

Emetofobia: conceptualización y tratamiento de la fobia específica a vomitar (SPOV) a partir de un caso clínico

Emetophobia: conceptualization and treatment of specific phobia of vomiting (SPOV) based on a clinical case

Lic. Cinthia Vanessa Ortiz

Coordinadora del Equipo de Ansiedad - Fundación Aiglé
cinthiavortiz@gmail.com

Resumen: La emetofobia se define como el miedo específico a vomitar y la evitación de conductas o situaciones asociadas a vomitar o experimentar náuseas. El DSM-5-TR (APA, 2022) especifica esta condición como una Fobia Específica: de tipo “Otro: Vómitos” (SPOV por sus siglas en inglés). Se estima que, si bien la emetofobia parece ser poco frecuente en población general, presenta mayores tasas de interferencia y demanda de tratamiento que otros tipos de fobia más extendidos. A su vez, debido al solapamiento de características con otros trastornos, puede ser más difícil de reconocer y diagnosticar y, por lo tanto, verse obstaculizado el acceso al tratamiento adecuado. En comparación con otros tipos de fobia específica, la emetofobia no cuenta con mucha investigación en su haber, de hecho, carece de estudios empíricos bien diseñados y controlados. Sin embargo, existen algunos estudios que exploran sus características centrales, factores etiológicos, comorbilidades frecuentes y epidemiología; así como otros que se centraron en diseñar medidas válidas y confiables de evaluación y proponer opciones de tratamientos efectivas para reducir la sintomatología específica y el malestar asociado al trastorno (Keyes, 2018). Partiendo de estos aportes se presenta la formulación y puesta en marcha del abordaje psicoterapéutico de un caso clínico de Fobia Específica a Vomitar.

Palabras clave: emetofobia; fobia específica a vomitar; SPOV; trastornos de ansiedad; psicoterapia.

Abstract: Emetophobia is defined as a specific fear of vomiting and avoidance of behaviors or situations associated with vomiting or nausea. The DSM-5-TR (APA, 2022) specifies this condition as a Specific Phobia: Other: Vomiting (SPOV). Although emetophobia appears to be rare in community samples, it is estimated that presents higher rates of interference and treatment demand than other more widespread types of phobias. In addition, given the charac-

teristics overlap with other disorders, it may be more difficult to recognize and diagnose and, therefore, access to appropriate treatment may be hindered. Compared to other types of specific phobia, emetophobia does not have much research to its credit, in fact, lack of well-designed and controlled empirical studies. However, there are some studies that explore the core characteristics, etiological factors, frequent comorbidities and epidemiology; as well as others that focused on designing valid and reliable assessment measures and proposing effective treatment options to reduce symptoms and linked distress (Keyes, 2018). Based on these contributions, the formulation and implementation of the psychotherapeutic approach to a clinical case of Specific Phobia of Vomiting is presented.

Keywords: emetophobia; specific phobia vomiting; SPOV; anxiety disorders; psychotherapy.

1. Caracterización

La fobia específica a vomitar se caracteriza por un miedo intenso de la persona a vomitar y/o a que alguien vomite en su presencia, fundamentalmente por la posibilidad de que pueda hacerlo sobre ella o le “contagie” la reacción. Producto de dicho temor, quien la padece tiende a evitar una serie de estímulos que asocia con la posibilidad de que la situación indeseada se desencadene: modificando su conducta alimentaria (al restringir cierto tipo de alimentos que evalúa como más proclives a generar una intoxicación, evitar comer comida que no haya sido preparada por ellos mismos o alguien de confianza y cocinar excesivamente los alimentos por la misma razón, restringir los tamaños de las porciones y variedad de comidas para evitar indigestiones); abandonando cierto tipo de actividades que piensan podrían generarles náuseas o vómitos (como subir a una montaña rusa, viajar en barco, tomar alcohol o hacer actividad física si han comido previamente); limitando el contacto con personas que consideran más

propensas a vomitar (niños, enfermos, embarazadas, personas alcoholizadas); pudiendo incluso negarse a llevar adelante ciertos tratamientos o intervenciones médicas, o un embarazo, para no atravesar por la posibilidad de experimentar náuseas y vómitos.

La emetofobia es uno de los trastornos de ansiedad menos estudiados y, por lo tanto, menos comprendidos y conceptualmente desarrollados. Se incluye dentro del tipo residual “otras” en la categoría Fobias Específicas de los manuales diagnósticos o dentro de la categoría “misceláneas” en investigaciones científicas sobre los trastornos mentales, argumentándose que es un trastorno muy poco frecuente; solo uno de los estudios epidemiológicos que indagan la prevalencia de las fobias específicas discrimina la fobia a vomitar, arrojando como resultado el 0,1% anual en mujeres y 0,2% a lo largo de la vida (Becker et. al.; 2007).

Sin embargo, una serie de estudiosos del trastorno sostienen que es posible que los valores de prevalencia y su relevancia clínica se hayan visto subestimados por deficiencias diagnósticas, producto de su relegamiento en las diferentes versiones del DSM y la CIE, así como por el solapamiento sintomático con otros trastornos (Riddle-Walker et. al., 2012). De hecho, existen algunos estudios aislados que relevan la prevalencia del miedo a vomitar en población general arrojando resultados del 1,7- 3,1% en hombres y del 6-7% en mujeres, aunque no consideran estrictamente los criterios diagnósticos de la fobia específica a vomitar (van Hout, 2011; van Overveld et. al., 2012; Veale, 2009). Consistentemente con estos hallazgos, existe un estudio con una muestra de 547 estudiantes británicos entre los que el miedo a vomitar obtuvo el puesto número 16 en una lista de 88 temores, por sobre el miedo a las arañas y las alturas, asociados a los tipos de fobias más investigadas y relevadas (Boschen, 2007; Hunter, 2009).

Pero no sólo los estudios epidemiológicos han ignorado la emetofobia, sino también los modelos explicativos que intentan dar cuenta de la presentación clínica de las fobias específicas y desarrollar diseños de tratamiento acorde. Dicha falta de atención y conocimiento de la naturaleza del trastorno no se condice con la percepción clínica de su impacto, ostentando mayor severidad que otras fobias específicas por el tipo de conductas de evitación que involucra y asociándose a un curso crónico de inicio precoz, en la medida que al momento de la consulta la media de duración del trastorno ronda los 20 años y un grupo significativo de pacientes no informa haber transitado por períodos de remisión. Estas apreciaciones clínicas encuentran respaldo en estudios aislados de caso único y un único estudio con una muestra más amplia, de 56 emetofóbicos (Boschen, 2007; Veale, 2009; Riddle-Walker et. al., 2012;

Kannappan & Middleman, 2020).

Desde nuestra perspectiva compartimos las apreciaciones antes descriptas y consideramos que la dificultad para dar cuenta de esta experiencia disfuncional obedece también a limitaciones de la nosología categorial, en la medida que su fenomenología remite a un área de intersección entre la fobia específica y el trastorno por pánico, incorporando también características del trastorno obsesivo-compulsivo, la ansiedad por la salud, la ansiedad social y la anorexia, entidades clínicas con las que incluso puede presentar comorbilidad producto de la evolución del trastorno a lo largo de los años (Olatunji & McKay, 2009; Sykes et al., 2016).

1.1. Diagnóstico diferencial

Con las fobias específicas la emetofobia comparte lo focalizado de sus reacciones frente una serie de estímulos y situaciones determinadas, la edad de inicio del trastorno (entre los 8 y 18 años) y las características de su adquisición, pero se distingue del resto en que la fuente de temor obedece predominantemente a señales interoceptivas; aun cuando el paciente teme ver a otro vomitar o ver el vómito en sí, suele asociarse a las reacciones de aversión que ello provoca en su propio cuerpo, pudiendo generarle malestar estomacal, náuseas o arcadas que interpreta como la posibilidad de terminar él mismo vomitando (sensibilidad al asco). Es en este punto donde surge su nexo con el trastorno por pánico, al identificar las sensaciones físicas como fuente de amenaza, sin embargo, lo pacientes emetofóbicos no padecen ataques de pánico “inesperados” ni ponen el foco de su temor en la repetición de los mismos, salvo que vayan acompañados de náuseas y malestar gástrico que puedan interpretar como un riesgo adicional de vomitar, sumado a que tienen miedo de vomitar más allá del contexto de las reacciones agudas de ansiedad, ya sea por una indigestión, un medicamento, una enfermedad, vértigo, entre otras.

Tal como describen Veale y colaboradores (2012), también pueden identificarse en los pacientes con fobia específica a vomitar síntomas compatibles con TOC vinculados al miedo a la contaminación como el lavado compulsivo de manos y esterilización de la cocina, así como comportamientos supersticiosos orientados a prevenir el vómito; igualmente puede confundirse con un trastorno de ansiedad por la salud producto del grado de preocupación, búsqueda de reaseguro y conductas de chequeo frente a la posibilidad de una intoxicación u otra afección estomacal o intestinal que pudiera llevarlos a vomitar; por otro lado, producto de las alteraciones de la conducta alimentaria en relación a la selección y restricción de ali-

mentos pueden incluso llevar al paciente a un bajo peso, dando pautas para pensar en una anorexia nerviosa, aunque estos pacientes no presentan una distorsión de la imagen corporal e incluso padecen por mantener un peso por debajo de lo saludable; finalmente, es frecuente que la posibilidad de vomitar en público implique niveles mayores de ansiedad que pensar en hacerlo a solas, lo que conlleva también cierto componente de ansiedad social.

Sin embargo, en todos los casos enunciados el foco siempre sigue estando en el miedo a vomitar como eje conductor de la disfunción, acompañado de una serie de conductas de evitación y reaseguro destinadas a eludir esta posibilidad, lo que no quita que a lo largo de la evolución del trastorno puedan ir sumándose cualquiera de los trastornos descritos como entidades comórbidas, de ahí la relevancia de poder deslindar claramente el origen de la disfunción, trastornos secundarios asociados y el foco principal del malestar actual para definir prioridades al momento del diseño de tratamiento.

1.2. Modelos explicativos

El vínculo entre el asco y el miedo a la contaminación han sido estudiado en el contexto de las fobias específicas, especialmente en la fobia a animales pequeños y a la sangre las inyecciones y heridas. Particular relevancia adquieren en el contexto de la emetofobia, en la medida que el vómito en sí mismo es uno de los pocos disparadores de asco aceptados universalmente, así como la respuesta fisiológica paradigmática de defensa contra la contaminación oral acompañada en el repertorio filogenético por la emoción de asco y repertorios comportamentales de evitación. No es menor el hecho de que la mayoría de los trastornos que acabamos de mencionar por su solapamiento diagnóstico y comorbilidad frecuente con la fobia específica a vomitar tengan también un fuerte vínculo con esta emoción (TOC, anorexia nerviosa, ansiedad por la salud) (Olatunji & McKay, 2009). Tanto el asco rasgo como la sensibilidad al asco parecen desempeñar simultáneamente el papel de factores predisponentes y de mantenimiento de la disfunción, aunque es definitivamente la sensibilidad al asco el mejor predictor del trastorno emetofóbico (van Overveld, et. al., 2008).

Boschen (2007) fue el primero en profundizar en el modelo explicativo de la emetofobia. Partiendo de los modelos cognitivo-conductuales de la ansiedad, sostiene que todas las disfunciones actualmente clasificadas como trastornos de ansiedad presentan niveles elevados de activación fisiológica (generalizada o episódica), conductas de evitación (abierta o encubierta), conductas de seguridad / neutralización (nuevamente, abiertas o encubiertas), alteración de la

atención y creencias características de autoeficacia y expectativa, y que estos síntomas de ansiedad generalmente ocurren en respuesta a un estímulo particular: cognición, señal interoceptiva o situación. De las características de ansiedad enumeradas anteriormente, Boschen acentúa la activación fisiológica como un elemento clave en la fobia específica a vomitar, especialmente considerando que varios de los síntomas somáticos de ansiedad se experimentan como síntomas gastrointestinales, incluyendo náuseas, hinchazón, estreñimiento, diarrea y la sensación de “mariposas en la panza”.

Un aporte interesante siguiendo esta línea es el estudio experimental de de Jong (et. al. 2011) sobre las respuestas del sistema nervioso autónomo (SNA) frente a la exposición sostenida a un video incitador de asco; durante el experimento los participantes mostraron aumento parasimpático de la actividad cardíaca y digestiva del SNA, junto con una mayor activación simpática del sistema cardíaco. Los autores concluyen que, partiendo de la hipótesis de que el asco nuclear proviene de una respuesta de abstinencia con respecto a la incorporación oral de contaminantes potenciales, tendría sentido que active los componentes digestivos del SNA (p. ej., Producción de saliva, náuseas); este tipo de regulación gastrointestinal está típicamente controlada por el sistema nervioso parasimpático cuya activación aumentada también puede expresarse en un tono vagal mejorado que influye en el sistema cardíaco, mientras que el aumento concurrente en la activación simpática inducida por el asco podría apoyar los requisitos metabólicos de la evitación y conductas de escape de manera similar al apoyo simpático de las respuestas de lucha / huida en el contexto de situaciones que provocan miedo.

Otro factor importante para entender el desarrollo de la fobia a vomitar es que los pacientes que consultan por esta problemática manifiestan haber atravesado en la infancia por la experiencia de vomitar o ver a otro vomitar de manera traumática. Cabe considerar que la experiencia de vomitar en la niñez puede estar fácilmente asociada con la sensación de asfixia o muerte, así como con la percepción de absoluta falta de control sobre el propio cuerpo, caldo de cultivo para el desarrollo de la emetofobia. En este punto es interesante el aporte de Davison que cita Veale (2009) respecto a la correlación que se encuentra entre fobia específica a vomitar y un elevado locus de control interno. El modelo propuesto por Veale de la fobia específica a vomitar (SPOV) enfatiza el rol del condicionamiento emocional, a partir del cual el vómito quedaría asociado a miedo y asco; las experiencias aversivas del vómito y sus señales (náuseas, malestar estomacal, mareo) se fusionan entonces con el presente a menudo mediante imágenes mentales,

de modo que los recuerdos se vuelven a experimentar como si estuvieran a punto de repetirse.

Figura 1. Mantenimiento de la Fobia Específica a Vomitar. Traducido de Veale (2009).



En la Figura 1 se puede observar el ciclo disfuncional de la emetofobia desde esta perspectiva, una vez que el aprendizaje por asociación tuvo lugar las náuseas son evaluadas catastróficamente como inminencia del vómito y pérdida de control, interpretándose el vomitar como una experiencia extremadamente espantosa que conduce a un aumento de la ansiedad y el asco. A su vez, existen una serie de mecanismos de evitación y reaseguro que actúan como agentes de mantenimiento de la disfunción: a) evitación experiencial de pensamientos e imágenes de uno mismo u otros vomitando y de señales interoceptivas; b) evitación de señales externas que pudieran llevar a vomitar; c) hipervigilancia monitoreando señales externas de amenaza; d) atención autocentrada e hipervigilancia sobre señales interoceptivas de náusea, malestares estomacales, mareos, etc.; e) preocupación/worry, dialogo interno tranquilizador y planificación mental de rutas de escape en caso que alguien vomitara; f) pensamiento mágico y de neutralización para evitar vomitar; g) conductas de seguridad, incluyendo chequeos compulsivos y búsqueda de contención. (Veale, 2009; Riddle-Walker et. Al., 2016; Kayes & Veale, 2018).

2. Caso Clínico: Antonella.

Antonella acaba de cumplir 16 años, llega a consulta por lo que ella define como fobia a vomitar “lo buscó en internet y vio que tiene un nombre específico lo que le pasa, emetofobia” dice su mamá. Cuenta que alrededor de los 8 años comenzó a experimentar una sensación de miedo intenso frente a la posibilidad de que ella misma o un tercero fuera a vomitar “me agarra un ataque de nervios, me pongo a llorar, si soy yo me tomo un Reliverán y prefiero estar 3 horas con dolor

en la panza antes que vomitar, me puedo poner al lado del inodoro, pero estoy con un ataque de nervios y si es otro que va a vomitar la sensación es igual ¿viste cuando tenés miedo, pero miedo en serio? Que sentís acá en el pecho miedo... eso, mucho, mucho miedo... yo sé que es algo tonto, sé que no tiene sentido, pero no lo puedo evitar... me empiezan a temblar las piernas, me pongo a llorar, me da calor y me palpita fuerte el corazón, empiezo como a balbucear y decir ‘quiero salir de acá, quiero salir de acá, quiero salir de acá...’ no puedo pensar en otra cosa, necesito irme”.

Vincula el desarrollo de la fobia con una intoxicación que tuvo entre los 7 u 8 años de edad en unas vacaciones familiares en el exterior, que la mantuvo durante dos días completos vomitando, haciéndola sentir muy débil, recuerda de manera traumática hasta el día de hoy la experiencia: ver su cara en el espejo del baño luego de vomitar, el gusto en la boca, el dolor de cuerpo producto del esfuerzo hecho al vomitar, la idea de que nunca iba a terminar y la imposibilidad de contener las reacciones de su cuerpo. Narra que a partir de ello sólo volvió a vomitar una vez, meses después siendo aún una niña, situación que atravesó sintiendo terror, sin poder acercarse al baño y conteniendo todo lo que pudo la reacción hasta vomitar en el pasillo de la casa de su abuela; junto con su madre relatan las diversas situaciones en que se ha encontrado con otra persona vomitando frente suyo, siendo siempre la reacción inmediata salir corriendo y alejarse de la situación, según ella describe, presa del miedo.

Claudia, la madre de Antonella, expresa que siempre normalizaron estas reacciones pensando que “a nadie le gusta vomitar o ver a alguien vomitando, yo sabía que no le gustaba, siempre me lo contaba como algo que le molestaba o se ponía mal, pero nunca me imaginé que podría ser algo tan grave, nunca pensé que podía llegar a algo así”. Lo que motiva en este momento la consulta de Antonella y sus padres es que hace algunos meses, ante la posibilidad inminente de que su amiga, con quien viajaba en la parte trasera de un auto, fuera a vomitar Antonella abrió la puerta del auto y se tiro del mismo mientras circulaba por una avenida de la ciudad de Buenos Aires, “nunca creí que iba a reaccionar de esa manera, pero en el momento ni lo pensé, fue algo automático... lo que me salió en el momento”. Expresan que desde entonces perciben que esto comienza a afectar también la vida social de la adolescente, en la medida que prefiere evitar las salidas con sus amigos dado que ellos toman alcohol y la posibilidad de que vomiten Antonella la percibe siempre latente, aún cuando sus amigas más cercanas no consumen bebidas alcohólicas salir representa la misma amenaza de que cualquier otro joven sea el que vomite. “Para nosotros es una tranquilidad porque por este

problema ella no toma alcohol, pero entendemos que tampoco es bueno que no quiera salir con sus amigos por este miedo” dice su madre “sumado a eso también tiene un tema con la comida, es muy obsesiva con comer sano por este tema de no descomponerse y nosotros no estamos tan pendientes de eso y ella se enoja”. Antonella reconoce que en algún momento estuvo mucho más preocupada por la alimentación, lo que incluso la llevo a bajar un poco de peso, pero que actualmente es consciente de las consecuencias negativas por lo que “sólo evito comer cosas fritas o muy grasosas que me pueden hacer mal al hígado y descomponerme, o al menos trato de comerlo en poca cantidad si no hay otra cosa para que no me caiga mal”.

Cabe agregar que Antonella venía realizando una psicoterapia inespecífica durante los cuatro meses previos al incidente del auto “por otras cuestiones”, relacionadas a dificultades en la transición adolescente, fundamentalmente en el vínculo con sus amigas, lo que genera un fuerte impacto en su estado anímico (desgano, llanto frecuente, alternancia entre tristeza y enojo e impotencia). Aproximadamente un mes después del episodio abandona dicho tratamiento debido a que ni ella ni sus padres perciben mejorías en el motivo de consulta inicial ni una respuesta concreta en relación a la emetofobia y sus consecuencias.

Evaluación

Se administran una serie de técnicas para evaluar sintomatología en general y patrones de personalidad que permitan contextualizar la consulta, a continuación, se detallan las técnicas administradas y las puntuaciones obtenidas.

- Inventario de personalidad para el DSM-5, formato breve (PID-5-BF) – para niños y adolescentes de 11 a 17 años (Krueger et. al.; 2013 – APA. Traducido por Fundación Aiglé): Antonella obtuvo puntuaciones elevadas en la escala Afectividad Negativa (1,6).

- Inventario de problemas Interpersonales (IIP-64) (Horwitz L. et. al., 1988; Maristany, 2005): fueron elevadas las puntuaciones de la escala Introverso (2,00);

- Inventario de síntomas SCL-90-R de Derogatis (Casullo, 1999/2004): de los resultados se desprende una elevación de las puntuaciones de Sensibilidad Interpersonal (1,89), Depresión (2,62) y Psicoticismo (1,3).

- Inventario de Depresión de Beck (BDI-2) (Sanz et. al.; 2003): se obtiene una puntuación compatible con depresión moderada (21).

Finalmente, se administro una versión traducida del Inventario de Fobia Específica a Vomitar (SPOVI) (Veale et al., 2013) para evaluar los síntomas emetofóbicos, obteniéndose una puntuación de 24, lo que implica una muy elevada probabilidad de padecer dicho trastorno, con predominio del monitoreo de

amenazas (18) sobre la evitación (8). Cabe aclarar que tanto el SPOVI como el PID-5-BF no se encuentran validados en nuestro contexto, pero a falta de instrumentos similares que sí lo estén se consideró que aportaban la posibilidad de realizar una evaluación inicial y de resultados de la intervención.

Propuesta de tratamiento

Frente al cuadro clínico completo de la paciente se propone un abordaje por etapas, iniciando con un tratamiento focalizado para la emetofobia de entre 8 y 12 sesiones, para luego continuar con el abordaje de patrones interpersonales y de procesamiento emocional disfuncionales que dificultan su transición vital. A continuación discutiremos los detalles del abordaje específico para la fobia específica a vomitar.

3. Tratamiento de la fobia específica a vomitar.

Si bien el último metaanálisis de estudios controlados del tratamiento para la fobia específica concluye que la exposición en vivo tiene los mayores niveles de eficacia terapéutica (Wolitzky-Taylor et al., 2008), no contempla ningún estudio de tratamiento para la emetofobia. Los estudios de tratamiento para la fobia específica a vomitar publicados hasta el momento no sólo son escasos, sino que en su mayoría son de caso único, incluyen solo pacientes mujeres jóvenes y remiten a abordajes diversos (hipnoterapia, afrontamiento en imaginación, técnicas motivacionales, terapia psicodinámica, manejo de contingencias y medicación psicotrópica), quedando para Boschen (2007) relegado el estudio de las técnicas de exposición en todas sus formas a pesar de parecer la elección más oportuna basada en las intervenciones empíricamente validadas tanto para el pánico como para la fobia específica; Hunter y Antony (2009) hacen una interpretación distinta de este hecho, en la medida que todos los casos publicados son exitosos a pesar de remitir a abordajes diversos, consideran que una variable subyacente en muchos de estos tratamientos es la exposición a estímulos temidos, aunque sea de manera indirecta.

Durante la última década, Boschen (2007) y Veale (2009) avanzaron en el desarrollo de diseños de intervención de orientación cognitivo-conductual específicos para la emetofobia, alineados con los modelos explicativos que detallamos con anterioridad y destinados a ser puestos a prueba empíricamente. Un avance en este sentido es que actualmente podemos encontrar estudios de caso único de una adolescente de 15 años (Fix et. al., 2016) y de un niño de 11 años (Graziano, et. al. 2010) basados en el modelo propuesto por el primero de estos autores. Por otro lado, Riddle-Walker y colaboradores (2016) llevaron a cabo el primer estudio aleatorizado controlado de TCC individual de 12 sesiones para la fobia específica a vomitar tomando como referencia el

modelo de Veale (2009), en el que los resultados arrojaron un gran tamaño del efecto ($d=1.53$) en la comparación entre el grupo que recibió TCC en primer lugar y la lista de espera, que se replicó en un segundo momento en la comparación pre-post tratamiento cuando el grupo control recibió tratamiento ($d=1.93$); igualmente relevante es el hecho que al final del tratamiento el 50% de los pacientes obtuvo una mejora clínicamente significativa y casi 2/3 de los participantes obtuvo una mejoría confiable, lo que implica que se puede esperar como mínimo pasar de tener una fobia a tener miedo a vomitar, estar significativamente menos angustiados y lograr llevar adelante una vida más funcional. No es menor el hecho de que ninguno de los participantes haya experimentado un agravamiento de sus síntomas.

Tanto Boschen (2007) como Veale (2009) proponen un esquema genérico para el abordaje de la emetofobia cuyo diseño final debe ajustarse a las características idiosincráticas del paciente, por lo tanto, se parte de la formulación del caso y luego se propone un conjunto de intervenciones alineadas con los componentes del modelo explicativo. En la tabla 1 se detalla de manera sintética la propuesta de Boschen para el tratamiento de la emetofobia.

Tabla : Componentes del modelo explicativo y el tratamiento de la emetofobia. Adaptada de Boschen (2007).

Componentes del modelo explicativo	Intervención basada en los componentes del modelo explicativo
1. Vulnerabilidad general a la ansiedad - Vulnerabilidad heredada a la ansiedad y desórdenes relacionados.	Habilidades de regulación de la activación fisiológica
2. Vulnerabilidad de somatización - Tendencia a somatizar los síntomas de ansiedad como malestar gastrointestinal.	Habilidades de regulación de la activación fisiológica
3. Interpretación catastrófica - Tendencia a malinterpretar las señales gastrointestinales internas como indicadores de vómitos inminentes.	Reestructuración cognitiva
4. Hipervigilancia - Tendencia a atraer la atención hacia señales gastrointestinales	Distracción, entrenamiento en refocalización atencional.
5. Atribuciones del vómito - Cogniciones y creencias sobre el significado y la inaceptabilidad de los vómitos	Reestructuración cognitiva
6. Evitar las náuseas - Comportamiento de evitación reforzado negativamente a través de la reducción del arousal/náuseas.	Exposición
7. Confirmación selectiva - No se obtienen pruebas que disconfirman la expectativa de vómito.	Exposición

Cabe destacar que Craske, Antony y Barlow (2006) también incorporan la fobia a vomitar, junto a la fobia a atragantarse, en sus guías de tratamiento cognitivo-conductual para vencer los miedos, mencionando como peculiaridades al momento de llevar a cabo la intervención la necesidad de sumar la variante de exposición interoceptiva y exponer en vivo a los pacientes a ingerir los alimentos rechazados por miedo a descomponerse o atragantarse.

Desde nuestra perspectiva, la re-elaboración del modelo explicativo propuesta por Veale (Veale, 2009; Kayes & Veale, 2018) recoge con mayor exhaustividad la complejidad de la experiencia emetofóbica al incluir la re-experimentación de los recuerdos traumáticos como flash-backs y flash-forward ante las señales interoceptivas gástricas, síntomas frecuentes en pacientes emetofóbicos. A su vez, su propuesta terapéutica brinda un repertorio de herramientas más amplias que pueden resultar de gran utilidad al momento de abordar una consulta de fase crónica. A continuación, describimos el protocolo de 12 sesiones, divididas en 4 fases, que se utilizó para realizar el estudio aleatorizado controlado antes mencionado (Riddle-Walker et al., 2016) y del que partimos para diseñar el tratamiento de Antonella.

Fase 1 (sesiones 1 a 3): incluye la evaluación clínica, formulación del caso y construcción de la alianza terapéutica. En la construcción del acuerdo de objetivos del tratamiento el énfasis está puesto en mejorar la calidad de vida del paciente y al momento de acordar los medios para lograrlo, en vistas a la construcción de un vínculo positivo, se pone en primer plano el compromiso con los valores de cada paciente. Durante esta fase se proporciona psicoeducación sobre el hecho de vomitar como algo normal y adaptativo, junto con información sobre la relación de la experiencia de asco y de ansiedad con la fobia específica a vomitar. Se incluye la identificación de las conductas de evitación y búsqueda de seguridad a las que recurre el paciente explicando su rol en el mantenimiento de los síntomas. Se introduce la importancia de la práctica entre las sesiones, proponiendo como primer paso el abandono de las conductas de reaseguro.

En el caso de Antonella, a lo largo de estas primeras sesiones pudimos acordar que el objetivo no iba a ser que la experiencia de vomitar o ver a otro vomitar le resultara agradable o deseable, sino aumentar su percepción de control y aceptación frente a la posibilidad de que algo de esto pudiera suceder, recurriendo a estrategias adaptativas de afrontamiento (como dar un paso atrás para que no la salpiquen, mirar hacia otro lado o distanciarse relativamente de la situación pudiendo permanecer dentro del mismo recinto que una persona que está vomitando sin que ello implique urgencia de huir, así como poder acer-

carse al inodoro y recurrir a una posición cómoda si es ella quien se siente descompuesta), aumentando su tolerancia a las sensaciones de asco y ansiedad, así como decatastrofizando las creencias vinculadas al vomito y vomitar. La conducta de reaseguro más evidente a abandonar desde el comienzo fue el uso y portación de medicación antiemética o antinauseosa.

Fase 2 (sesiones 3 a 5): se focaliza en la identificación y abordaje de flash-forward y flash-backs relacionados con recuerdos traumáticos de uno mismo u otros vomitando. Se propone el abordaje de los flash-forwards mediante exposición en imaginación, y de los flashbacks de recuerdos traumáticos vinculados al vómito utilizando imaginación reescriptiva, siguiendo un modelo de trauma.

Otra técnica que hemos utilizado con buenos resultados para el mismo fin es la reevaluación cognitiva. En el caso de los flash-backs proporcionando al paciente la posibilidad de reevaluar la experiencia traumática a la luz del contexto vital de la infancia, brindándole la posibilidad de identificar los recursos con los que cuenta en la actualidad para hacer frente a las mismas circunstancias de una manera diferente e incluso ensayando interpretaciones alternativas a la evaluación catastrófica de la situación vivenciada como traumática en ese momento; en relación a los flash-forward cuestionar las imágenes desmesuradamente catastróficas de la experiencia de vomitar que se proyectan y llevar al paciente a evaluar la probabilidad de que dichas circunstancias acontezcan dentro de esos parámetros o dentro de parámetros más controlables.

En el caso de Antonella recurrimos a ambas estrategias. Aplicamos inicialmente reevaluación cognitiva para abordar los recuerdos infantiles de la experiencia de vomitar asociados a la incontrolabilidad extrema y compararlos con los recursos con que cuenta actualmente, con 16 años de edad, para hacer frente a un malestar, una dolencia física o la experiencia de vomitar proponiéndole pensar los pasos adaptativos para afrontar esta experiencia, así como para acompañar a alguien cercano que se pudiera sentir descompuesto (madre, padre, novio, amiga). Posteriormente implementamos la imaginación reescriptiva para abordar los flashbacks del momento en que se tiró del auto en movimiento y que actuaban como reforzadores de las creencias catastróficas, reproduciendo la escena en imaginación con Antonella permaneciendo en el auto durante los segundos que le llevara al padre de su amiga estacionar y a ella bajar sin correr riesgos.

Fase 3 (sesiones 4 a 7): persigue el objetivo de abandonar las conductas de búsqueda de seguridad y los procesos cognitivos que contribuyen al incremento involuntario de la ansiedad. Estos incluyen la sobreestimación de la capacidad de controlar los vómitos y eventos que puedan provocarlos, la necesidad

de certeza y de controlar los pensamientos y sentimientos sobre el vómito, los sesgos atencionales y las metacogniciones sobre la preocupación. Se apunta a explorar y poner a prueba las creencias disfuncionales sobre las sensaciones gastrointestinales o eventos relacionados. Se enseñan habilidades para la regulación de la activación fisiológica mediante la disminución de la atención autocentrada e hipervigilancia de las señales de náusea u otras sensaciones somáticas (refocalización de la atención) y la aceptación consciente de la experiencia interna (mindfulness). Se destacan las consecuencias negativas involuntarias de mecanismos cognitivos de búsqueda de seguridad como la planificación mental de la huida, los diálogos internos invocando la calma y la vigilancia, en la medida que aumentan la preocupación, el sufrimiento y la interferencia en la vida diaria.

Con Antonella tuvimos que poner especial atención sobre los mecanismos cognitivos de monitoreo y búsqueda de seguridad, siendo los síntomas prominentes en su caso por sobre la evitación conductual. Se abordaron las creencias disfuncionales sobre sensaciones gastrointestinales, posibilidad de controlar voluntariamente los vómitos y las consecuencias negativas de enfocar su atención en las sensaciones físicas o en los signos de que otra persona pudiera vomitar, así como de planificar alternativas de escape y diálogos internos. Se implementaron técnicas de escaneo corporal orientadas a fomentar la aceptación consciente de la experiencia interna y de refocalización de la atención.

Fase 4 (sesiones 6 a 12): comprende la presentación de los fundamentos de la exposición gradual a las señales internas y externas para el vómito, la construcción de una jerarquía de situaciones o actividades temidas (incluidos los alimentos evitados) y la puesta en marcha de ejercicios de exposición. Las tareas intersección y la intervención durante las sesiones incluyen exposición in vivo a elementos de la jerarquía y a otros estímulos asociados al vómito como imágenes, sonidos y olores, así como la exposición en imaginación y mediante juegos de rol a experiencias pasadas de vomitar o haber presenciado el vómito de otro. La exposición interoceptiva se utilizó en los casos que ameritaban dicho recurso recurriendo a comer hasta estar lleno, girar, leer en el automóvil. Finalmente, se proporciona psicoeducación en prevención de recaídas (sesión 12), apuntando a que el paciente comprenda que los logros se mantendrán mediante la exposición regular a situaciones temidas.

Durante esta fase se expuso a Antonella a imágenes, sonidos y videos de personas vomitando, se implementó exposición en imaginación al hecho de estar descompuesta y terminar vomitando en su casa y a acompañar a una amiga a vomitar al baño del cole-

gio. En el contexto del consultorio se la expuso también a representar lo que haría si estuviese descompuesta y tuviera que ir a vomitar (ir al baño, acercarse al inodoro, adoptar una postura cómoda y disponerse a hacerlo). Las tareas intersesión consistieron en mirar imágenes y videos de otros vomitando en su casa y, de hecho, a lo largo del tratamiento tuvo que atravesar situaciones en la que terceros vomitaron en su presencia (su novio en el baño de su casa, una amiga en el colegio un desconocido en un boliche) frente a las que no huyo, si bien optó por no mirar, en el caso de su novio incluso pudo permanecer detrás de la puerta del baño y preguntar si necesitaban ayuda y cómo se sentía.

Cabe aclarar que no se contempla el uso de la exposición en vivo a vomitar, esto se debe a que (a) la experiencia clínica sugiere que cuando las personas con emetofobia han tenido exposición a los vómitos autoinducidos, han informado que ello aumento su determinación por no vomitar, (b) no hay estudios experimentales de caso único con resultados a largo plazo que describan el diseño de la exposición en vivo a vomitar a fin de guiar a un clínico. Adicionalmente, aunque desde el punto de vista teórico el experimento conductual de un episodio de vómito podría ayudar a modificar las expectativas catastróficas (especialmente en alguien que no puede recordar haber vomitado en su vida), es al menos contradictorio pensar en repetir los vómitos para aumentar la tolerancia y generar habituación a la experiencia, considerando que los vómitos autoinducidos repetidos se asocian a desequilibrios electrolíticos o daño del esmalte dental, entre otras alteraciones gastrointestinales. (Riddle-Walker et. al., 2016).

4. Consideraciones finales.

La fobia específica a vomitar ha sido ampliamente relegada en la investigación y la práctica clínica, frente a ello y soslayando las discusiones respecto de su prevalencia, creemos que es importante poner el acento en las posibles consecuencia de sus síntomas: restricción alimentaria, negación a recibir tratamientos médicos, postergación de la maternidad, hipervigilancia de las sensaciones gástricas cotidianas; manifestaciones disfuncionales que en su cronificación pueden conllevar al deterioro de la salud física, menoscabo del proyecto personal y afectación de la vida social.

Consideramos que, sumado a los costes que puede tener para quien la padece, su peculiaridad en relación al resto de las fobias específicas (aversión a estímulos internos) así como su frecuente comorbilidad o solapamiento sintomático con otras entidades clínicas, vuelve indispensable una indagación pormenorizada de su fenomenología, diagnóstico diferencial

y modelo explicativo, para a partir de ello establecer los lineamientos más adecuados para su tratamiento.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2022). *Anxiety Disorders*. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.)
- Becker E.S.; Rinck, M.; Türke, V.; Kause, P.; Goodwin, R.; Neumer, S.; Margraf, J. (2007) Epidemiology of specific phobia subtypes: findings from the Dresden Mental Health Study. *European Psychiatry*, 22 (2), 69-74.
- Boschen, M. J. (2007) Reconceptualizing emetophobia: A cognitive-behavioral formulation and research agenda. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 407-419.
- Casullo, M.M. (1999/2004) *Adaptación SCL-90-R Argentina*. UBA. CONICET.
- Craske, M.G.; Antony, M. M. & Barlow, D. H. (2006) *Mastering Your Fears and Phobias: Therapist Guide* (Second Edition). New York: Oxford University Press.
- de Jong, P.J.; van Overveld, M. & Peters, M.L. (2011) Sympathetic and parasympathetic responses to a core disgust video clip as a function of disgust propensity and disgust sensitivity. *Biological Psychology*, 88, 174-179.
- Fix, R.L.; Proctor, K.B. & Gray, W.N. (2016) Treating Emetophobia and Panic Symptoms in an Adolescent Female: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 15(4), 2016 1-13.
- Graziano, P. A.; Callueng, C.M. & Geffken, G.R. (2010) Cognitive-Behavioral Treatment of an 11-Year-Old Male Presenting With Emetophobia: A Case Study. *Clinical Case Studies*, 9(6) 411-425.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S.E., Baer, B. A., Ureno G. y Vellasnor, V.S. (1988). Inventory of Interpersonal Problems: psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 885-92.
- Hunter, P.V. & Antony, M.M (2009) Cognitive-Behavioral Treatment of Emetophobia: The Role of Interoceptive Exposure. *Cognitive and Behavioral Practice* 16, 84-91.
- Kannappan, A., & Middleman, A. B. (2020). Emetophobia: A case of nausea leading to dehydration in an adolescent female. *SAGE open medical case reports*, 8, 2050313X20951335. <https://doi.org/10.1177/2050313X20951335>
- Kayes, A. & Veale, D. (2018). Atypical Eating Disorders and Specific Phobia of Vomiting: clinical presentation and treatment approaches. En: Anderson, L. K; Murray, S.B; Kaye, W.H. (Eds.) *Clinical Handbook of Complex and Atypical Eating Disorders* (270-289) New York: Oxford University Press.
- Keyes, A., Gilpin, H. R. & Veale, D. (2018). Phenomenology, epidemiology, co-morbidity and treatment of a specific phobia of vomiting: A systematic review of an understudied disorder. *Clinical psychology review*, 60, 15-31. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.12.002>
- Krueger RF, Derringer J, Markon KE, Watson D, Skodol AE. (2013) The Personality Inventory for DSM-5—Brief Form (PID-5-BF)—Child Age 11–17. American Psychiatric Association.
- Maristany, M. (2005). *Problemas en las relaciones interpersonales y Trastornos de la personalidad*. Trabajo de tesis doctoral.
- Olatuji, B. O.; Haidt, J.; McKay, D.; David, B. (2008) Core, animal reminder, and contamination disgust: Three kinds of disgust with distinct personality, behavioral, physiological, and clinical correlates. *Journal of Research in Personality* 42 (2008) 1243-1259.
- Olatunji, B.O. & McKay, D. (2009) *Disgust and its disorders. Theory, assessment, and treatment implication*. Washington: American Psychological Association.
- Riddle-Walker, L.; Veale, D.; Chapman, C.; Ogle, F.; Roskoa, D.; Najmi, S.; Walker, L.M.; Maceacherng, P. & Hicks, T. (2016) Cognitive behaviour therapy for specific phobia of vomiting (Emetophobia): A pilot randomized controlled trial. *Journal of Anxiety*

- Disorders 43 (2016) 14–22.
- Sanz, J.; Perdigón, A. P.; Vázquez, C. (2003) Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249–280.
- Sykes, M., Boschen, M. J., & Conlon, E. G. (2016). Comorbidity in Emetophobia (Specific Phobia of Vomiting). *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(4), 363–367. <https://doi.org/10.1002/cpp.1964>
- van Hout, W.J.P.J & Bouman, T.K.; (2011) Clinical Features, Prevalence and Psychiatric Complaints in Subjects with Fear of Vomiting. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/cpp.761. Recuperado: febrero 2018.
- van Overveld, M.; de Jong, P.J.; Peters, M.L.; van Hout, W.J.P.J. & Bouman, T.K (2008) An internet-based study on the relation between disgust sensitivity and emetophobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 524–531.
- Veale, D. (2009) Cognitive behaviour therapy for a specific phobia of vomiting. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 2, 272–288.
- Veale, D.; Ellison, N.; Boschen, M. J.; Costa, A.; Whelan, C.; Muccio, F.; et al. (2013) Development of an inventory to measure specific phobia of vomiting (Emetophobia). *Cognitive Therapy and Research*, 37(3), 595–604.
- Wolitzky-Taylor KB, Horowitz JD, Powers MB, Telch MJ (2008). Psychological approaches in the treatment of specific phobias: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 28, 1021–1037.