

**APLICACIÓN DE EMDR**

**EN EL TRATAMIENTO**

**DE FOBIAS**

**Ad de Jongh. Ph. D.**

**Estambul, Junio de 2006**

## RESUMEN DE ESTE TALLER

- Comprensión de miedos y fobias
- Cuándo y por qué utilizar EMDR
- Conceptualización del tratamiento EMDR
- Valoración y plan de tratamiento
- Selección de las dianas apropiadas para el tratamiento
- Aplicación del protocolo para fobias
- Estrategias adicionales para un tratamiento eficaz

### ¿Qué es el miedo?

ESTÍMULOS  
(aspectos que provocan

miedo)

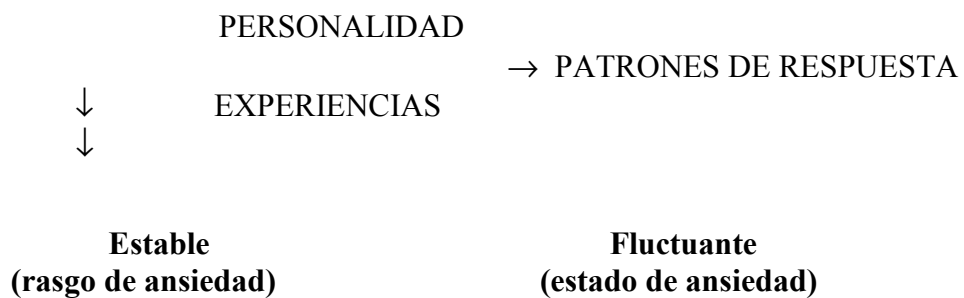
EXPERIENCIAS  
PERSONALIDAD



RESPUESTAS      ⇒  
emocional  
cognitiva  
conductual  
física

CONSECUENCIAS  
psico-sociales

### Diferentes tipos de miedo



## Prevalencia de miedos \*

	<u>Prevalencia</u> (%)
Serpientes	33
Herida	32
Altura	29
Tratamiento dental	22
Arañas	22
Espacios cerrados	17
Otro miedo	81

\*Países Bajos; n = 961.

## ¿Cuándo se convierte el Miedo en Patológico?



## Tipos de fobias

Miedo excesivo e irracional de cierta situación, p. Ej:

- De que la persona crea que sea escudriñada por otros: *fobia social*.
- De que la persona se crea incapaz de escapar en caso de ataque de pánico: *agorafobia*.
- Que contenga otros objetos o estímulos que provoquen ansiedad ( altura, avión, conducir un coche, hospital, etc.): *fobia específica*.

## Criterio para el diagnóstico de fobia específica (I)

1. Miedo marcado y persistente que es excesivo e irracional, debido a la presencia o anticipación de un objeto específico o situación.
2. La exposición a estímulos fóbicos provoca una casi inmediata respuesta de miedo.

## **Criterio para el diagnóstico de fobia específica (II)**

3. La persona reconoce que el miedo es excesivo e irracional.
4. La situación fóbica es evitada o soportada con una ansiedad intensa o distrés.
5. La evitación, ansiedad anticipatoria o distrés en las situaciones temidas, interfiere significativamente con la rutina normal de la persona, su funcionamiento ocupacional, actividades o relaciones sociales, o hay un importante malestar por la fobia.

## **Criterio diagnóstico para fobia social**

1. Como fobia específica.
2. Miedo pronunciado y persistente de uno a o más situaciones sociales en las que la persona es expuesta a personas no familiares o al posible escrutinio de otros. Los miedos individuales actúan de un modo humillante o embarazoso.

## **Prevalencia de fobias\***

	Prevalencia (%)
Tratamiento dental	3.4
Altura	2.6
Arañas	2.5
Volar en avión	1.2
Espacios cerrados	1.1
Inyecciones	1.1
Otra fobia	10.6

\* Países Bajos; n = 961

## **Tipos de fobias específicas**

(n= 704; Fredrikson et al. ,1996)

- Tipo situacional
  - Tormenta
  - Espacios cerrados
  - Oscuridad
  - Altura
  - Volar
- Tipo animal
  - Serpientes
  - Arañas
- Tipo mutilación
  - Inyecciones
  - Dental
  - Herida

DSM-IV: (1) tipo animal- (2) tipo ambiente natural- (3) tipo situacional- (4) tipo sangre-herida- inyección.

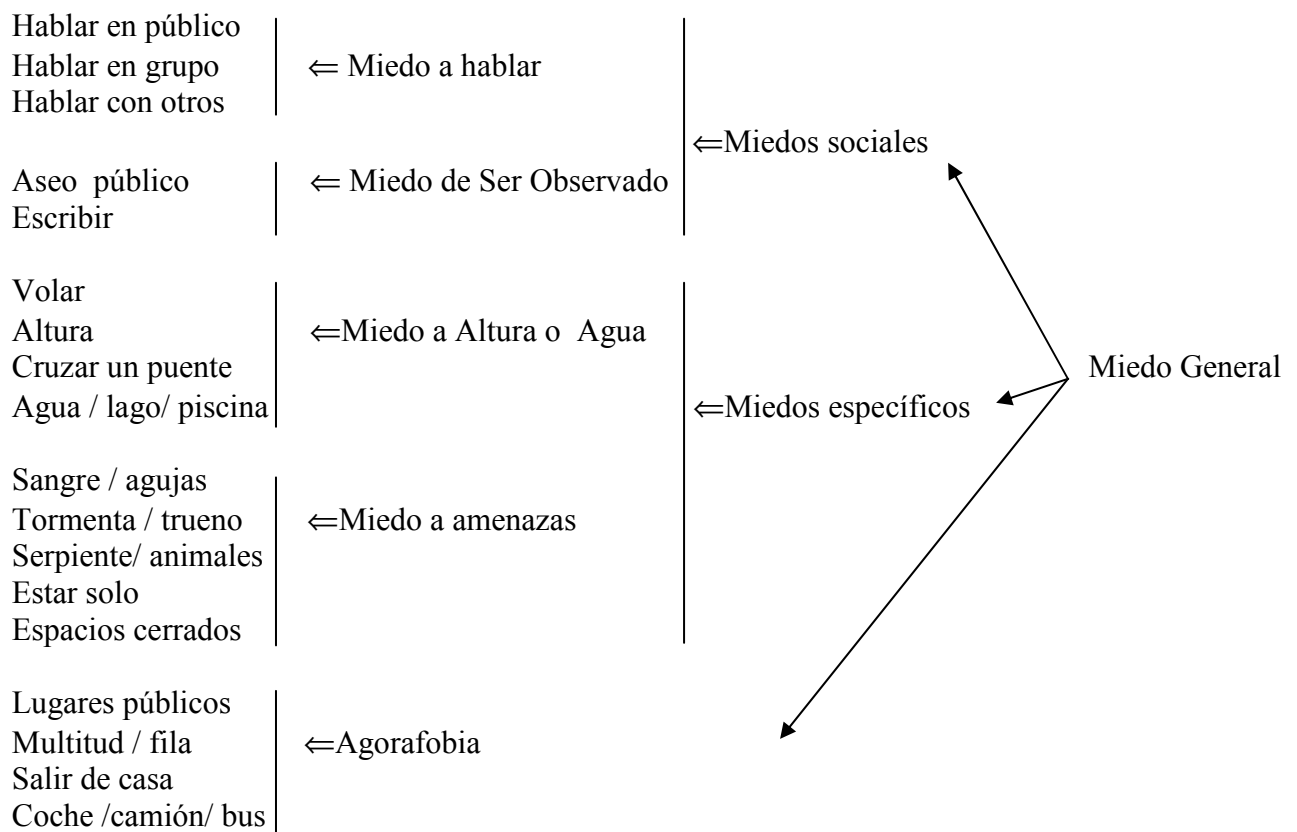


Fig. 1. Propuesta de estructura jerárquica de situaciones temidas en las CN.

**Dentro de cierto tipo de fobias, puede haber otros subtipos diferentes, individualmente**

- Miedo general a inyecciones
  - Dolor al pinchazo
  - Mareo
- Miedo a heridas
  - Lesión a estructuras físicas ( p. Ej. vasos, nervios).
  - Hemorragia
- Miedo a enfermedades
  - Espera en la operación
  - Infecciones
- Ansiedad ante la ineficacia de anestesia local
  - Efecto inadecuado de la anestesia (dolor)
  - Insensibilidad
  - Reacción alérgica

## Modelo del círculo vicioso de la fobia dental



## El rol de las experiencias negativas en la génesis de fobias

### Antes del condicionamiento

EC  $\longrightarrow$  No respuesta o respuesta irrelevante  
(luz)

EI  $\longrightarrow$  Respuesta Incondicionada  
(comida) (salivación)

### Durante el condicionamiento

EC  $\searrow$   
(luz)

EI  $\longrightarrow$  RI  
(comida) (salivación)

### Tras el condicionamiento

EC  $\longrightarrow$  RC  
(luz) (salivación)

## Condicionamiento clásico

EC (luz) → No respuesta o respuesta irrelevante

EI (comida) → RI (salivación)

EC (luz) → EI (comida) → RI (salivación)

EC (luz) → RC (salivación)

## Condicionamiento operante

<u>Tipo de reforzador</u>	<u>Reforzador</u>	
	<u>Presentado</u>	<u>Omitido</u>
<u>Positivo</u>	(Refuerzo +)	(Frustrante no recompensa)
<u>Negativo</u>	(Castigo)	(Refuerzo -)

Fig. 1.2. Las formas en que puede incrementarse la frecuencia de una conducta (↑) o disminuir (↓), manipulando sus consecuencias.

## Modelo de dos fases

- Ansiedad (condicionamiento clásico)
- Evitación (condicionamiento operante)

## Modelo de Adquisición de Miedo de las “Tres rutas” (Rachman, 1977)

1. Experiencias traumáticas de condicionamiento.
2. Aprendizaje vicario / observacional.
3. Transmisión de información.

## Caso

Un hombre de 24 años , mientras el dentista trata de extraerle un diente, salta hacia una pared por el dolor que siente. Cuando aún no tiene efecto la anestesia local, el dentista comienza la extracción. El paciente “vuela” de la silla y golpea su cabeza contra un muro de escayola en la consulta. Al final, la policía actuó como mediadora. El paciente se compromete indemnizar por los daños en la pared.

## ELEMENTOS CRÍTICOS DE DIAGNÓSTICO EN LA EVALUACIÓN DE MIEDOS Y FOBIAS

### Identificar los estímulos discriminativos

*El cliente tiene miedo a las inyecciones. ¿Qué es lo primero que debe preguntar?*

¿Qué inyecciones te dan miedo (específicamente)?

### Identificar la “catástrofe” (estímulo incondicionado)

*El cliente tiene miedo de las inyecciones. ¿Cuál es la segunda pregunta que debe formular?*

¿Qué temas cuando te enfrentas / expones a ...(una inyección/ cierto aspecto de la inyección)?

“Que me marearé”

o:

“Que me dolerá mucho”

o:

“Que se romperá la aguja”

o:

“Que enfermaré”

### Estímulo fóbico y consecuencia temida

Si.....entonces.....(relacionado con un recuerdo diana)

**Estímulo / EC**

**Catástrofe /RI**

...si me pinchan...

...me ahogaré...

...se romperá la aguja...

...me marearé...

...me muero...

## Validez de la catástrofe

Valorar la relación entre EC y EI: *La probabilidad de la consecuencia temida*

“Si recibo una inyección, en una escala de 0 (nada creíble) a 7 (totalmente creíble), ¿cómo siento de cierto que esto me dañará?”

## Credibilidad

Si .....entonces.....(reprocesar el recuerdo diana)

## CONCEPTUALIZAR LA EXPOSICIÓN EN VIVO COMO EXPERIMENTO CONDUCTUAL

### Guía general para el experimento conductual

- 1. Identificar los estímulos de la situación(EC)**  
“¿Qué disparadores exactamente (objeto o situación) temes más? ( P. Ej. conducir en un túnel).
- 2. Identificar la catástrofe esperada (EI)**  
“¿Qué temes que pueda ocurrir si te expones a.....? (“Entonces perderé el control”).
- 3. Formulación de la predicción en términos de “Si..., entonces...”-declaración.**  
¿Es cierto que lo que dices de que SI estuvieras en un túnel, ENTONCES perderías el control?
- 4. Credibilidad subjetiva**  
“En una escala de 0 (nada creíble) a 7 (totalmente creíble), ¿cómo lo sientes de cierto?
- 5. Exposición**  
Confrontar gradualmente a la persona con el EC (sin darse los EI).ç
- 6. Evaluar**  
Evaluar “el experimento “ a la luz de la predicción e investigar si el cliente estaría preparado para ajustar su rango de credibilidad (p. Ej. puntuando de nuevo).
- 7. Repetir el procedimiento desde la etapa 5.**

Confrontaciones sistemáticas con los estímulos fóbicos    Si.....entonces.....    ¿No ocurre nada?  
80 %  
↓  
0%  
Reducción de ansiedad

Pero ...hay ciertos tipos de fobias para las que la exposición al EC no conlleva habituación, sino que de hecho activa la red del miedo, como extensión de que el cliente no puede resistir y /o pasar de la sensibilización a la desensibilización.

### Tratamiento de fobias

- La exposición *en vivo* es el tratamiento de elección
- Sin embargo...  
 observe que esta conclusión se basa enteramente en el área de fobias monosintomáticas, no de fobias *basadas en traumas, como:*
  - Fobia a arañas
  - Fobia a la altura
  - Fobia a serpientes, etc.

### Fobias y su origen traumático

<u>Tipo de fobia</u>	<u>estudio</u>	<u>rango de condicionamiento directo</u>
• Serpientes	Ollendick & King, 1991	1%
• Fobia al agua	Menzies y Clarke, 1993 Graham & Gaffan, 1997	0-2%
• Arañas	Kirby y col. 1995 Jones & Menzies, 1995 Davey, 1992 Kleinnecht, 1992	0-6%
• Volar	Goomey & O'Connor, 1970	8%
• Tormentas	Liddell & Yvons, 1978	10%
• Agorafobia	Goldstein & Chambless, 1978 Burglass y cols. 1977	7-13%
• Altura	Menzies & Clarke, 1993 y 1995	11-18%
•		
• Perros	DiNardo y cols. 1988 King y cols. 1997 Doogan & Thomas, 1992	13-38%
• Fobia social	Steinberg y cols. 1995	44%
• Fobia a sangre-herida	Thyer y cols. 1985 Kleinknecht, 1994	58-60%
• Conducir	Munjack, 1994	70%
• Hablar en público	Hofmann y cols. 1995	89%
• Dental	De Jongh y cols. 2003 Locker y cols. 1996	85-96%

## **Rango de síntomas entre muy ansiosos a normales, en un grupo de referencia de pacientes regulares**

<b>Síntomas de TEPT</b>	<u>Pacientes muy ansiosos</u>		<u>Pacientes regulares</u>	
	<b>No</b>	<b>%</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
Re-experimentación	61	43.3	10	10.1
Evitación	58	41.1	3	3.0
Retirada / pérdida de interés	40	29.0	2	2.0
Problemas de sueño	70	50.0	12	12.2
Sin síntomas de TEPT	76	53.9	93	93.9
1-3 síntomas de TEPT	45	31.9	6	6.1
Los 4 síntomas	20	14.2	0	0.0

## **Tratamiento de fobias**

- Además, existen ciertas dificultades al tratar cierto tipo de fobias, p. ej.
  - Fobia a avispas
  - Fobia a volar
  - Ciertas fobias médicas
- Hay apoyo empírico para el tratamiento conductual de fobias, basado en un rango limitado de éstas:
  - Fobia a conducir / accidentes
  - Fobia a perros
  - Fobia a la asfixia
- Falta apoyo para el tratamiento conductual de la fobia relacionada con condiciones traumáticas.
- El tratamiento conductual de las fobias inducidas traumáticamente parece difícil, y requiere generalmente un tratamiento intensivo / más largo (> 20-50 sesiones).

## EXPOSICIÓN DISTRACTORA



### Fundamento

- La confrontación prolongada conlleva una reducción de la respuesta de miedo mediante...:
- Habitación
- Aumento de la auto-eficacia
- Demostrar que las “catástrofes” esperadas no ocurren, y por lo tanto no son muy probables.

### Exposición distractora frente a focalización

*K. A. Johnstone. A.C. Page/ Behavioral Research and Therapy 42(2004) 249-275*

ACQ												
FSQ						ACQ				ACQ		
MRSS						FSQ				FSQ		
SSES						SSES				SSES		
	Exposición	exposición	exposición	exposición		4 semanas		exposición				
BAT1	sesión 1	BAT2	sesión 2	BAT3	sesión 3	BAT4		de seguimiento		BAT5	sesión 4	BAT 6

Fig. 1. Horario de la fase experimental en la administración, BATs y sesiones de exposición. Los pacientes experimentaban distracción o focalización sólo en las sesiones de exposición.

## **Resultados**

“Quienes experimentaron exposición distractora, mostraron reducción en el miedo subjetivo dentro y entre sesiones, informando de una ansiedad menor que los que tuvieron exposición focalizada.”

“...la distracción facilita una reducción de la ansiedad cuando los participantes tienen ansiedad “alta”, y la focalización facilita la reducción de ansiedad cuando los participantes tienen ansiedad “baja”.

## **Implicaciones para la práctica clínica**

- Bajo nivel de ansiedad.
- Incidente “traumático” no claro al principio.



**Exposición gradual en vivo o experimento conductual**

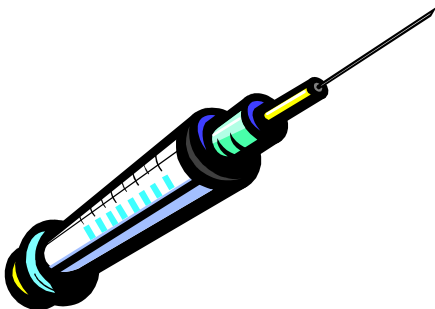
## **Implicaciones para la práctica clínica**

- Alto nivel de ansiedad
- Incidente “traumático” identificable al principio.



**Exposición gradual en vivo con distracción o EMDR**

## **Ejemplo: Fobia a inyecciones**



- Cliente con forma extrema de fobia a inyecciones.
- Comenzó en la infancia cuando estaba en un lugar en construcción, y pisó una madera con un clavo hacia arriba.
- Vio el clavo atravesar su pie a través del zapato.
- Comenzó a evitar situaciones médicas tras el incidente.

- Recientemente ha desarrollado una enfermedad sanguínea grave (leucemia).
- Para su tratamiento debe sufrir transfusiones una vez cada dos semanas.
- Sólo se pueden llevar a cabo bajo anestesia general, debido a sus severas reacciones de pánico .
- Ha sido derivado al tratamiento por el psicólogo del hospital.
- La exposición a las agujas comienza a una distancia de seis metros.

### **Reprocesamiento y desensibilización por movimientos oculares**

- **Objetivo del tratamiento:**  
Que los estímulos temidos (p. ej. el silbido de una serpiente o de un instrumento dental) no eliciten más una respuesta emocional excesiva o anormal.
- **Cómo:**
  1. Reprocesar aspectos de los recuerdos, para que no perturben más cuando lleguen, ni eliciten respuesta de miedo en la confrontación con el indicador fóbico.
  2. Reducir la ansiedad anticipatoria, preparando al cliente para situaciones futuras (instalando un esquema futuro).
  3. Desconfirmar aún más la CN, confrontando al cliente con el estímulo fóbico mientras él/ ella experimenta la ausencia de cualquier resultado aversivo (exposición *in vivo* , test conductual, trabajo programado para casa).
  4. Que el paciente aprenda a sentir seguridad en una situación potencialmente difícil ( fortalecer los recursos de afrontamiento del cliente).

### **¿Apoyo empírico?**

1. Tres RC hacia arañas, de las que una se da en adultos.
2. Uno con trastorno de pánico con agorafobia

### **Conclusión:**

**No hay resultados sólidos o convincentes.**

### **Caso de fobia a la asfixia**

- El cliente sufrió una operación de corrección de mandíbula.
- Las mandíbulas tuvieron que permanecer unidas durante 6 semanas.
- Durante la estancia en la unidad de cuidados intensivos, un tubo usado para drenar fluidos de sus pulmones, se insertó de forma incorrecta.
- El cliente tuvo que vomitar y se asfixió casi hasta morir.
- A la siguiente noche, la persona de la cama de al lado se ahogó, y el cliente fue testigo de la maniobra de resucitación fallida.

- El cliente desarrolló una fobia a la asfixia y no pudo comer más (sólo fluidos).
- El cliente experimentó una gran pérdida de peso.
- Extremadamente asustado por la fobia dental.
- Fue imposible el tratamiento de ortodoncia que requería impresiones.

## ¿CÓMO CONCEPTUALIZAMOS EL TRATAMIENTO EMDR?

### Asunción del modelo EMDR

Los disparadores presentes (respuestas fóbicas) son manifestaciones de sucesos pasados sin procesar.

Existe una asunción implícita del modelo: Sólo cuando la red de memoria está activada (completamente), puede darse el cambio.

Cuanto más se activa la red mnemónica, más rápidamente ocurre el cambio.

### Crear una masa crítica

La activación de la red (recuerdo) de miedo, identificando:

- Aspectos estimulares (vistos, oídos, escuchados; representación mental del suceso).
- Aspectos de la respuesta (respuestas de “lucha / huida”, afecto/ ansiedad, sensaciones corporales, etc.).
- Aspectos de significado NC:” Estoy (*todavía*) en peligro”.

### Temas cognitivos (CN)

1. Culpa / responsabilidad ( p. ej. “Soy culpable)
2. Control (p. ej. “Estoy indefenso)
3. Autoestima (p. ej. “ No valgo nada. Soy un cobarde”).
4. Vulnerabilidad (p. ej. “Soy débil”).
5. Seguridad / peligro (p. ej. “Estoy en peligro”).

### Temas cognitivos(CP)

1. Culpa/ responsabilidad (p. ej. “Hice lo que pude”).
2. Control ( p. ej. “ Ahora tengo el control; puedo manejarlo; puedo afrontarlo”).
3. Autoestima (p. ej. “Estoy bien”).
4. Vulnerabilidad ( p. ej. “Soy fuerte”).
5. Seguridad / peligro ( p. ej. “Ahora estoy a salvo”).

## VALORACIÓN Y PLAN DE TRATAMIENTO

### Valoración y plan de tratamiento

- Valoración estándar (entrevista clínica y medidas estandarizadas, p. ej. FSS, FQ y SCL-90).
- Evaluación de la motivación del cliente, estabilidad personal, y la capacidad para manejar niveles altos de perturbación.
- Observación de quejas.
- Estímulos fóbicos (internos y externos).
- Consecuencias temidas (“catástrofe” esperada).
- Severidad (p. ej. evitación y posibles beneficios secundarios).
- Formulación de los objetivos del tratamiento.

### Preparación

- Asentar una relación de confianza.
- Provisión de información necesaria (si falta), sobre los miedos del cliente.
- Introducir al cliente en EMDR.
- Enseñar a aplicar relajación u otros procedimientos de autocontrol.

## SELECCIÓN DE LAS DIANAS APROPIADAS



### Primer ruta global para seleccionar la diana apropiada

- Sintomatología fóbica disruptiva (p. ej. “Tengo dificultades al subir a edificios/ Evito visitar hospitales, etc...”).  
Ter: “¿Cuándo comenzaron estos problemas?”
- “película” del suceso
- imagen más perturbadora ( no ENTONCES, sino cuando evoca el recuerdo del suceso : AHORA)\*
- Cuando la persona tiene una buena recuperación del núcleo del suceso.

## Protocolo para fobias de Shapiro



- Selección de posibles recuerdos diana:
  1. Primer suceso condicionado.
  2. Experiencia peor o más representativa.
  3. Situación típica disparadora.
  4. Situación futura.

### Forma más global de selección de diana

Explorar todos los sucesos T / t (condicionamiento), que puedan haber contribuido al comienzo o mantenimiento de la respuesta de miedo.

### Selección de la diana: seleccionar situaciones específicas/ sucesos (“películas”)

1. Relación más fuerte con los síntomas actuales.
2. Suceso tras el cual comenzaron los síntomas de forma evidente.
3. Suceso tras el que los síntomas empeoraron de forma evidente.

Este tipo de tratamientos resultan difíciles sin realizar una línea del tiempo.

“¿Cuándo comenzaron los síntomas?”

\_\_\_\_\_ t  
Identificar el primer suceso (*condicionamiento*)

**No tiene sentido desensibilizar “síntomas de situaciones”. Las intervenciones con EMDR deben centrarse en las “el núcleo de las dianas”.**

¿Cómo conceptualizar un caso en términos de EMDR?

Valoración → Sintomatología (p- ej. imágenes intrusivas, evitación, depresión) →  
→ ¿Cuándo comenzaron los síntomas? → Recuerdos diana → protocolo EMDR

## **Segunda ruta global para seleccionar la diana apropiada**

- Tema (vital) o creencia nuclear disfuncional (p. ej. Soy un cobarde, una persona débil) Ter:”¿ *Qué situaciones en tu vida prueban que eres ...p. ej. un cobarde?* “  
→ Imagen más significativa / evidencia más poderosa.

## **EL USO DEL PROTOCOLO DE FOBIAS EMDR**

### **Ejemplo: *Fobia a volar***



- Peter tiene fobia a volar . Ha realizado varios vuelos durante los que ha sufrido ataques de pánico. Especialmente el mirar afuera y al vacío, parecen provocarle ansiedad. Desde hace varios años, Peter ya no se atreve a tomar un avión .

### **1.Primer suceso / condicionamiento**

Identificar el origen; esto es, el suceso (“película”) que ha causado (o empeorado claramente) el miedo.

“¿Cuándo comenzó el miedo? ¿Cuándo sentiste esta respuesta por primera vez?”

### **3.Comprobar si hay posibles sucesos anteriores**

- Comprobar si, de hecho, es la *primera* experiencia. Si no lo es, identificar el incidente en que lo sintió por primera vez (“película”).
- “¿Está este recuerdo perturbador relacionado con el miedo?” “¿Estás seguro de que no hay miedo anterior a este incidente”?

### 3. Crear una línea del tiempo

¿sucesos?

\_\_\_\_\_ X X X X X \_\_\_\_\_

¿Diagnosis?

¿Síntomas?

**-Fobia al vuelo**

**-Fobia a volar en avión**

### **OTRO TIPO DE ESTRATEGIAS**

#### Ejemplo

- Peter tiene fobia al vuelo. Ha viajado en diferentes vuelos en los que ha sufrido ataques de pánico. Especialmente mirar afuera y a la profundidad, parece provocarle ansiedad. Peter ya no se atreve a tomar el avión.
- ¿Qué pregunta(s) se le ha de hacer?
- Ter: ¿Qué piensas que ocurriría si mirases al vacío?
- Cl: Puede parecer estúpido, pero creo que me caeré.

#### Suceso del condicionamiento

- “¿Qué incidente.....
- a. *causó o empeoró el miedo?*” “*En otras palabras, ¿cuándo comenzó este miedo?*”
- b. *hizo que temieras mirar a través de la ventana del avión? / ¿cuándo sentiste este miedo (por primera vez)?*
- c. *hizo que te asustase caerte? / ¿cuándo experimentaste este miedo (por primera vez)?*
- *Parece que antes de este incidente ya sufrió miedo a la altura.*
- *Súbitamente recordó que, cuando era pequeño, visitó un faro con sus padres.*
- *En la cima, su padre le subió a sus hombros y realizó todo tipo de actos peligrosos y elicitadores de ansiedad. La madre sintió pánico.*
- *Esta imagen aún le perturba (CN = “Estoy en peligro”).*

#### Crear una línea del tiempo

\_\_\_\_\_ X X X X X X \_\_\_\_\_

¿Síntomas?

- Miedo de volar en avión.
- Miedo de mirar afuera.
- Miedo de caer.

## Ejercicio en grupos de dos

- 1. Identificar los estímulos de la situación (EC)**  
“¿Qué disparadores (objeto o situación) temes más?”
- 2. Identificar la consecuencia / catástrofe esperada(EIC)**  
¿Qué temes que ocurriría si te expones a...?”
- 3. Formulación de la predicción en términos de declaración ”Si..., entonces...”**  
¿Es cierto lo que dices de que SI tuvieras que...ENTONCES...?”
- 4. Valorar la “validez de la catástrofe”**  
“En una escala de 0 (nada creíble) a 7 (totalmente creíble), ¿cómo lo sientes de cierto?”
- 5. Identificar la primera diana**  
“¿Qué incidente...
  - a. causó o empeoró claramente el miedo?” “En otras palabras, ¿cuándo comenzó el miedo?”*
  - b. hizo que temieses...(estímulo)?. O: ¿cuándo te diste cuenta de este miedo (por primera vez?)”*
  - c. hizo que temieras...(catástrofe)?. O: ¿cuándo sentiste este miedo (por primera vez?)”*

## 4. Selección de la diana

- Seleccionar la imagen de una diana (“imagen fija”) del suceso condicionado (“película”).
- “*Cuando tomas ese recuerdo, ¿cuál es el momento más perturbador del incidente ahora*”.

## 5. Obtener la CN y CP

- Identificar CN y CP.  
(El dominio cognitivo apropiado, se formula en “aquí y ahora” y en relación con la imagen de la diana; CN y CP en el mismo dominio, no se esfuerce en re-escribir la historia, “fortalecerla”, etc...

## CN

¿Qué palabras van mejor con la imagen que expresa tu creencia negativa sobre ti ahora?

“Yo soy.....”

*Alternativa:*

¿Qué hace a esta imagen tan perturbadora ahora?

¿Y qué dice esto de ti?

“Yo soy.....”

“Lo que tenemos que averiguar ahora es por qué el recuerdo de este suceso todavía te molesta. Aparentemente, esto hace que utilices una conclusión negativa sobre ti, cuando coges la imagen de este incidente.”

## CN

“Podría ser que mediante estos acontecimientos te hayas empezado a considerar un... (CN; p. ej. Persona débil).

¿No te sientes así cuando traes este suceso a tu mente?

De hecho, este recuerdo puede impedir que pienses de otro modo sobre ti (CP)”.

## CP

Cuando tomas esa imagen, ¿qué te **gustaría** pensar sobre ti, **en lugar de** ... (CN).

“¿No sería fantástico **si** –al final de esta sesión- pudieras ser capaz de pensar (p. ej. Soy una persona fuerte”), cuando traigas el incidente a tu mente?

“Esto significa, que el recuerdo de este incidente ya no te impedirá más creerte una *persona fuerte*, incluso cuando te enfrentes a un perro.

En mi opinión “Soy fuerte”, sería una creencia más sana sobre ti cuando venga el incidente, que “soy débil”, ¿no te parece?.

## Introducción del estímulo distractor

- Dedos del terapeuta
- Sonidos bilaterales
- “Golpecitos con las manos”

## “Volver a la diana”

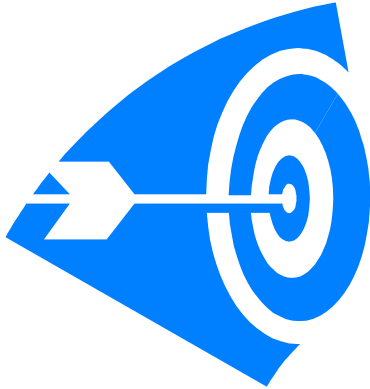
1. “Volver a la imagen / recuerdo original, como estaba almacenado en tu cabeza.”
2. “Cuando traes este recuerdo, ¿cómo lo sientes de perturbador ahora?”  
(*obtener el nivel SUD*).
3. “¿Qué aspecto de la imagen te provoca más perturbación”. O:  
“¿Qué hace en esta imagen...?”  
(*repetir SUD*).  
“¿Qué ves?”

## Fobia médica

- Hace veinte años se implantó una nueva válvula cardíaca, pero durante la extracción hubo complicaciones.
- Se tuvo que abrir su tórax mientras estaba en la cama del hospital.
- Se abrió la sutura; un gran flujo de sangre emanó de la herida.
- La válvula cardíaca tuvo que ser reemplazada, pero el miedo le impedía afrontar una nueva operación.

## ENTRETEJIDO COGNITIVO

### 6. Reprocesar las dianas restantes



- Comprobar si hay otras dianas que necesiten ser reprocesadas (SUD cuando venga un recuerdo  $\geq 0$ ).
- Si es necesario, seleccionar las dianas apropiadas (CN, CP, etc. ) y reprocesar estos recuerdos.
- Comprobar si es necesario reprocesar recuerdos relacionados y estímulos presentes.

### ¿Y si el cliente no se acuerda del suceso inicial?

#### Ejemplo: Fobia a los tiburones

Donald sufre fobia a los tiburones. Desde su infancia, evita nadar o navegar en barcos, así como en agua sin conexión con el mar, como lagos. Recuerda que cuando era joven se llegó a sentir en peligro en la bañera. Su hermano pequeño le tomó el pelo repetidamente, gritando: “¡Un tiburón..., detrás de ti!”, lo que le asustó de por vida.

Es difícil encontrar una diana, debido a no puede recordar el comienzo de su miedo irracional. Sabe que tuvo que haber visto la película “Tiburón”, aunque no tiene recuerdo perturbador de ella. En respuesta a la pregunta: “¿Qué recuerdo o imagen mental representa mejor tu miedo a los tiburones?”, Donald indicó que tenía una imagen- probablemente un trailer que debió ver de la película- de alguien nadando en el océano.

Hay profundidad, aguas profundas debajo de él, pero no hay tiburón en la esta imagen actual; aunque siente como si hubiese alguno en la profundidad. Es una imagen perturbadora, con un SUD de 8.

Donald no puede decidir sobre la CN, porque encuentra difícil elegir entre dos posibles cogniciones negativas: “Me siento impotente” y “Estoy (aún) en peligro”.

Pregunta: ¿De qué modo podemos solucionarlo?

## **Hacer una elección entre dos campos**

¿Cómo lo harías?

La emoción viene con un notable sentimiento de soledad.

Durante la fase de desensibilización, después de veinte minutos, llega de repente un recuerdo perturbador. Es una situación en la que Donald tiene unos 5 años, y está viendo cómo juega su hermano pequeño cerca de una poza profunda. Lo que ocurre, es que su hermanito resbala de repente y desaparece completamente debajo del agua. Después, sólo hay silencio durante un rato. Cuando Donald se da cuenta, comienza a gritar tan alto como puede.

Un grupo de jinetes pasaba por allí, y uno de ellos responde a sus gritos desmontando de su caballo; rápidamente se quita la chaqueta y comienza a intentar rescatar al hermano de Donald de debajo del agua, buscándole entre la profundidad. Finalmente saca a su hermano a la superficie, tras lo que se le resucita y presta ayuda.

Otras personas llegan y también cuidan de él. Donald llora, se siente impotente y solo, considerándose desconectado de su hermano. Él está llorando y el procesado con EMDR continúa. Al final de esta primera sesión, el nivel de SUD es de 2.

## **Volver a la diana: *El modo de centrarse en aspectos del estímulo*** **Un entretejido cognitivo**

Al comienzo de la siguiente sesión, Donald señaló que se sentía liberado y menos asustado con la idea de nadar en aguas profundas. Había comprado una camiseta con el dibujo de la foto del póster de “Tiburón”, y un gran escualo en él. Admitió que unos días estuvo en el mar, y ni siquiera se adentró por encima de la cintura. Luego, la diana se desensibilizó más, hasta que la imagen se convirtió en neutra (SUD = 0).

La representación mental ha cambiado a una imagen de agua serena y segura, en la que él no se siente incómodo. Tiene planes – incluso lo quiere llevar a cabo- de nadar en el mar.

Continuará....

## **ESQUEMA FUTURO**

### **Objetivo: Instalar un esquema futuro**

- Reducir la evitación conductual
- Preparar para futuras confrontaciones con el miedo, provocando estímulos
- De ese modo, se incrementa su sentimiento de confianza y fe
- Pedir al cliente que avance mentalmente en el tiempo, para identificar una imagen mental (imagen fija) de una situación que considere deseable, y en la que actúe correctamente, ( no permitir ningún aspecto catastrófico en la imagen o en la respuesta conductual del cliente).
- Instalar una afirmación para la creencia positiva adecuada (p. ej. “Puedo manejarlo”), tomando la imagen futura y teniéndola presente junto a la afirmación, mientras se potencia con series de movimientos oculares, (como en la fase de instalación del protocolo estándar).
- Chequear con: “ ¿Hasta qué punto piensas que serías capaz de manejar esta situación ahora?” (VOC)
- Continuar tanto tiempo como el cliente informe para fortalecer la validez.

## **EJEMPLO: FOBIA MÉDICA**



### **Esquema futuro**

- Imagen mental de una situación futura deseada con una respuesta conductual positiva.
- Instalar la CP estándar designada (p. ej. “Puedo manejarme con ello”/ “Puede enfrentarme”).
- Comprobar el nivel de VOC y usarlo como nivel de “autoeficacia”: el grado en que el cliente se percibe a sí mismo, como capaz de manejar la confrontación futura.

### **Importante**

- Deshacerse de material pasado antes de instalar esquemas futuros.
- No permitir ningún aspecto catastrófico en la imagen futura del cliente.

**Nota:** Puede ser necesario instalar varios esquemas futuros, uno por uno.

### **Cuestión: Fobia a vomitar**

- Mujer de 25 años, que informa de haber desarrollado una fobia a vomitar en su clase, cuando era una niña de 8 años. Tras este incidente, pasa a tener miedo de no poder controlar su vómito. Indica que evita actividades sociales y situaciones públicas, debido a que teme tener náuseas y vomitar en presencia de otros.
- El terapeuta selecciona una imagen diana de la niña, sentada en su clase mientras observa a una compañera que, de repente, empieza a vomitar (CN = “Soy una persona ansiosa”, CP = “Estoy bien como soy”).

**Cuestión:** ¿Es esto lo que tú querrías hacer también? ¿Por qué (no)?  
¿Quieres verificar alguna información?

- Tras reprocesar la imagen diana, el terapeuta decide instalar un esquema futuro. Como la cliente tiene miedo de vomitar en presencia de otros, la imagen se selecciona mientras a ella le ocurre en una cena con compañeros de su oficina. Se instala la CP “Puedo manejarlo”.

## **Prueba: Pasar el video**

- Hacer que la cliente visualice mentalmente (con los ojos cerrados), la secuencia completa del suceso, de principio a fin, de una posible confrontación típica con la situación estimular temida.
- Pedir a la cliente que identifique cualquier aspecto perturbador de su visualización, abriendo los ojos en caso de que venga algo molesto. Esto es un indicador para que el terapeuta pida a la cliente que diga la CP (estándar): “Puedo manejarlo”, e introducir la estimulación bilateral.

## **Chequeo corporal**

- Tener en mente tanto la diana futura como la CP, escaneando mentalmente el cuerpo.
- Reprocesar cualquier sensación negativa, fortaleciendo las sensaciones positivas.

## **PREPARAR AL CLIENTE PARA CONFRONTACIONES FUTURAS**

- Preparar en cooperación con el cliente, consignas para la exposición / experimento conductual, aumentando la autoconfianza, de modo que pueda enfrentarse a las señales elicitoras de miedo (antes).

## **Trabajo para casa**

El objetivo principal de las tareas para casa, es que el cliente pueda poner en práctica lo aprendido. Por ello, se dice al cliente que deje de ser evitativo en la vida diaria, tanto como sea posible, y considere cada confrontación con el estímulo temido como una oportunidad de llevar a la práctica las habilidades adquiridas.

## **9.Prepara al cliente para confrontaciones futuras**

- Evaluar la respuesta del cliente en la confrontación del miedo – elicitando los estímulos de la situación y añadiendo exposición *in vivo* cuando haga falta.
- Considerar enseñar al cliente la aplicación de técnicas de autocontrol o relajación.

## **ENSEÑAR UNA ESTRATEGIA DE AFRONTAMIENTO: 1000-7**

### **EMDR con un niño de 3 años, que tiene fobia a la asfixia**

David es un niño de 3 años, que desarrolló fobia a la asfixia 6 meses antes.

Durante una visita a su médico general, se tragó una gominola. Casi inmediatamente, se bloqueó su garganta y el niño se ahogó casi hasta morir.

La madre vio lo que pasó, pero no pudo hacer nada, aunque el médico era incapaz de sacar la gominola de la garganta del niño.

El niño perdió el conocimiento. Al final la pericia de otro doctor consiguió extraer el dulce de la garganta. El niño fue llevado al hospital.

David tuvo que permanecer en el hospital tres días, pero tras el accidente tuvo miedo de tragar y meterse cosas en la boca. Tampoco permitía que sus padres le cepillasen los dientes. Después de 6 meses, más de la mitad de los dientes tenían caries, y debían extraerse con anestesia general. Fue derivado por el dentista para tratamiento psicológico. La madre desarrolló un cuadro completo de TEPT por el incidente, y también acudió a tratamiento. Ella fue tratada primero, y David le siguió una semana después.

## **CONCLUSIÓN**

- Parece que EMDR es especialmente eficaz en fobias relacionadas con condiciones traumáticas.