aunque en estos dos casos se produjo una recaída antes de los 12 meses.

En el seguimiento posterior realizado tras la recuperación completa o parcial del trastorno, que osciló entre los 3 y 12 meses, según necesidades y criterios de sus terapeutas referentes, sólo dos casos recidivaron entre los 8 y 11 meses posteriores. Estos dos casos tenían como características diferenciales que llevaban tratamiento combinado, habían sido tratados en régimen de CSMIJ+HD por su mayor gravedad, obtuvieron el alta tras seis meses de seguimiento, presentaban un estilo educativo parental de tipo sobreprotector y sus progenitores realizaban un manejo inconsistente de las pautas familiares ofrecidas en consulta. No obstante, la recidiva no se pudo atribuir a un factor causal debido al escaso número de casos.

Discusión

La baja incidencia del trastorno en la edad infantil y la escasa importancia que se le reconoce, repercute en el escaso número de publicaciones sobre el problema y a que no dispongamos hasta el momento de un tratamiento psicológico o farmacológico que reúna las garantías metodológicas para considerarse como bien establecido. Nuestra muestra es muy similar a la de otros estudios de casos (De Lucas-Taracena & Montañés-Rada, 2005; Okada et al., 2007), con un predominio femenino, antecedentes de sintomatología ansiosa (Bailey, de Chouly-de Lenclave, Dhaussy, Baert, & Turck, 2003; Banerjee, Bhandari, & Rosenberg, 2005; LeBeau et al., 2010), Trastorno por Défi-

cit de Atención con Hiperactividad (TDAH); o Trastorno Negativista Desafiante (TND) (Çiyiltepe & Türkbay, 2006), familias sobreprotectoras y con dificultades en el seguimiento de las pautas establecidas (De Roos & De Jongh, 2008; Montañés-Rada, De Lucas-Taracena, Martínez-Granero, & Sánchez-Romero, 2005).

A diferencia de la población adulta (De Lucas-Taracena & Montañés-Rada, 2006), el tiempo de evolución del trastorno en nuestra muestra es relativamente breve, facilitando un tratamiento precoz que puede resolver el problema en un espacio de tiempo más corto. En nuestra muestra, el establecimiento y la identificación del trastorno en el diagnóstico diferencial por parte de sus terapeutas referentes en la asistencia primaria y especializada, tal como recomiendan diferentes autores (Bailey et al., 2003; Çiyiltepe & Türkbay, 2006; De Lucas-Taracena & Ibarra, 2001; Zelikovsky, MacNaughton, & Geffken, 2001), redujo significativamente el tiempo de exposición a las dificultades funcionales del trastorno (Baijens et al., 2013; García-de Ribera et al., 2010). Aunque en muchos casos el inicio del tratamiento se produjo cuando se había eliminado de la dieta todo producto sólido. Teniendo en cuenta el carácter de reducción gradual de los alimentos en su dieta, en la mayoría de casos, una identificación prematura podría facilitar el tratamiento al disminuir el listado de alimentos rechazados inicialmente.

Los antecedentes de atragantamiento previo en nuestra muestra, son algo inferiores que los descritos en la literatura (De Lucas-Taracena & Montañés-Rada, 2005), pero con similares alimentos en los sucesos traumáticos descritos. Asimismo, la alimentación selectiva anterior al trastorno se produce solamente en casi la mitad de los casos.

Dos aspectos poco explorados en nuestro estudio fueron el de la psicopatología parental y el carácter premórbido del niño, que mayoritariamente no eran anotados en las historias clínicas, pero que pensamos que podrían ser un dato de interés debido a sus referencias en distintos artículos (De Lucas-Taracena & Montañés-Rada, 2005; Okada et al., 2007) como factor de riesgo o mantenimiento del trastorno. La pérdida de peso en nuestra muestra fue muy similar a la presentada en otras series de casos (De Lucas-Taracena & Montañés-Rada, 2005); aunque sólo la tercera parte de los casos se encontraban por debajo del percentil 25 del IMC para su grupo de edad. Existieron pérdidas ponderales superiores a los 10 Kg. en un espacio de tiempo corto, que podían comprometer su desarrollo puberal.

Una cuestión poco valorada en la literatura han sido las consecuencias negativas derivadas del trastorno (Banerjee et al., 2005), tales como, las dificultades de relación familiar centrada en el conflicto por la alimentación y las dificultades en la deglución, pérdida de actividad social con iguales y de actividades relacionales debido al carácter socializador de la alimentación en la infancia y adolescencia. En el seguimiento posterior, tras la recuperación del trastorno, más allá de la prevención de recaídas, estas consecuencias se deben abordar con especial cuidado, con la finalidad de evitar el retraimiento a nivel familiar y grupal del niño o adolescente, favoreciendo el normal desarrollo social normativo correspondiente a su edad. La sobreprotección familiar no facilitó el cumplimiento de las pautas establecidas, aunque a nivel general, uno de los pilares del éxito en la recuperación del trastorno fue debido posiblemente a la aplicación de las pautas conductuales de forma coherente y sistemática durante las diferentes fases del tratamiento, tras un inicial periodo de resistencia familiar hacia las directrices terapéuticas (Lopes, Melo, Curral, Coelho, & Roma-Torres, 2014).

El tratamiento basado en la TCC que mayoritariamente se ha empleado en nuestra muestra, es el más común en los artículos publicados en la edad pediátrica, ya sea como tratamiento aislado

o combinado con la terapia farmacológica (Bailly et al., 2003; Chor-pita, Vitali, & Barlow, 1997; Çiyiltepe et al., 2006; de Lucas-Taracena et al., 2001, 2005; García-de Ribera et al., 2010; Geffken, Sajid, & MacNaughton, 2005; Gómez-Mayorga, & del Barrio-Gándara, 2002; Montañés-Rada et al., 2005; Okada et al., 2007; Zelikovsky et al., 2001), mostrándose efectivo en el tratamiento de la fobia a tragar (Baijens et al., 2013). En nuestro caso, al igual que en el estudio de Burklow y Linscheid (2004), con la TCC y el tratamiento intensivo se consiguen resultados efectivos a más corto plazo, disminuyendo significativamente el tiempo de resolución del problema. El tratamiento en hospitalización parcial permitió realizar un abordaje interdisciplinar y de alta frecuencia en número de sesiones, sin desvincular al niño o adolescente de su ambiente habitual, favoreciendo así el restablecimiento de las consecuencias funcionales del trastorno. Lamentablemente, no se han podido comparar los resultados con el tratamiento de terapia psicoanalítica, al no haberse encontrado ninguna publicación en este sentido centrada en la fobia a atragantarse. Por otro lado, señalar que el estudio de De Roos y De Jongh (2008) muestra excelentes resultados con la intervención basada en EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares), aunque faltan estudios que comparen estos resultados con los obtenidos con otro tipo de terapias.

En cuanto a los resultados obtenidos por los distintos autores antes citados, existe una gran variabilidad en los distintos artículos. La recuperación completa es mayoritaria en gran parte de los estudios publicados, pero existen algunos casos de recidiva o evolución del problema en las distintas series de casos presentadas. Para poder evaluar los casos de recidiva, sería preciso controlar las variables diferenciales con la finalidad de poder establecer los factores causales de la recaída en un número mayor de casos estudiados.

Ésta es la mayor serie de casos clínicos de fobia a tragar publicada en un estudio original, en la que se ha intentado dar cierta prioridad al establecimiento de las principales variables que podrían favorecer, mantener o proteger del trastorno, a la vez que influir en los resultados terapéuticos obtenidos. Al tratarse de un estudio retrospectivo, una de las grandes limitaciones ha sido la pérdida de datos de algunos casos, al no estar estos reflejados en la historia clínica del paciente debido a la inexistencia de una guía específica de diagnóstico y tratamiento.

Para la valoración global del trastorno es necesaria una visión holística de la afectación en todas las áreas del niño y de la familia, que incluya variables tales como: severidad del trastorno, tiempo de evolución, posibles desencadenantes, factores mantenedores, diagnósticos comórbidos o sintomatología predominante, interacción parental y con iguales, protocolo terapéutico seguido y resultado del seguimiento a largo plazo.

El diseño y elaboración de un protocolo asistencial del trastorno facilitaría una homogeneidad en la valoración, evaluación y tratamiento del problema. Este protocolo debería definir los criterios de evaluación y tratamiento del trastorno, basándonos en los datos obtenidos, comparables a otros estudios de casos existentes, ofreciendo a los profesionales una guía inequívoca del proceso de tratamiento, mediante la disposición de los materiales necesarios y la descripción de las técnicas más eficaces. Es necesario el conocimiento extenso de este cuadro por parte de los agentes primarios de salud, con la finalidad de poder instaurar una terapia eficaz lo más tempranamente posible en el propio núcleo familiar, debido a la buena respuesta que los niños y adolescentes suelen tener y dado el aumento en la descripción de casos de este trastorno.

Conflicto de intereses

Los autores de este trabajo declaran que no existe conflicto de intereses.

Artículo recibido: 29/04/2017

Aceptado: 11/07/2017

Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Editorial Médica Panamericana.
- Bailly, D., de Chouly-de Lenclave, M. B., Dhaussy, S., Baert, F., & Turck, D. (2003). La phobie de déglutition chez l'enfant : Un diagnostic différentiel de l'anorexie mentale. *Archives de Pédiatrie*, 10(4), 337-339. doi: 10.1016/S0929-693X(03)00332-4.
- Baijens, L. W., Koetsenruijter, K., & Pilz, W. (2013). Diagnosis and treatment of phagophobia: A review. *Dysphagia*, 28(2), 260-270. doi: 10.1007/s00455-013-9454-0
- Banerjee, S. P., Bhandari, R. P., & Rosenberg, D. R. (2005). Use of low-dose selective serotonin reuptake inhibitors for severe, refractory choking phobia in childhood. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 26(2), 123-127.
- Burklow, K. A., & Linscheid, T. (2004). Rapid inpatient behavioral treatment for choking phobia in children. *Children's Health Care*, 33(2), 93-107. doi:10.1207/s15326888chc3302_1
- Chor-pita, B. F., Vitali, A. E., & Barlow, D. H. (1997). Behavioral treatment of choking phobia in an adolescent: An experimental analysis. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 28(4), 307-315. doi: 10.1016/S0005-7916(97)00027-X
- Çiyiltepe, M., & Türkbay, T. (2006). Phagophobia: A case report. *The Turkish Journal of Pediatrics*, 48(1), 80-84.
- De Lucas-Taracena, M. T., & Montañés-Rada, F. (2005). Fobia a atragantarse en la infancia y adolescencia. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 22(3), 92-101.
- De Lucas-Taracena, M. T., & Montañés-Rada, F. (2006). Fobia a tragar: clínica, diagnóstico y tratamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 34(5), 309-316.
- De Lucas-Taracena, M. T., & Ibarra, I. (2001). Fobia a tragar: a propósito de un caso. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 29(6), 411-413.
- De Roos, C., & de Jongh, A. (2008). EMDR treatment of children and adolescents with a choking phobia. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(3), 201-211. doi: 10.1891/1933-3196.2.3.201
- Fernández, C., Lorenzo, H., Vrotsou, K., Aresti, U., Rica, I., & Sánchez, E. (2011). *Estudio de Crecimiento de Bilbao: curvas y tablas de crecimiento*. Bilbao: Fundación Faustino Orbeagozo.
- García-de Ribera, C., Marugán-de Miguelsanz, J. M., Geijo-Urbe, S., & Imaz-Roncero, C. (2010). Miedo al atragantamiento: ¿trastorno alimentario o fobia específica? *Boletín de Pediatría*, 50(211), 25-27. Recuperado de <http://www.sccalp.org/bulletins/85>
- Geffken, G., Sajid, M., & MacNaughton, K. (2005). The course of childhood OCD, its antecedents, onset, comorbidities, remission, and reemergence: A 12-year case report. *Clinical Case Studies*, 4(4), 380-394. doi: 10.1177/1534650103259751
- Gómez-Mayorga, M. E., & del Barrio-Gándara, M. V. (2002). Tratamiento de la fobia a tragar: estudio de un caso. *Acción Psicológica*, 1(3), 273-284. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:AccionPsicologica2002-numero3-0006ydsID=pdf>.

- LeBeau, R. T., Glenn, D., Liao, B., Wittchen, H. U., Beesdo-Baum, K., Ollendick, T., & Craske, M. G. (2010). Specific phobia: A review of DSM-IV specific phobia and preliminary recommendations for DSM-V. *Depression and Anxiety*, 27(2), 148-167. doi: 10.1002/da.20655
- Lopes, R., Melo, R., Curral, R., Coelho, R., & Roma-Torres, A. (2014). A case of choking phobia: towards a conceptual approach. *Eating and Weight Disorders*, 19, 125-131.
- López-Guimerà, G., & Sánchez-Carracedo, D. (2010). *Prevención de las alteraciones alimentarias: Fundamentos teóricos y recursos prácticos*. Madrid: Pirámide.
- Montañés-Rada, F., De Lucas-Taracena, M. T., Martínez-Granero, M. A., & Sánchez-Romero, S. (2005). Fobia a tragar: Presentación clínica de una serie de nueve casos. *Anales de Psiquiatría*, 21(6), 289-296.
- Okada, A., Tsukamoto, C., Hosogi, M., Yamanaka, E., Watanabe, K., Ootyou, K., & Morishima, T. (2007). A study of psycho-pathology and treatment of children with phagophobia. *Acta Medica Okayama*, 61(5), 261-269. Recuperado de http://www.lib.okayama-u.ac.jp/www/acta/pdf/61_5_261.pdf
- Wolitzky-Taylor, K. B., Horowitz, J. D., Powers, M. B., & Telch, M. J. (2010). Estrategias psicológicas en el tratamiento de fobias específicas: Un meta-análisis. *Revista de Toxicomanías*, 61, 3-20. Recuperado de <http://www.cat-barcelona.com/pdfret/Ret61-1.pdf>
- Zelikovsky, N., MacNaughton, K. L., & Geffken, G. R. (2001). A review of choking phobia in children: Diagnosis, assessment, and treatment. *Journal of Psychological Practice*, 7(1), 23-32.