

*Fobia a la alimentación
oral tras alimentación
parenteral: tratamiento de
un niño de 30 meses*

*Feeding phobia after
parenteral feeding: the
treatment of a 30 months-
old child*

40

¹ Conde-García, Rafael;
² González-Barroso, Ana-Rosa;
² Herrera-Rodríguez, Sara;
² Álvarez-Fernández, Sonia

¹ Psicólogo clínico. Centro Integral de Diagnóstico y Tratamiento "Francisco Díaz". Área "S". Salud Mental. Programa de niños y adolescentes. C/Octavio Paz, s/n. 28806. Alcalá de Henares. Madrid.

² Psicólogo interno residente. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid.

Correspondencia:

Rafael Conde García.
Centro de Salud Mental Infantojuvenil. CIDT
Francisco Díaz.
C/ Octavio Paz n10
28806, Alcalá de Henares, Madrid
Telf. 91 889 56 62
Correo electrónico: rafacongar@gmail.com

Financiación y conflictos de intereses

El artículo se llevó a cabo sin financiación externa.
Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

RESUMEN

La fobia a la alimentación, fobia a tragar o fobia a atragantarse es una patología frecuente en la clínica pero poco estudiada desde el punto de vista científico. Si bien este trastorno no se encuentra recogido en ninguna de las clasificaciones diagnósticas actuales, el interés despertado desde el ámbito clínico ha hecho proliferar numerosos estudios de casos. El objetivo de esta publicación es la presentación de un caso clínico, así como la intervención llevada a cabo desde el servicio de Salud Mental Infanto Juvenil en coordinación con Atención Primaria y Atención Temprana. Se trata de un varón de 30 meses de edad que presentaba rechazo a la ingesta de alimentos sólidos tras intervención con gastrostomía por reflujo gastroesofágico. Desde Salud Mental se puso en marcha un programa de modificación de conducta para la progresiva incorporación de alimentación vía oral y la retirada de alimentación vía parenteral. Se consiguió la

total restitución de la alimentación oral a los seis meses de intervención.

Palabras clave: Trastornos fóbicos, Trastornos de la alimentación en la infancia, nutrición parenteral, Modificación de conducta.

ABSTRACT

Feeding phobia; swallow phobia or choking phobia are frequent pathologies in clinical practice but barely studied in a scientific way. Although this disease is not under any of the clinical classifications, it has drawn the clinicians' attention and it has generated a considerable body of research through clinical case studies. The purpose of this paper is the presentation of a clinical case and the intervention carried out from Childhood Mental Health Services in coordination with Primary Attention Services and Early Childhood Intervention Services. It is about a 30-months-old child who presented refusal

behaviour to ingest solid food after an intervention with gastrostomy for gastroesophageal reflux. From Mental Health Services, a behavioural modification program was carried out, with the purpose of a progressive incorporation of oral feeding and the withdrawal of parental nutrition. It was achieved a complete restitution of oral feeding after six months of treatment.

Keywords: Phobic Disorders, Feeding and Eating Disorders of Childhood, Parenteral Nutrition, Behaviour Modification.

INTRODUCCIÓN

Los problemas relacionados con la ingestión y la alimentación durante la infancia constituyen una de las demandas más habituales en los servicios de atención infanto-juvenil, tanto a nivel de Atención Primaria, como en Atención Especializada.

La fobia a la alimentación no tiene entidad nosológica propia, por lo que incluso el concepto está pobremente delimitado, encontrando numerosas formas de aludir al mismo. Este fenómeno ha sido descrito en la literatura, tanto de patología infantil como “fobia a la alimentación” como en la de adultos, “fobia a atragantarse”¹; “fobia a tragar”² o “miedo a comer”³. Aunque cada uno de ellos cuenta con matices distintos, en la mayoría de los casos se utilizan indistintamente para aludir al rechazo de la persona a tomar alimentos sólidos, teniendo la ansiedad como común denominador⁴. Si bien, el concepto de fobia a tragar (swallow phobia) es más general, ya que incluye casos en los que el miedo no es a atragantarse, sino, por ejemplo, al dolor que podría provocar esto; el más frecuente en la literatura es el de fobia a atragantarse (choking phobia). Éste ha sido descrito como un trastorno caracterizado por un intenso miedo a atragantarse, con presencia de conductas de evitación y escape consistentes en una restricción tanto cualitativa como cuantitativa de comida sólida, bebidas o pastillas en ausencia de problemas anatómicos o fisiológicos⁵.

Este trastorno puede asociarse a importantes complicaciones orgánicas (como deshidratación y pérdida de peso) o psiquiátricas (como retraso en el desarrollo, problemas de relación o trastornos de ansiedad), por lo que el diagnóstico y la intervención precoces son clave⁶. Sin embargo, las grandes clasificaciones diagnósticas no lo recogen, pudiendo codificarse dentro de los trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez; o como fobia específica, dentro del apartado otros tipos.

La prevalencia y pronóstico a largo plazo de este tipo de fobia son desconocidos, debido a que se ha prestado poca atención al estudio empírico de ésta. La mayoría de la literatura recoge estudios de casos, la mayor parte de ellos en población adulta, dejando la población infantil con menor cuerpo de investigación.

En lo referente a la etiología, se ha especulado que la aparición del trastorno la desencadenaría un suceso traumático de atragantamiento, tras el cual se desarrollaría el miedo a tragar y a atragantarse durante la ingestión^{7,1,8}. En los años 80 se llegó a proponer el concepto de Trastorno de la alimentación post traumático, acuñado por Chatoor, Conley y Dickson⁷ para describir aquellos casos en los que episodios previos de atragantamiento se acompañaron de miedo a morir. Sin embargo, también otros factores estresantes pueden desencadenar el trastorno, como la disrupción de la rutina normal de la familia por la preocupación de los padres por normalizar la ingesta y la negativa de los niños a comer⁸. De esta forma, la ansiedad de los padres podría exacerbar las tensiones que rodean la hora de la comida⁹. Scemes y cols hipotetizan que los incidentes con la comida, junto con un estilo de vida aversivo, pueden formar un amplio abanico de estímulos, de los cuales la comida entra a formar parte¹⁰. Por otro lado, este tipo de trastorno está a menudo relacionado con condiciones en las que el niño experimenta un dolor o disconfort tras tragar comida, lo que condiciona aversivamente la conducta de tragar. Es frecuente, por ejemplo, que aparezca relacionado con el Reflujo Gastroesofágico (RGEE).

CASO CLÍNICO

Varón de 30 meses que acude a consulta ambulatoria de Salud Mental Infanto Juvenil derivado desde el servicio de pediatría por presentar rechazo a la ingesta de alimentos sólidos.

A los 3 meses y medio de edad, el paciente ingresa en el Servicio de Gastroenterología por presentar RGEE acompañado de incoordinación deglutoria, que requirió intervención quirúrgica laparoscópica mediante la técnica de Nissen y gastrostomía. Al alta, recibe alimentación vía parenteral combinándose progresivamente con alimentación oral. El niño presenta desde el inicio conductas de agitación e irritabilidad cada vez que veía algún signo anticipatorio de que los padres le iban a intentar dar la comida, salvo cuando la alimentación era por sonda. A los 5 meses de edad, es derivado a los servicios de Aten-

ción Temprana por presentar retraso madurativo donde es tratado con técnicas de estimulación global, trabajando aspectos motores, de autonomía, de comunicación-lenguaje y perceptivo-cognitivos. A los 30 meses de edad acude a Salud Mental donde se aborda la fobia a la alimentación en coordinación con otros servicios. Al finalizar la intervención es derivado a Logopedia para trabajar problemas en el lenguaje expresivo tales como un inadecuado uso de la voz que finalmente llega a producir una disfonía, así como dificultades leves de interacción con iguales. Esto, junto con algunas limitaciones en el área de la autonomía personal (aseo y ducha), podrían evolucionar en conductas disruptivas, por lo que actualmente se continúa la intervención centrada en estos aspectos.

TRATAMIENTO

Desde Salud Mental, se puso en marcha un programa de terapia conductual centrado en eliminar las conductas de evitación a la comida. Por otra parte, desde las consultas pediátricas se llevó a cabo el control del peso y la talla, así como el seguimiento de la patología orgánica (RGEE).

Una vez establecida la línea base, se diseñó el plan basado en la reducción paulatina de la alimentación vía parenteral y paralelamente el aumento progresivo de la alimentación vía oral (ver Tabla 1), generalizándose

gradualmente a todas las tomas.

Para conseguir la reducción de las conductas disruptivas que funcionaban como mecanismo de evitación de la comida, se utilizó un programa de modificación de conducta basado en la Desensibilización Sistemática (DS). La DS se basa en la asociación del estímulo temido con una respuesta emocional incompatible con la ansiedad,

Semanas		Desayuno	Almuerzo	Comida	Merienda	Cena
Línea base	PARENTERAL	350 gr	0	350 gr	0	350gr
	ORAL	0	0	0	0	0
2 semanas	PARENTERAL	300 gr	0	200 gr		150 gr
	ORAL	0	0	100 gr	Si permite	200 gr
4 semanas	PARENTERAL	250 gr	0	200 gr		150 gr
	ORAL	Alimentos conocidos		Alimentos conocidos		Alimentos conocidos

de forma que ésta última se eliminaría por *contracondicionamiento*.

En este caso, dicho programa se estableció de la siguiente manera:

- Se proporcionó psicoeducación, tanto al paciente como a los padres sobre el problema y el tratamiento, involucrando de forma activa a los padres en la intervención.
- Se entrenó a los padres para que los momentos de la

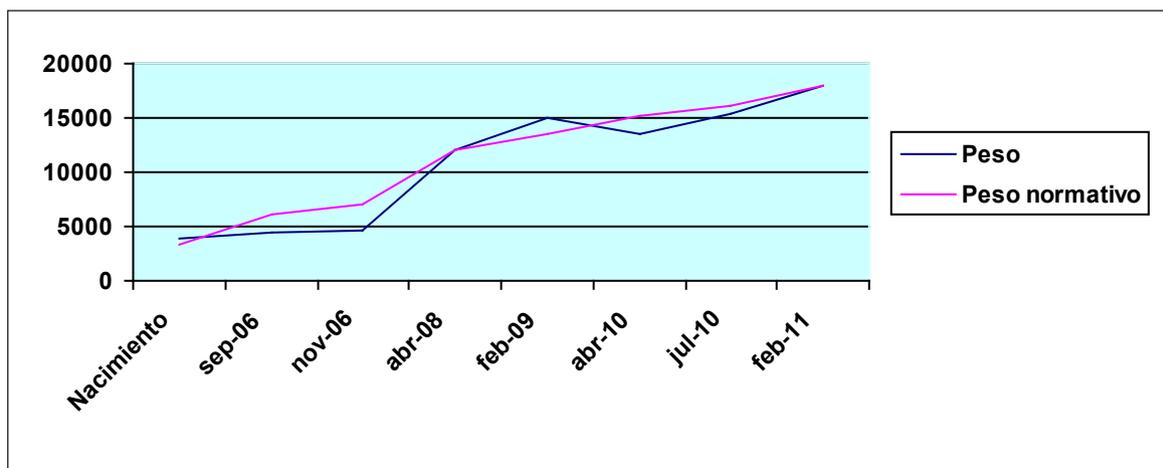


Figura 1. Desarrollo ponderal durante la intervención *Gastrostomía en Octubre de 2006

comida fueran situaciones agradables para el paciente, sin presiones; de forma que la situación fóbica fuera asociándose con estímulos positivos.

- Se hizo especial hincapié en el refuerzo positivo por parte de los padres, de tal forma que se fuera consolidando cada progreso y haciendo protagonista del cambio al propio paciente.

A las cuatro semanas de comenzar la retirada paulatina de la alimentación vía parenteral, los cambios propuestos se habían consolidado, consiguiendo la exposición del niño a la deglución.

Tras seis meses de intervención, las conductas de evitación desaparecieron y se restituyó completamente la alimentación vía oral, por lo que finalmente fue retirada la sonda de gastrostomía mediante intervención quirúrgica. En el momento actual sus hábitos de alimentación se han normalizado y ha ido recuperando paulatinamente un peso adecuado a su edad (ver Figura 1).

DISCUSION

Aunque ha quedado relegada a un diagnóstico residual dentro de las fobias específicas, tal y como se ilustra en este caso clínico, interfiere de forma significativa en la vida de los pacientes, especialmente de los niños, ya que puede retrasar e incluso impedir el desarrollo, tanto a nivel físico, como a nivel cognitivo, emocional y relacional.

El tratamiento de este tipo de trastornos precisa de una intervención desde un modelo integral, que requiere la coordinación de los distintos profesionales involucrados en la atención del paciente, así como por la ineludible implicación de los familiares.

La intervención realizada desde Salud Mental, parte de un planteamiento sencillo y aplicable desde los Servicios de Salud Públicos, pero cuya eficacia se vería reducida sin la intervención precoz y coordinada de los distintos profesionales implicados.

BIBLIOGRAFIA

1. McNally RJ. Choking phobia: a review of the literature. *Compr Psychiatry*. 1994 Jan-Feb;35(1):83-9.
2. Shapiro J, Franko DL y Gagne A. Phagophobia: a form of psychogenic dysphagia. A new entity. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1997 Apr;106(4):286-90.
3. Nock MK. A multiple baseline evaluation of the treatment of food phobia in a young boy. *J Behav Ther Psychiatry*, 2002 Sep-Dec: 33(3-4): 217-25.
4. Evans IM y Pachtel P. (2011). Phagophobia: Behavioural Treatment of a Complex Case Involving Fear of Fear. *Clinical Case Studies*. 2011; 10.
5. Chorpita BF, Vitali AE, Barlow DH. Behavioral treatment of choking phobia in an adolescent: an experimental analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1997;28(4):307-15.
6. De Lucas-Taracena MT, Montañes-Rada F. Fobia a tragar: clínica, diagnóstico y tratamiento. *Actas Esp Psiquiatr*. 2006;34(5):309-16.
7. Chatoor I, Conley C y Dickson L. Food refusal after an incident of choking: a posttraumatic eating disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1988 Jan; 27 (1): 105-10.
8. Singer LT, Ambuel B, Wade S y Jaffe AC. Cognitive-behavioural treatment of health impairing food phobias in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1992 Sep; 31 (5): 847-52.
9. Okada, A., Tsukamoto, C., Hosogi, M., Yamanka, E., Watanabe, K., Ootyou, K., & Morishima, T. A study of psycho-pathology and treatment of children with phagophobia. *Acta Medica Okayam*. 2007: 61:261-269.
10. Scemes S, Wielenska RC, Gentil Savoia M y Bernik M. Choking phobia: full remission following behavior therapy. *Rev Bras Psiquiatr*. 2009. 31(3):257-60.