



Exposición a eméticos y procedimientos de desensibilización en la reducción de las náuseas y del miedo a vomitar¹

Frank M. Dattilio²

(Harvard Medical School y University of Pennsylvania School of Medicine, USA)

(Recibido 1 septiembre 2003/ Received September 1, 2003)

(Aceptado 15 enero 2004 / Accepted January 15, 2004)

RESUMEN. Un jarabe emético (USP³) fue dosificado de acuerdo a un programa de reducción, a fin de recrear niveles graduados de náuseas en la terapia de exposición de una mujer de 34 años que desarrolló miedo a la náusea y a vomitar después de haber vomitado en el escenario durante un recital de piano. Se utilizaron dosis milimetradas acumuladas del emético para simular diferentes niveles de náusea combinados con procedimientos de desensibilización en vivo, con el fin de inducir artificialmente la anticipación del vómito. Se instruyó a la paciente en el reentrenamiento de la respiración y en técnicas de reducción de la ansiedad, tales como tragar doble, además del uso de imágenes como procedimiento para evitar reacciones a la náusea con vómito. Posteriormente, se expuso a la paciente a tocar el piano en vivo hasta que volvió a realizar con éxito recitales frente a una amplia audiencia. Los resultados en diseños de casos similares sugieren que métodos a veces artificiales pueden usarse para recrear variaciones de una situación que no puede duplicarse siempre a través de la exposición en imaginación pura o durante la exposición en vivo, especialmente cuando el estímulo

¹ Esta traducción fue hecha por Gonzalo Vázquez-Casals, Ph.D. a partir del original en inglés. Este artículo fue publicado originalmente en *Clinical Case Studies*, 2003, 2, 1-12 por lo que no sigue en su redacción las normas de Buela Casal y Sierra (2002). Se reimprime con la autorización de Oxford University Press. El autor desea expresar su agradecimiento a Eric Frey, estudiante de Doctorado de la Universidad de Lehigh por su asistencia en la búsqueda de literatura para este estudio de caso.

² Correspondencia: ABPP. Harvard Medical School. Suite 211-D, 1251 S. Cedar Crest Blvd. Allentown, PA 18103 (USA). E-Mail: datt02cip@cs.com

³ *United States Pharmacopoeia*: Farmacopea de los Estados Unidos de América.

involucra ciertas respuestas fisiológicas como el reflujo gástrico. El seguimiento a los dos años no arrojó indicación alguna de recaídas, pero sí el retorno al estado previo a la línea base.

PALABRAS CLAVE. Miedo a la náusea. Vómito. Desensibilización. Eméticos.

ABSTRACT. An emetic syrup was titrated according to a reduction schedule in order to recreate graduated levels of nausea in the exposure of a 34-year-old female who developed the fear of nausea and emesis (vomiting) after vomiting on stage during a piano recital. In this particular case, the patient was taught breathing retraining and anxiety reduction techniques such as double swallowing, in addition to some imagery as a desensitization procedure to avoid reacting to nausea by vomiting. Results in similar case designs suggest that, at times, artificial methods such as the above may be used to create variations of a situation that cannot always be duplicated through pure imaginal exposure or during in vivo exposure, especially when the stimulus involves certain physiological responses such as a gastric regurgitation. A two-year follow-up yielded no indication of relapse and a full return to pre-baseline status.

KEYWORDS. Fear of nausea. Emesis. In vivo desensitization. Emetic.

RESUMO. Um xarope emético (USP⁴) foi doseado de acordo com um programa de redução, de modo a recrear níveis graduados de náuseas na terapia de exposição de uma mulher de 34 anos, que desenvolveu medo à náusea e ao vômito depois de ter vomitado durante um recital de piano. Utilizaram-se doses milimétricas acumuladas do emético para simular diferentes níveis de náusea combinados com procedimentos de dessensibilização ao vivo, com o objectivo de induzir artificialmente a antecipação do vômito. O paciente recebeu treino na respiração e nas técnicas de redução da ansiedade, tais como deglutição dupla, para além do uso de imagens como procedimento para evitar reacções à náusea com vômito. Posteriormente, o paciente foi exposto a tocar o piano ao vivo até voltar a realizar com sucesso recitais em frente a uma ampla audiência. Os resultados em planos de casos similares sugerem que métodos por vezes artificiais podem ser usados para recrear variações de uma situação que não pode duplicar-se sempre através da exposição em imaginação pura ou durante a exposição ao vivo, especialmente quando o estímulo envolve certas respostas fisiológicas como o refluxo gástrico. O seguimento durante dois anos não indicou qualquer recaída, mas sim um retorno ao estado prévio à linha de base.

PALAVRAS CHAVE. Medo da náusea. Vômito. Dessensibilização. Emético.

Introducción

Los artículos sobre el tratamiento del miedo a la náusea y a vomitar son, sorprendentemente, muy escasos en la literatura profesional. En cierto modo, el miedo a la náusea y a vomitar es un trastorno raro que no es visto frecuentemente por los

⁴ *United States Pharmacopoeia*: Farmacopeia dos Estados Unidos de América.

psicoterapeutas en los centros de salud mental. Por lo tanto, no se esperaba que abundaran en la literatura científica artículos de esta naturaleza. No obstante, tampoco se anticipó que tan sólo un pequeño número de artículos apareciera en dos décadas. Un número reducido de artículos se encuentra en la literatura de los años ochenta; el número es menor en la década pasada. En los artículos más antiguos, la mayoría de los cuales consiste de diseños de un solo sujeto, la mayor parte de los sujetos eran niños o adolescentes, e incluían tan sólo unos pocos adultos; varios de estos casos incluían a niños con retardo mental con una historia de autoestimulación introduciéndose las manos en la boca y regurgitación (Barmann, 1980). El miedo a vomitar sólo fue informado en las adolescentes, particularmente en aquellas que fueron diagnosticadas con trastornos alimentarios; por ejemplo, en un estudio de caso único, la anorexia atípica en varias adolescentes femeninas ocurrió como resultado del miedo a vomitar tras una enfermedad viral en oposición al deseo específico a perder peso o debido a una reacción de ansiedad. Varias técnicas cognitivas y conductuales fueron utilizadas para reducir tal miedo, tales como la relajación muscular progresiva y la desensibilización en imaginación.

Con respecto a estudios involucrando a adultos, el miedo crónico a vomitar fue una reacción típica a la cirugía gastrointestinal, en donde se utilizaron varios procedimientos abreviados de desensibilización en vivo (Redd, 1980). Otras técnicas empleadas fueron la exposición en vivo a extraños que estaban vomitando o al olor del vómito como un procedimiento de estimulación olfatoria (McFayden y Wyness, 1983). Solamente se descubrió un caso que realmente involucraba tanto el tratamiento del miedo a sentir náuseas como a vomitar; en este caso se formuló la hipótesis que el estrés diario podría llevar a los individuos a ser más vulnerables al reforzamiento adventicio (accidental) de los síntomas. El tratamiento consistió en cambiar la respuesta del paciente al comportamiento sintomático como un componente clave en la reducción del miedo a la náusea y al vómito (Klonoff, Knell y Janata, 1984). Procedimientos similares de desensibilización fueron usados, incluyendo la exposición de los pacientes a películas en las que individuos vomitaban en secuencias de cuatro minutos. Estos se llevaron a cabo cuando los pacientes se preocupaban por la posibilidad de que su miedo a vomitar retornara. En este caso particular, un número de individuos que tenían miedo a que ellos u otros vomitasen fue tratado utilizando el método de exposición. Los pacientes fueron expuestos a ocho sesiones semanales de una hora, mientras tres de los pacientes completaron el tratamiento en trece sesiones. Estas sesiones incluían la exposición repetida a secuencias de películas de gente vomitando, la cual demostró ser razonablemente exitosa (Phillips, 1985). Desgraciadamente, muy poco ha aparecido en la literatura profesional con respecto a tratamientos que involucren en particular un medio artificial para producir la náusea en vivo. Aunque el uso de películas o la exposición a personas vomitando han mostrado éxito en el pasado, estas técnicas parecen no haber logrado permitir que los pacientes se desensibilicen a diferentes grados de náusea, lo cual puede, a su vez, alterar el nivel de la amenaza de vomitar.

Por lo tanto, este estudio de caso es único ya que es el primero en su tipo en usar un emético (vomitivo) en dosis graduadas para reproducir grados variables de náusea y ayudar a la paciente a controlar su ansiedad sobre la náusea y el impulso a vomitar frente a estímulos genuinos.

Introducción al caso

Loni era una mujer de raza blanca, soltera, de 34 años, que fue referida para tratamiento por su médico familiar a causa de un miedo crónico a la náusea y a vomitar. Loni, quien era una reconocida concertista de piano, desarrolló su miedo como resultado de un incidente traumático que ella experimentó aproximadamente 15 meses antes del tratamiento. Durante un recital de piano ante una gran audiencia, vomitó espontáneamente en el escenario. Durante la entrevista inicial describió una historia traumática asociada a un concierto programado en una gran ciudad metropolitana. Loni se encontraba emocionada y dispuesta a tocar ante esta audiencia y recordó que experimentaba muy poca ansiedad antes del incidente. Ella siempre había tocado con facilidad frente a grandes audiencias casi sin ansiedad alguna. No obstante, ocurrieron dos condiciones que contribuyeron al incidente traumático: un embarazo de varias semanas que ella desconocía, el cual le causó algo de malestar estomacal, y que su agente la llevara a cenar antes del concierto. Loni recuerda que cenaron en un restaurante hindú muy conocido en el cual les sirvieron platillos sumamente especiados, los cuales estaban densamente condimentados con curry. Se formuló la hipótesis de que la combinación de los platillos especiados, cierta ansiedad leve y una posible náusea producida por el primer trimestre de embarazo hizo que Loni fuese vulnerable al malestar gástrico y a una eventual náusea con vómito espontáneo. La paciente informa que había experimentado náuseas leves y eructos antes de aparecer en el escenario, pero decidió beber algo de agua e ignorar sus síntomas. Tras sentarse al piano y comenzar el concierto, experimentó inmediatamente una náusea intensa y algo de mareo. Segundos más tarde, vomitó profusamente sobre el piano en frente de la audiencia. Esto fue terriblemente traumático para ella, al punto que salió rápidamente del escenario y vomitó varias veces detrás del escenario. Obviamente, Loni se sintió demasiado débil para continuar la ejecución y su recital fue cancelado. A partir de este hecho no pudo negociar posteriores recitales de piano, ya que su miedo a experimentar la misma situación era demasiado grande.

Motivo de consulta

Durante la entrevista inicial, Loni expresó emociones intensas y lloró cuando recordaba la noche del incidente diciendo que desde ese momento había estado extremadamente ansiosa por miedo a tener náuseas, además de mencionar su incapacidad para llevar a cabo cualquier tipo de recital de piano frente al público. Cada vez que Loni experimentaba náuseas vomitaba, lo cual persistió hasta que tuvo un aborto espontáneo. El malogro del embarazo sólo sirvió para exacerbar su ansiedad y depresión existentes. Sin embargo, después del aborto, Loni continuó experimentando ansiedad intensa a causa de la más mínima náusea, presentando vómitos frecuentemente. Esto, obviamente, la llevó a reducir su ingesta calórica y a perder peso considerablemente. Además, se volvió bastante selectiva en cuanto a los tipos de comida que ingería, evitando en particular cualquier cosa que percibiera como potencial causa de náusea o malestar estomacal. Loni fue tratada primero por su médico familiar, quien la inició en un régimen de medicamentos incluyendo un antagonista del H_2 (Pepcid 40 mg., una

cápsula diaria) y una benzodiacepina (Alprazolam 0,5 mg., 1 cápsula cada vez que fuera necesario). Loni siempre había estado pendiente de su salud y en contra del uso de medicamentos, por lo que su médico familiar la remitió a un gastroenterólogo debido al malestar estomacal, así como a un psicólogo clínico para el tratamiento de la ansiedad. Otro aspecto de la elevada ansiedad de Loni fue el hecho de que no había vuelto a tocar el piano desde el evento traumático y estaba preocupada acerca del efecto que el incidente pudiera tener en su carrera artística. Todo esto aumentaba su ansiedad, la cual era indudablemente, muy molesta para ella.

Durante la entrevista inicial, le fue administrada a Loni la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV (*Structural Clinical Interview Schedule, SCID*), que proporcionó un diagnóstico de trastorno de ansiedad no especificado, tras el incidente traumático de perturbación a través del vómito. También se le diagnosticó un trastorno de ajuste con ansiedad y no se encontró ningún trastorno de la personalidad. Loni señaló no tener condiciones médicas previas al incidente. También le fueron administrados el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (*Anxiety Sensibility Index, ASI*) de Peterson y Reiss y el Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory, BDI*). Los resultados indicaron depresión leve a moderada, así como un elevado nivel de ansiedad. Una medida adjunta utilizada fue el Cuestionario de Sensaciones Corporales (*Body Sensations Questionnaire, BSQ*) de Chambless, Caputo, Bright y Gallagher. Se utilizó tanto el ISA como el CSC porque contienen un ítem relativo a la náusea, además de ser medidas sólidas para evaluar la ansiedad. En ambos inventarios, Loni señaló de forma categórica el más alto rango bajo en el área de náusea. Esta fue una alternativa, puesto que no había una medida validada empíricamente para medir la náusea y otros eventos amenazantes relacionados.

Historia

La historia clínica de Loni indicó que no tuvo traumas mayores durante su crianza. Informó tener una relación positiva con sus familiares y amigos, y muy pocas indicaciones de haber experimentado ansiedad social alguna vez. Recuerda vomitar una o dos veces durante su vida debido a virus estomacales, pero no recordaba esto como un evento traumático. Desde el incidente de vomitar en el escenario, la ansiedad de Loni había aumentado y se generalizaba muy fácilmente a cualquier sensación e incluso a la mera mención de la náusea. También recordaba que desde el incidente se tornaba muy ansiosa cuando escuchaba a otros quejándose de náuseas o al ver a otros enfermarse y vomitar. Tampoco señaló historia alguna de enfermedad mental en lo personal o en su familia de origen.

Evaluación

Se llevó a cabo un análisis conductual, el cual indicó que la ansiedad de Loni aumentaba, produciendo varias intensidades de náusea. Su gastroenterólogo le informó que esa intensa ansiedad producía un exceso de acidez estomacal, lo cual puede produ-

cir las sensaciones de acidez, náusea y, algunas veces, vómito. Tal condición puede intensificarse cuando la ansiedad toma un curso en espiral. En muchos casos este es un círculo vicioso que puede conllevar a una intensa náusea y dispepsia. Sin embargo, en el caso de Loni, aún la más ligera sensación de náusea también conllevaba el miedo a vomitar, el cual en algunos casos, era autoinducido de forma desapercibida. Por lo tanto, Loni restringió su ingesta de comida a líquidos y comidas suaves, incluyendo gelatina y, obviamente, nada que contuviera especie alguna o contenidos que ella percibiera con ácido o cualquier otra cosa que pudiese perturbar su estómago. Esto contribuyó a que experimentara algo de debilidad y pérdida significativa de peso, aunque no se le consideró anoréxica. Su peso corporal era bajo, pero todavía dentro del rango normal para su estatura.

Medidas

- Entrevista para los Trastornos de Ansiedad–IV (*The Anxiety Disorder Interview Schedule, ADIS-IV*) (DiNardo, Brown y Barlow, 1994). Se trata de una entrevista estructurada para evaluar la presencia de trastornos de ansiedad y del estado de ánimo según el DSM-IV. También evalúa la presencia de trastornos coexistentes y ayuda a los psicoterapeutas a hacer un diagnóstico diferencial entre el trastorno de pánico y otros estados de ansiedad. Además, evalúa la severidad de los síntomas, el grado de deterioro y la historia clínica. La ADIS-IV es usada frecuentemente por los psicoterapeutas y en investigaciones sobre el pánico.
- Índice de Sensibilidad a la Ansiedad (*Anxiety Sensitivity Index, ASI*). Es un cuestionario de 16 ítems que evalúan el miedo del paciente a los síntomas relacionados a la ansiedad. Cada ítem se califica en una escala de cinco puntos, cuyo rango va desde 0 (muy poco) hasta 4 (mucho). Es una de las medidas más populares y ampliamente investigadas para el trastorno de pánico y otras condiciones relacionadas. Se puntúa sumando los dieciséis rangos posibles de calificación desde 0 hasta 64; las puntuaciones más altas reflejan niveles elevados de sensibilidad a la ansiedad. El ASI tiene una consistencia interna considerada entre buena y excelente, y una confiabilidad test-retest satisfactoria; ha demostrado validez de criterio y de constructo satisfactorias.
- Cuestionario de Sensaciones Corporales (*Body Sensations Questionnaire, BSQ*). Es un instrumento de 18 ítems diseñado para medir sensaciones corporales asociadas con el pánico y la agorafobia (Chambless, Caputo, Bright y Gallagher, 1984). Los reactivos específicos se generaron a partir de entrevistas con clientes y terapeutas en un programa de tratamiento para la agorafobia. Contiene ítems que los clientes señalan como perturbadores y que están asociados con la ansiedad, uno de los cuales es la náusea. Tiene una muy buena consistencia interna, con un alfa de 0,87; posee una buena estabilidad temporal, con una correlación test-retest de un mes de 0,67, y una buena validez concurrente, correlacionando con otras medidas de psicopatología. Se puntúa a partir de la suma de las calificaciones de los reactivos individuales dividida por el número de los reactivos calificados. La calificación media es de 3,06, con una desviación estándar de 0,86.

- Inventario de Depresión de Beck-II (*Beck Depression Inventory-II, BDI-II*). Es un autoinforme de 21 ítems diseñado para evaluar las características afectivas, cognitivas, fisiológicas y motivacionales de la depresión, tanto en términos de presencia como de severidad (Beck, Steer y Brown, 1996). Cada reactivo se califica en una escala de cero a tres que resulta en una puntuación que va en rango desde 0 hasta 63; cuanto más elevada es la puntuación, más severa es la depresión. Ha demostrado tener una elevada consistencia interna con coeficientes alfa desde 0,91 a 0,93 (Beck *et al.*, 1996; Dozois, Dobson y Anhberg, 1998); asimismo, se informa de validez de contenido y factorial adecuadas.

Conceptualización del caso

Se trata de un caso muy interesante, pero arduo dado que Loni no sólo muestra una preocupación por su reacción corporal, la cual percibió como incontrolable, sino que también plantea la intimidante tarea de recontinuar su carrera artística; este pensamiento sólo incrementaba su ansiedad, especialmente con la anticipación de que pasaría algo que le causaría vergüenza. Como consecuencia, se decidió inicialmente ayudar a Loni a controlar su ansiedad y su impulso a vomitar inmediatamente después de cualquier experiencia de náusea. A este respecto, las náuseas se convirtieron realmente en el objetivo inicial de la desensibilización. Debido a que éstas se presentaban como un estímulo dicotómico (vomitar o no vomitar) se pensó que un mecanismo para desarrollar una intensidad graduada de la náusea sería útil para desarrollar una escala de USP (unidades subjetivas de perturbación) para la desensibilización. Se decidió utilizar la relajación muscular progresiva, el reentrenamiento respiratorio e imágenes mentales seleccionadas a fin de reducir la ansiedad y los niveles de ácido en el estómago de Loni en combinación con el antagonista del H_2 , Pepcid. También se le pidió a Loni que construyera un escenario sereno en su mente que representara paz y calma al que ella pudiera acudir durante sus ejercicios de relajación. Se utilizó una versión modificada del ejercicio de relajación muscular progresiva junto con la respiración controlada. Un segundo paso fue introducir una sustancia emética conocida como jarabe de Ipecacuana a fin de producir los más bajos y leves niveles de náusea. El jarabe de Ipecacuana es un emético (vomitivo) que produce náuseas; al estimular la zona disparadora quimiorreceptora central del sistema nervioso central induce el vómito, el cual usualmente ocurre aproximadamente de 10 a 15 minutos tras la administración del jarabe. El preludio al vómito incluye generalmente algo de náusea. Los eméticos se utilizan típicamente en el tratamiento de emergencia de las sobredosis de medicamentos o en casos de envenenamiento. La dosis administrada oralmente suele ser de 30 mililitros en los adultos. No obstante, se pensó que un programa graduado que comenzara con incrementos de 1 ml hasta llegar a un punto cercano a los 30 ml, podría inducir niveles graduados de náusea sin vomitar. Los efectos secundarios del jarabe de Ipecacuana se observan usualmente en niños pequeños e incluyen aletargamiento. El único riesgo sería su uso crónico, pues su absorción puede causar toxicidad cardíaca y/o anormalidades de los electrolitos y fluidos, así como miopatía; sin embargo, esta condición es rara y sólo ocurre como resultado del uso crónico con dosis elevadas. Excepto por su

inhalación, las complicaciones serias son raras. Casos aislados de desgarramientos gástricos y esofágicos o embolia han sido informados. El jarabe de Ipecacuana se contraindica en pacientes con cirugía gastrointestinal reciente, depresión del sistema nervioso central, convulsiones e ingestión de corrosivos y venenos del sistema nervioso central de acción rápida, tales como el alcanfor, el cianuro, los antidepresivos tricíclicos, etc. Loni fue informada acerca de los efectos secundarios potenciales, si bien estos son raros, y firmó un formato de autorización expresando su acuerdo con el uso a corto plazo del jarabe de Ipecacuana para propósitos de la terapia de exposición. También se le refirió a su internista para que realizara un electrocardiograma, así como un examen neurológico a fin de descartar cualquier trastorno convulsivo no detectado previamente. Se esperaba administrar tan sólo una pequeña cantidad de jarabe de Ipecacuana y que las dosis más bajas sirvieran como estímulo suficiente para inducir artificialmente la náusea sin necesidad de ascender a dosis más elevadas.

La estrategia era exponer a Loni a varios niveles de náusea, primero con el estómago relativamente vacío y posteriormente repetir el mismo régimen con un grupo de alimentos seleccionados, de modo que pudiera habituarse a tener el estómago parcialmente y luego completamente lleno. Esta dimensión se agregó con el objetivo de que el miedo a vomitar se le hiciera más amenazante. La idea de explicarle a Loni el uso del jarabe de Ipecacuana consistió en crear una situación real en que la náusea se reduciría eventualmente, disminuyendo así el miedo a vomitar. Las técnicas de reducción de la ansiedad y el control gástrico fueron utilizadas para evitar el vómito. Se le enseñó a Loni a usar una combinación de respiración profunda y relajación muscular progresiva junto con imágenes de un escenario sereno. Para ella, tales imágenes consistían en una “pradera profunda y suave”. También se le enseñó a reestructurar sus creencias de que la náusea siempre llevaría al vómito, a fin de romper la firme conexión mental. Se esperaba que esta fuese la mejor forma de exponer a Loni a una situación donde ella pudiera desarrollar confianza en sus propias capacidades y, esencialmente, aprender a confiar en la reacción física de su cuerpo.

Curso del tratamiento. Evaluación del progreso

Varias series del tratamiento de exposición se monitorearon mediante las puntuaciones de Loni en el Índice de Sensibilidad a la Ansiedad, el Cuestionario de Sensaciones Corporales, y el Inventario de Depresión de Beck. Se elaboró una línea base de tres semanas utilizando las medidas mencionadas a fin de determinar los niveles iniciales de ansiedad y depresión (véanse las Figuras 1 y 2).

Loni fue instruida en relajación muscular progresiva y en el uso de imágenes visuales a fin de prepararla para la exposición. Se construyó una jerarquía para la exposición en imaginación. Se le pidió a Loni que imaginara encontrarse en un escenario tocando el piano, situación que le producía una ansiedad extrema. Entonces, Loni fue expuesta a grados variables de náusea mediante niveles dosificados de jarabe de Ipecacuana. Los niveles dosificados fueron diluidos agregándoles agua (puesto que el jarabe de Ipecacuana es soluble en agua) e incrementando luego las cantidades de jarabe puro a cada mililitro hasta que se alcanzaba el nivel deseado. El nivel inicial fue

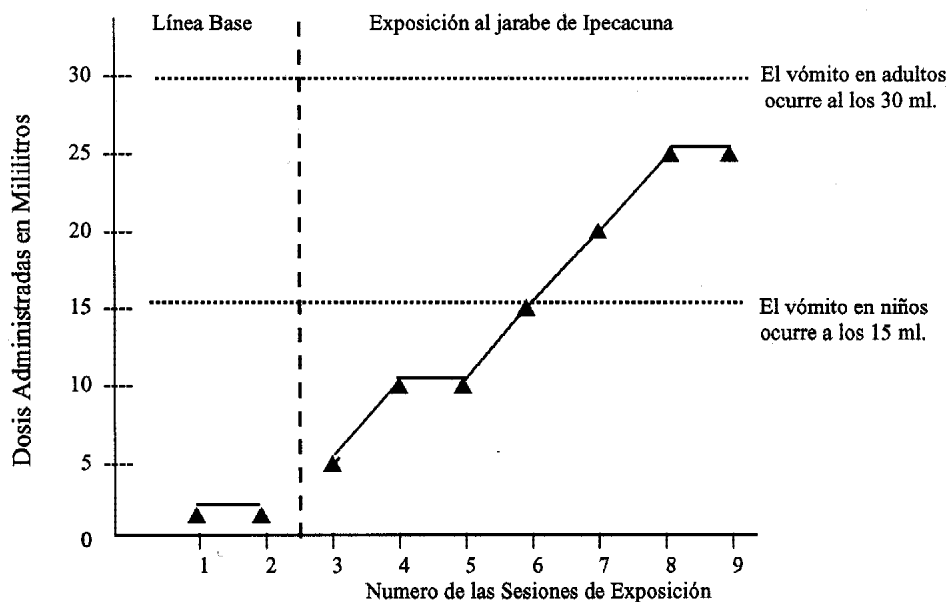


Figura 1. Sesiones de exposición al Jarabe de Ipecacuna

de tres mililitros y se aumentó progresivamente. Se usó tanta agua como fue posible a fin de diluir el jarabe de Ipecacuana y así reducir el riesgo de perturbación. Después de poco tiempo, la mayoría de los incrementos dejó de ser importante; mientras Loni pensara que estaba recibiendo más jarabe de Ipecacuana, ella experimentaría náusea. Por lo tanto, la solución estaba mayormente compuesta de agua.

Durante los ensayos de terapia de exposición, cuando Loni tenía la sensación de vomitar, se le instruía para que primero inspirase profundamente y expirase lentamente. También se le instruía para que tragara doble en un intento de alterar el reflejo de vomitar. Obviamente, un recipiente metálico se hallaba disponible siempre, en caso de que ella fracasara. Sorprendentemente, Loni no vomitó una sola vez durante el proceso de tratamiento.

La mejoría se evaluaba usando el ISA y el CSC para medir la reducción de la ansiedad y del miedo a la náusea. Un ítem específico, tanto en el ISA como del CSC, indicaba el número de episodios de náusea. La fluctuación de estos niveles de respuesta fue entonces monitoreada por separado.

Una vez que se desarrolló el programa de terapia de exposición se enseñó a Loni que utilizara las técnicas de reducción de la ansiedad, así como la reestructuración cognitiva para evitar su creencia en enfermarse y vomitar. Se le instruyó específicamente a tratar de mantenerse relajada y calmada, y evitar el énfasis en vomitar o en imágenes que le produjeran miedo a vomitar por medios cognitivos. Por ejemplo, si la imagen de vomitar entraba en su mente, ella debía desviar el foco hacia la imagen de yacer sobre

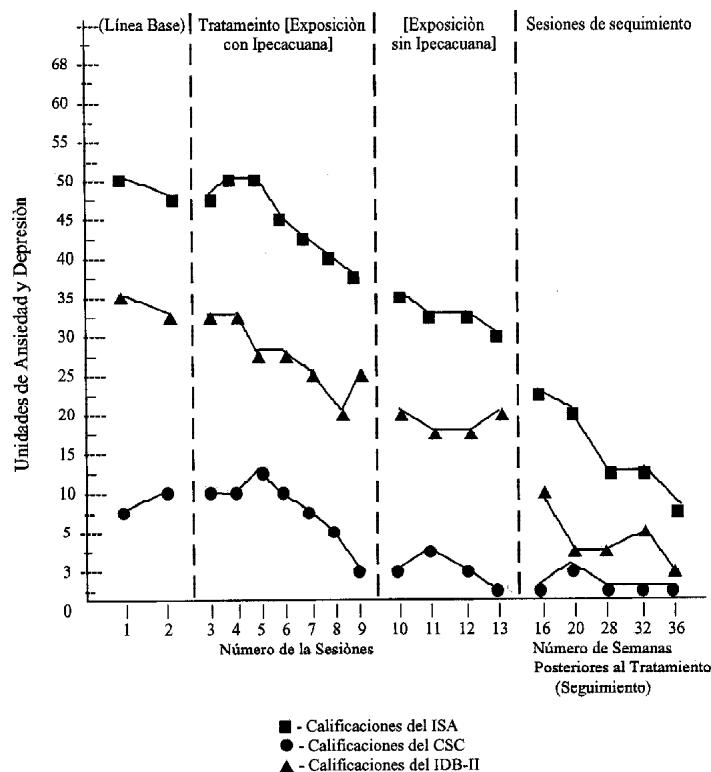


Figura 2. Calificaciones del ISA, el CSC y el IDB-II.

una pradera en un estado relajado y combinar esto con la respiración controlada. La idea de controlar sus síntomas corporales mediante el reentrenamiento de la respiración y confiar en sus funciones corporales fue de gran importancia para su éxito. Una vez relajada, se le instruyó para que permitiera que cualquier imagen productora de ansiedad entrara en su mente mientras ella permanecía en calma y relajada.

Una vez que se expuso a Loni a niveles variables de Ipecacuana fue capaz de prevenir el vómito con éxito tras consumir la mitad o una porción completa de gelatina y galletas saladas. Desarrolló confianza y destrezas para la reducción del miedo a la náusea, la cual sin advertirlo, había afectado su habilidad para evitar el vómito.

Un segundo segmento del tratamiento la expuso a una nueva jerarquía que comprendía tocar el piano frente a un grupo de personas. Se incluyeron grupos cada vez más grandes y, posteriormente, escenarios más formales y eventos comunitarios. Algunas de sus ejecuciones ocurrieron incluso durante períodos en los cuales ella se hallaba bajo la influencia del jarabe de Ipecacuana, de modo que alguna amenaza de náusea y vómito era producida por la idea de que la comida en su estómago la hacía vulnerable. Sin embargo, esto sólo ocurrió cuando ella desarrolló la confianza de que la náusea y

el vómito sólo representaban un área de dificultad. Fue expuesta gradualmente hasta reiniciar su ejecución ante el piano y, felizmente, hasta el momento continúa interpretando en el escenario sin dificultad.

Complicaciones

La complicación más seria en este caso fue el riesgo menor al utilizar el jarabe de Ipecaquana con el objeto de desarrollar graduaciones de la náusea. No había otro modo de concebir cómo esto podía llevarse a cabo, excepto que a través del uso de un emético tal como el jarabe de Ipecaquana. Inicialmente, se pensó usar una variedad de comidas condimentadas para llevar a cabo la misma tarea; sin embargo, esto no proporcionaba necesariamente una gradación controlada de la náusea ni garantizaba que la náusea ocurriría. De hecho, era más probable que causara vómito inmediatamente, lo cual no era ciertamente la meta deseada. La segunda complicación, por supuesto, consistió en enseñarle a Loni como mantener el control de sus funciones corporales frente a un antagonista fisiológico real que le ocasionaría el vómito. Si bien fue difícil, esto se logró, lo cual fue útil para que Loni aprendiera como controlar sus funciones corporales. Sin embargo, el riesgo de otro episodio de vómito siempre se encontraba presente. En el caso de que esto hubiese podido ocurrir, le habría causado ciertamente una regresión mayor.

Seguimiento

Se realizó un seguimiento telefónico a intervalos de 6 meses tras el fin del tratamiento. También se le enviaron a Loni los cuestionarios mencionados para que los respondiese. El seguimiento a los 2 años indicó que Loni no experimentaba recaída alguna. Además, sus calificaciones en el BDI, el ASI, y el BSQ reflejaron un elevado nivel de éxito. Aunque se le ofreció a Loni la posibilidad de asistir a sesiones de refuerzo durante el período de seguimiento, ella nunca expresó la necesidad de utilizarlas.

Implicaciones del tratamiento en el caso

Siempre es difícil en casos como éste señalar exactamente qué contribuye al éxito terapéutico. Obviamente, la reducción de la ansiedad tuvo un tremendo impacto en la mejoría de Loni. Uno se pregunta qué tan sustancial fue el papel que tuvo la ansiedad en el incidente original, en contraste al primer trimestre del embarazo y la ingestión de comida condimentada. Es claro que el uso de los niveles graduados del emético fue extremadamente útil en reproducir una jerarquía que fuese efectiva para mejorar este problema. Curiosamente, fue sólo después de determinar que los niveles variables de jarabe de Ipecaquana realmente dejaron de producir náusea, pues éste bien produce el vómito o no lo produce. Esencialmente, esto sugiere que Loni estaba realmente provocando niveles variables de náusea por sí misma sin saberlo. Los procedimientos estándar de relajación muscular progresiva y el reentrenamiento de la respiración también ayu-

daron tremendamente en la reducción de la ansiedad de Loni. El antagonista del H₂ fue dosificado eventualmente durante el curso de la terapia de exposición de modo que éste tampoco fue el factor primario que provocó la mejoría.

En general, en términos simples, Loni ganó de nuevo confianza para tocar el piano sin dificultades. Ciertamente, parte de su tratamiento también involucró enfrentarse con la vergüenza que le ocasionó el incidente inicial de vómito en el escenario. Una de las metas del tratamiento fue hacerla regresar y hablar con algunas de las personas que se encontraban detrás del escenario durante su actuación, así como aquellos que fueron parte de la audiencia la noche en que ella vomitó. Loni, para su sorpresa, supo que era más numerosa la gente compasiva que aquellos que la ridiculizaron o que sintieron asco. Esto también sirvió para reforzar la confianza de Loni para seguir adelante.

Recomendaciones para psicoterapeutas y estudiantes

El mensaje a estudiantes y clínicos debería ser que a veces deben implementarse diseños de tratamiento complicados a fin de lograr el éxito en casos complicados. El caso de Loni fue ciertamente difícil; la mayoría de la gente podría verdaderamente sentir compasión por sus circunstancias. Al mismo tiempo, la mayor parte de psicoterapeutas se encontrarían perdidos al comenzar a trabajar con un caso con tales desafíos. El uso de técnicas creativas para la exposición y la reducción de la ansiedad fue claramente necesario con el objetivo de lograr una recuperación completa. Sin embargo, es importante que los psicoterapeutas y estudiantes siempre reciban algún tipo de supervisión médica cuando utilicen esta combinación de técnicas. En este caso particular, también se le pidió a Loni que se hiciera un examen médico completo, incluyendo un electrocardiograma y estudios neurológicos, con el fin de descartar cualquier dificultad potencial que pudiera ocurrir durante el curso de la terapia de exposición (esto es, actividad convulsiva cerebral, síntomas cardíacos, etc.). También, la terapia de exposición diseñada y propuesta fue discutida con fuentes independientes, que incluyeron a un psiquiatra y un gastroenterólogo también diplomado en Medicina Interna. Además, se le dio a Loni la oportunidad de interrumpir el tratamiento de exposición en cualquier momento que lo deseara. Esencialmente, esto le proveyó la confianza de que siempre sería capaz de mantener el control durante el curso de tratamiento.

Referencias

- Barmann, B. C. (1980). Use of contingent vibration in the treatment of self-stimulatory hand-mouthing and ruminative vomiting behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 11, 307-311.
- Beck, A. T., Steer, R. y Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory – II Manual*. San Antonio, Texas: The Psychological Corporation.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 525-532.

- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P. y Gallagher R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 1090-1097.
- Dozois, D. J. A., Dobson, K. S. y Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10, 83-89.
- DiNardo, P. A., Brown, T. A. y Barlow, D. H. (1994). *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version (ADIS-IV-L)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation/ Graywind Publishing Incorporation.
- Klonoff, E. A., Knell, S. N. y Janata, J. W. (1994). Fear of nausea and vomiting: The interaction among psychosocial stressors, developmental transitions, and adventitious reinforcement. *Journal of Clinical Child Psychology*, 13, 263-267.
- McFadyen, N. y Wyness, J. (1983). You don't have to be sick to be a behaviour therapist but it can help treatment of a vomit phobia. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 173-176.
- Philips, H. C. (1985). Return of fear in the treatment of a fear of vomiting. *Behavior Research and Therapy*, 23, 45-52.
- Redd, W. H. (1980). In vivo desensitization in the treatment of chronic emesis following gastrointestinal surgery. *Behavior Therapy*, 11, 421-427.