

**CUANDO TODOS ME MIRAN...
CASO DE FOBIA A HABLAR EN PÚBLICO DE ORIGEN TRAUMÁTICO**

**WHEN EVERYONE LOOKS AT ME...
A CASE OF PHOBIA OF PUBLIC SPEAKING WITH A TRAUMATIC ORIGIN**

Miriam Cejudo Navarro

Psicóloga

Experto en Clínica e Intervención en Trauma con EMDR por la SEMPYP

Resumen: La glosofobia, o fobia a hablar en público está considerada según DSM-V como una fobia social específica. En este trabajo se presentan las bases conceptuales y teóricas de este tipo de fobia y se sintetizan las distintas técnicas de son susceptibles de poder utilizarse en su tratamiento.

Las causas de este miedo pueden ser variadas pero en el presente artículo nos centraremos en las que tienen un origen traumático. Sabemos, según la teoría del Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI), que síntomas actuales son, en muchos casos, producto de experiencias del pasado que no fueron adecuadamente procesadas por el cerebro en su momento. Por tanto, ciertos estímulos pueden resultar fóbicos en el presente por estar asociados a vivencias traumáticas donde estos estímulos estuvieron presentes de algún modo.

A continuación se presenta paso a paso la evaluación y tratamiento con EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares) de un caso de fobia a hablar en público con origen en una experiencia traumática de la infancia.

Palabras clave: glosofobia, trauma, miedo, fobia, hablar, EMDR

Abstract: The glossophobia, or fear of public speaking is considered by the DSM-V a specific social phobia. In this article the conceptual and theoretical foundations of this type of phobia are presented and various techniques which are likely to be used in treatment are synthesized.

The causes of this fear can be varied but in this article we will focus on those with a traumatic origin. We know from the Adaptive Information Processing model (PAI), that current symptoms are, in many cases, due to past experiences that were not properly processed by the brain. Therefore, certain phobic stimuli may result to be associated with traumatic experiences where these stimuli were present in some way. Detailed below is the evaluation and treatment with EMDR (Desensitization and Reprocessing Eye Movement) of a case of phobia of public speaking originating from a traumatic childhood experience.

Keywords: glossophobia, trauma, fear, public speaking, EMDR

INTRODUCCIÓN

El miedo a hablar en público es el temor intenso y desproporcionado que algunas personas experimentan en tales situaciones. Los síntomas que suelen mostrar las personas que sufren este trastorno pueden incluir respiración acelerada, sudoración, tensión corporal, sequedad bucal, rubor facial, náuseas, presión arterial alta, malestar abdominal o urgencia urinaria, taquicardia, fallos de memoria y confusión de las ideas que se querían exponer, voz tensa, temblorosa o tartamudeo, y miedo extremo al error o al fracaso.

Para denominarlo fobia, en este caso glosofobia, el miedo ha de ser realmente intenso, irracional y persistente. En algunos casos puede llegar a ser verdaderamente incapacitante y limitar de forma notable la vida personal o laboral de la persona. Desde la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés, SEAS, informan de que alrededor de un 20% de las personas se activan en exceso y focalizan su atención más en los síntomas de ansiedad que en la tarea de hablar en público, lo pasan muy mal y hacen lo posible por evitarla en el futuro.

Sin embargo, sufrir algún sentimiento de nerviosismo ante alguna de estas situaciones es normal y no constituye una fobia. De hecho se estima que el 75% de la población lo sufre. Hablar en público es algo que en muchos casos intimida un poco y además es una capacidad que no suele entrenarse muy a menudo en la infancia o adolescencia (el sistema educativo español no potencia suficientemente el desarrollo de esta habilidad) y, por tanto, no es algo que salga de modo sencillo en la mayoría de los casos. El 90% del éxito de un buen discurso o presentación tiene que ver con el método que se aprenda y sólo un 10% es innato.

Según el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V)”, de la Asociación Americana de Psiquiatría, la fobia a hablar en público (glosofobia) y el pánico escénico están considerados, dentro de los trastornos de ansiedad social, una fobia social específica. Así mismo, el miedo a hablar en público puede darse solo, junto con fobia social generalizada o formar parte del miedo escénico.

Los criterios diagnósticos del DSM-V para la fobia social son:

A. Miedo o ansiedad intensa en una o más situaciones sociales en las que el individuo está expuesto al posible examen por parte de otras personas. Algunos ejemplos son las interacciones sociales (por ejemplo, mantener una conversación, reunirse con personas extrañas), ser observado (por ejemplo comiendo o bebiendo) y actuar delante de otras personas (por ejemplo, dar una charla). En los niños, la ansiedad se puede producir en las reuniones con individuos de su misma edad y no solamente en la interacción con los adultos.

- B. El individuo tiene miedo de actuar de cierta manera o de mostrar síntomas de ansiedad que se valoren negativamente (es decir, que lo humillen o avergüencen; que se traduzca en rechazo o que ofenda a otras personas).
- C. Las situaciones sociales casi siempre provocan miedo o ansiedad. En los niños, el miedo o la ansiedad se puede expresar con llanto, rabietas, quedarse paralizados, aferrarse, encogerse o el fracaso de hablar en situaciones sociales.
- D. Las situaciones sociales se evitan o resisten con miedo o ansiedad intensa.
- E. El miedo o la ansiedad son desproporcionados a la amenaza real planteada por la situación social y al contexto sociocultural.
- F. El miedo, la ansiedad o la evitación es persistente, y dura típicamente seis o más meses.
- G. El miedo, la ansiedad o la evitación causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. El miedo, la ansiedad o la evitación no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga o un medicamento) ni a otra afección médica.
- I. El miedo, la ansiedad o la evitación no se explica mejor por los síntomas de otro trastorno mental, como el trastorno de pánico, el trastorno dismórfico corporal o un trastorno del espectro del autismo.
- J. Si existe otra afección médica (por ejemplo, enfermedad de Parkinson, obesidad, desfiguración debida a quemaduras o lesiones) el miedo, la ansiedad o la evitación está claramente no relacionada o es excesiva.

(Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.)

Las causas de este miedo pueden ser variadas. Entre ellas podríamos destacar:

✓ Origen traumático.

La persona ha podido experimentar una situación traumática asociada a esa situación de algún modo. Ha podido tener una experiencia negativa muy intensa en torno al hecho de hablar en público directamente o relativa a otra situación pero que finalmente ha sido asociada por tener ciertas características comunes.

La experiencia traumática ha podido vivirse en primera persona o aprehenderse por observación en otra persona (traumatización vicaria).

✓ Por evitación

Al ser una situación no tan común y algo intimidante en muchos casos, la persona puede evitar enfrentarse a ella. Así, con el lento acumular situaciones evitadas, el miedo puede crecer llegando a convertirse en una fobia.

✓ Por bajo nivel de autoestima

Es probable que este tipo de situaciones resulten especialmente difíciles para personas con un bajo concepto de sí mismas. Quizá personas que han formado desde la infancia ciertas creencias sobre sí mismas que tienen que ver con su baja valía o con la poca importancia de lo que pueda aportar. Por ejemplo, hay personas con pensamientos persistentes (aprendidos generalmente a través de sus experiencias tempranas y de su estilo de apego) tales como “No hay nada interesante que yo pueda decir”, o “Se van a reír de mí porque soy ridículo”, o “No soy capaz, me rechazarán”.

✓ Por excesiva autoexigencia

Este punto está relacionado con el anterior. En ocasiones las personas pueden mostrar un perfeccionismo que les lleva a no tolerar ningún fallo ni siquiera, a veces, “el fallo” de temer a una situación dada. Son personas con un alto grado de exigencia que es especialmente notable cuando se tienen que exponer ante los demás. Temen el juicio crítico que puedan hacer de ellos en la situación de hablar en público.

✓ Asociada a otros trastornos psíquicos tales como la depresión, la esquizofrenia, así como las alteraciones del lenguaje de origen psicofísico, como la tartamudez.

La fobia social generalizada es considerada la más grave ya que afecta de un modo más amplio a la persona y la limita considerablemente en su vida diaria. Los niveles de depresión y ansiedad, la baja autoestima y las conductas de evitación son más agudas en este tipo de pacientes. De hecho la fobia social generalizada suele venir asociada a otros trastornos como la depresión mayor, la ansiedad generalizada, trastornos por consumo de sustancias o trastornos alimentarios, lo cual hace su sanación más compleja aún. Stenberg y cols. (1995) observaron que la fobia social generalizada se asociaba frecuentemente con antecedentes de timidez en la infancia o de fobia social en la familia de origen, mientras que la fobia social específica se asociaba a experiencias de condicionamiento traumático.

TRATAMIENTOS

Los tratamientos más habituales para este trastorno son la psicoterapia, la farmacoterapia y las terapias alternativas como la meditación o el yoga. En este trabajo nos centraremos en la psicoterapia. La glosofobia puede tratarse desde distintos abordajes terapéuticos. El que se ha utilizado y se sigue utilizando de manera mayoritaria es el Cognitivo-conductual.

El abordaje cognitivo-conductual se basa en la idea de transformar los pensamientos que mantienen el miedo y modificar la conducta de evitación para así poder aprender a enfrentarse paulatinamente a las situaciones temidas. Desde el punto de vista conductual, se parte de la idea de que la fobia es producto de un condicionamiento, es decir, un estímulo neutro que tras asociarse a un estímulo incondicionado (que producía una respuesta incondicionada particular), elicitaba una respuesta

ahora condicionada muy parecida a la primera. Y en base a esto, la solución está en la exposición. Se entiende que si se previene el escape de la situación temida, se podrá comprobar que las consecuencias no son en realidad negativas y se podrá ir desactivando el estímulo condicionado.

Las técnicas más ampliamente utilizadas son la desensibilización sistemática, la inundación, el modelado, el refuerzo positivo y la exposición en vivo, generalmente reforzados con técnicas de control de la ansiedad y de relajación.

Sin embargo, la exposición suele ser una técnica necesaria pero no suficiente. Si nos centramos únicamente en el tratamiento por exposición, encontraremos mejoría al poder disminuir la ansiedad por habituación al estímulo condicionado, pero la eficacia a largo plazo y la generalización a otras situaciones parecidas puede ser limitada. Por tanto, suelen ser más eficaces técnicas que también aborden los errores cognitivos o los miedos subyacentes a la propia fobia.

En las últimas décadas se han ido incorporando terapias cognitivas en el tratamiento de las fobias, empleadas en la mayor parte de las ocasiones en combinación con estrategias de exposición. Básicamente se trata de adaptaciones al ámbito de las fobias de programas terapéuticos ya existentes, tales como la terapia racional emotiva (Ellis, 1962; Warren y Zgourides, 1991), el entrenamiento en inoculación del estrés (Meichenbaum, 1977, 1985) o la terapia racional sistemática (Golfried, 1977). En general, estos programas van destinados a cambiar los patrones de pensamiento, insistiendo en la diferencia entre pensamientos realistas e irrealistas o la diferencia entre posible y probable (Marshall, Bristol, & Barbaree, 1992). Se pretende que los pacientes fóbicos accedan a la exposición al estímulo fóbico con la menor ansiedad anticipatoria posible y con atribuciones adaptativas de sus reacciones motoras y fisiológicas (Anthony, Craske & Barlow, 1995; Shafran, Booth & Rachman, 1992). Así mismo, para la fobia social específica de hablar en público, es frecuente el entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación.

En general se han observado los buenos resultados de este tipo de intervenciones, rondando entre el 60% y el 80% de éxito. Sin embargo, el caso clínico que a continuación detallaremos, tenía un origen traumático y se optó por un abordaje con EMDR. Que corresponde a las siglas de la palabra inglesa **Eye Movement Desensitization and Reprocessing**, es decir, Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares. Se trata de un enfoque psicológico relativamente reciente. Su origen está en los años 80 cuando la doctora Francine Shapiro, a través de una observación casual que ella misma experimentó, se dio cuenta de que al mover espontáneamente los ojos de lado a lado mientras estaba pensando en una situación desagradable o dolorosa para ella, el malestar emocional se veía rápidamente disminuido. Empezó a estudiar el fenómeno y actualmente ha

derivado en todo un paradigma psicológico ampliamente estudiado y demostrada su eficacia. De hecho tanto la American Psychological Association como la Sociedad Internacional para el estudio del Estrés Traumático, lo consideran un método efectivo para el tratamiento del trauma. A pesar de su nombre, los diferentes estudios han demostrado que la eficacia del método no sólo está en el movimiento ocular, sino también en otras formas de conseguir el mismo objetivo (desensibilizar y reprocesar material inadecuadamente integrado) como puede ser otro tipo de estimulación cerebral bilateral (ejemplo: los sonidos bilateralizados, los toques alternos sobre manos u hombros, etc.).

El EMDR está basado en el modelo del Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI). La diferencia entre las teorías cognitivo conductuales y el modelo PAI es que las primeras se centran en manejar los problemas actuales tratando directamente los pensamientos, emociones o comportamientos del paciente en el momento actual, mientras que el PAI entiende que éstos son síntomas o efectos de un problema anterior, de una experiencia inadecuadamente procesada por el cerebro.

En palabras de Ana Isabel Galve (Revista Aperturas psicoanalíticas, nº 27. 2007):

“Se parte de la premisa de que el cerebro dispone de un sistema innato de procesamiento de la información que está preparado para procesar la información hasta alcanzar una resolución adaptativa que implique un estado de salud mental. Es decir, que ante cualquier evento “negativo” que nos sucede, el cerebro tiene capacidad de “procesarlo” (utilizando la terminología de la informática) hasta que desaparezcan las emociones negativas asociadas al mismo, y que ese evento nos sirva de aprendizaje y sea integrado para ser utilizado en el futuro. Sin embargo, como veremos después, el sistema puede desequilibrarse debido a un trauma, y entonces la información no puede procesarse debidamente. Por medio del método EMDR, podemos activar de nuevo ese sistema inherente al cerebro y ayudar a que la información almacenada traumáticamente pueda irse transmutando en información adaptativa, produciéndose en el paciente una desensibilización de la emoción, una reestructuración cognitiva, comprensiones profundas de cambio de significado, junto con la aparición de nuevos sentimientos positivos y recursos, que se van dando como efecto del “reprocesamiento” que se lleva a cabo en el nivel neurofisiológico. De ahí que el modelo pasara de llamarse EMD (eye movement desensibilization) a EMDR (eye movement desensibilization and reprocessing).”

Por tanto, podemos decir que el enfoque de EMDR toma elementos de otras corrientes psicoterapéuticas como la cognitivo-conductual, la dinámica, el bio-feedback, la sensorio-motriz o el psicoanálisis y, por tanto, no es excluyente sino integradora. En una variedad de patologías, incluyendo las fobias, se considera que el trastorno fue configurado por el impacto de experiencias

frecuentemente tempranas que no permitieron que esa información (estímulo, emoción, cognición, sensación) fuera procesada correctamente y, por tanto, continúa reexperimentándose de forma recurrente como si se volviera a vivir, como si aún se viviera en aquel pasado traumático. Es decir, que los pensamientos, emociones, imágenes y sensaciones que aparecieron en el momento traumático, se almacenaron incorrectamente en las redes neuronales de memoria y no se integraron con el resto de información que ya estaba almacenada ni tampoco han conseguido imbricarse con la información que después se ha seguido registrando. Por tanto, no ha habido un aprendizaje ni una adaptación y la información disfuncional sigue bloqueada sin fluir activa y constructivamente.

Muchas veces la persona traumatizada no es consciente de que su malestar actual tiene relación con ese evento o eventos traumáticos y tampoco es del todo consciente de los estímulos del presente que le desencadenan los recuerdos del pasado. También es frecuente que estos pacientes no se den cuenta de las sensaciones físicas que tienen asociadas al trauma. De hecho, habitualmente es algo ya muy reparador el tomar conciencia de esto, mentalizar lo que le pasa y darle un significado y una explicación. El sistema innato del procesamiento adaptativo de la información deja de fluir adecuadamente cuando los estímulos a los que se expone un individuo superan sus recursos mentales y emocionales. Esto es más probable en la infancia dado que nuestros recursos mentales y nuestro desarrollo afectivo y emocional están aún en construcción. Entonces la persona no puede integrar en su mente lo sucedido y lo escinde, lo disocia, lo mantiene separado del resto de la información de forma distorsionada. El material escindido puede ser la totalidad o sólo una parte. En los casos más graves, el evento traumático puede no recordarse en absoluto e incluso la propia personalidad puede haberse fragmentado debido al impacto traumático.

En palabras de F. Shapiro:

“La continua influencia que ejercen estas experiencias tempranas se debe en gran medida a los estímulos actuales, que hacen que afloren los sentimientos o emociones negativos y las creencias que forman parte de estos recuerdos, y que ocasionan que el cliente siga actuando de una manera que más bien se relaciona con sucesos previos. A pesar de que el recuerdo de un cliente pueda relacionarse con un suceso real y con un comportamiento que quizás haya sido apropiado en relación con la situación perturbadora, la falta de una asimilación adecuada significa que el cliente aún está reaccionando emocionalmente y conductualmente en formas que tienen que ver con el incidente perturbador de antaño. [...] El procesamiento de dichos recuerdos por medio del método EMDR permite que los sentimientos o emociones y las cogniciones actuales más positivas y poderosas, se generalicen hacia los recuerdos asociados a través de la red neurofisiológica y que, de manera espontánea, conduzcan al cliente a conductas más apropiadas.”

METODOLOGÍA EMDR

El procedimiento EMDR se divide en ocho fases diferenciadas:

FASE		
1	HISTORIA CLÍNICA	Evaluación pormenorizada de la historia clínica el paciente y establecimiento de un diagnóstico y un plan terapéutico. En esta fase se determinará si la persona es apta o no para trabajar con EMDR. Además se analizarán las fortalezas y recursos del paciente además de la posible necesidad de estabilización previa o ganancias secundarias que puedan interferir en la resolución del problema.
2	PREPARACIÓN	Esta parte incluye un adecuado establecimiento del vínculo paciente-terapeuta y de la creación de un espacio seguro y de confianza. En esta fase se realizará la estabilización previa del paciente que le prepare para comenzar a trabajar con EMDR (técnicas de autocontrol, instalación de recursos positivos, manejo de sintomatología, etc). También se ajustarán las expectativas y se explicará el método EMDR al paciente.
3	EVALUACIÓN-MEDICIÓN	En esta fase buscaremos el “blanco” o recuerdo diana que vamos a trabajar. Entonces lo mediremos determinando todos los elementos necesarios: imagen o input sensorial, emoción, sensación corporal y cognición negativa asociada. Se medirá la intensidad de la emoción para ver el grado de malestar que genera. Finalmente se determinará qué cognición positiva quisiera poder asociar a ese recuerdo y también el grado en que lo cree en este momento.
4	DESENSIBILIZACIÓN	En esta fase nos centramos en la diana y en los elementos identificados (input sensorial, emoción, sensación corporal y cognición) y comenzamos la estimulación bilateral. Se realizan varias tandas de estimulación hasta ir observando cambios en la percepción del paciente e ir comprobando que se ha reactivado el procesamiento adaptativo de la información. Es importante mantener una atención dual que le permita conectarse con el recuerdo y a la vez, estar conectado al momento presente y en situación de control y seguridad. Se continuará hasta conseguir que desaparezca el malestar de la emoción original.
5	INSTALACIÓN	Aquí se pretende la incorporación y reforzamiento de la cognición positiva acordada previamente. Se hace estimulación bilateral mientras la persona se centra en este pensamiento hasta lograr que lo interiorice.
6	RECONOCIMIENTO CORPORAL	Se realiza un escaneo corporal para identificar posibles restos de alteración corporal. Se hace estimulación bilateral centrándose en observar las tensiones corporales residuales u otras manifestaciones físicas hasta que desaparezcan.

7	CIERRE	Se hace el cierre cuando comprobamos que la persona ha vuelto al equilibrio y está en condiciones de marcharse sin tensión emocional. Se le advierte de los posibles efectos que puede notar durante la semana a causa del reprocesamiento tales como <i>insights</i> , sueños, inestabilidad, etc....y se le dan pautas para gestionarlos.
8	RE-EVALUACIÓN	Al inicio de la sesión siguiente se reevalúa el recuerdo y el resto de información aparecida en la semana, para comprobar.

EMDR Y EL TRATAMIENTO DE LAS FOBIAS

La información inadecuadamente almacenada repercute negativamente en el funcionamiento biopsicosocial de la persona a diversos niveles de gravedad. Los efectos psicológicos del trauma pueden derivar en distintas manifestaciones como pueden ser dolencias psicosomáticas, adicciones, síntomas depresivos o ansiosos, dificultades con los vínculos afectivos, fobias, etc.

En el caso de las fobias, puede tratarse de un miedo inicial que apareció por algún evento traumático y que ha ido creciendo hasta alcanzar niveles fóbicos. Además el propio “miedo al miedo” puede seguir retraumatizando al paciente de forma crónica. Y la propia evitación del objeto o situación temida seguirá aumentando y retroalimentando este miedo.

La fobia puede ser directa, es decir, claramente relacionada con un objeto o aspecto del evento traumático o haber partido de él pero haber mutado a otras formas o generalizaciones. Por ejemplo: la paciente ha podido sufrir un accidente de coche y por tanto tenerle fobia a montar en coche. Pero también ha podido tener un accidente de coche y haber generado una claustrofobia. Esta claustrofobia puede tener su origen en los minutos que pasó atrapada dentro del coche tras el choque pero puede haberse generalizado o desviado a otros espacios. O ha podido derivar en una fobia al color rojo (que era el color del coche o de la sangre que vio). En el segundo caso, la persona puede no haber asociado su fobia al evento traumático y creer que son problemas separados. Por eso es tan importante que el clínico busque el verdadero origen del miedo y no se centre únicamente en la forma que finalmente ha adoptado.

Francine Shapiro (Shapiro, 2004) desarrolló un protocolo específico para las fobias que incluía los siguientes pasos:

1. Enseñar los procedimientos de autocontrol necesarios para manejar el temor al miedo.
2. Elegir como blanco y reprocesar los siguientes puntos:
 - a. Sucesos previos y concomitantes que contribuyen a la fobia.
 - b. La primera ocasión en que el paciente experimentó dicha fobia.

- c. Las experiencias más perturbadoras.
 - d. La última ocasión en que fue experimentada.
 - e. Los estímulos actuales que se le asocian.
 - f. Las sensaciones físicas u otras manifestaciones de miedo, incluida la hiperventilación.
3. Incorporar un modelo positivo o plataforma para futuras acciones libres de miedo.
 4. Acordar, por medio de un contrato, la acción.
 5. Visualizar mentalmente un vídeo de la secuencia completa y reprocesar cualquier perturbación.
 6. Completar el reprocesamiento de los blancos que se revelaron entre sesión y sesión.

En ocasiones es posible que la respuesta fóbica desaparezca con sólo procesar el evento que la originó, sin embargo es aconsejable desarrollar todo el protocolo para asegurarse de que no reaparezca la fobia más adelante.

CASO CLÍNICO

Isabel es una mujer de 47 años. Aunque su infancia se desarrolló en el medio rural, actualmente vive en una gran ciudad. Es trabajadora social y se dedica a colectivos en situación de exclusión social en una ONG. Está muy satisfecha con su labor profesional ya que tiene mucha vocación y además es un empleo estable. Está casada y tiene dos hijas, de 20 y 23 años respectivamente con quienes convive. Refiere tener una buena situación familiar tanto con su marido e hijas como con el resto de su familia. Cuenta con una buena red de apoyo y dedica parte de su tiempo al ocio y a las relaciones sociales. Es una mujer muy sociable, extrovertida y habladora. Suele tener el ánimo alegre y jovial. Es una persona con mucha iniciativa y suele estar atenta a las necesidades de los demás. En cuanto a su salud, es buena salvo por un problema en las rodillas que le ha llevado a requerir operaciones y le limita en parte el movimiento.

Antecedentes

Nació en un pueblo y allí vivió sus primeros años con sus padres y su hermana, un año mayor que ella. La relación familiar era muy buena. Su padre era músico y su madre ama de casa. Ella creció rodeada de un entorno de libertad y naturaleza. Cuando ella contaba con 11 años, su madre falleció a causa de un cáncer. Su padre entonces decidió enviar a Isabel a otro pueblo cercano más grande a vivir con sus tíos y poder estudiar allí en el instituto. La hermana se quedó en su pueblo con su padre.

Allí pasó su adolescencia y juventud y allí conoció al que sería su marido después. Se fue a la gran ciudad a estudiar la carrera universitaria y después se casó.

Su padre falleció cuando ella tenía 35 años.

Motivo de consulta

Siente pánico a hablar en público. A pesar de ser una mujer muy extrovertida y habladora, se siente incapaz de hablar en foros de más de cuatro o cinco personas. Le cuesta especialmente si es en el ámbito profesional, donde precisamente tiene que hacerlo con cierta frecuencia. En ocasiones sí ha tenido que enfrentarse a tales situaciones, aunque con mucha dificultad pero no se siente capaz y lo evita siempre que puede. Su mayor temor es a hablar ante un gran foro de personas y especialmente si va anticipando que le va a tocar su turno para hablar.

EVALUACIÓN

Primera sesión

Tomo sus datos de filiación y el motivo por el que consulta. Comenzamos con las fases 1 y 2 del procedimiento EMDR (historia clínica y preparación). Le pregunto en detalle sobre qué parte exactamente de hablar en público es lo que le da miedo o cuándo se le disparan los síntomas, ya que en el resto de su vida ella se muestra asertiva y muy sociable. Analizamos cuales son los síntomas que aparecen: fuertes palpitaciones, temblor en las manos, se le quiebra la voz e incluso le llega a ser imposible en ocasiones articular palabra.

Vemos que la cognición negativa que le suele aparecer en esas ocasiones es la de: “No lo puedo controlar. No lo superaré, está fuera de mí.” Al imaginar tener que hablar en público ya anticipa el miedo a que se le disparen los síntomas físicos que ella considera incontrolables. Analizamos qué estrategias pone ella misma en marcha para combatir su miedo. Esto es importante porque sirve para analizar en profundidad el problema y también para estimular la identificación de herramientas propias para el afrontamiento y la resolución de los problemas. Esto ayuda a aumentar el sentido de control interno y a fortalecer los recursos personales ya existentes.

La paciente explica que ella utiliza ciertas estrategias para reducir su ansiedad en el momento de hablar en público tales como: dejar que otros empiecen a hablar antes para irse preparando, preguntar ella primero algunas cuestiones poco relevantes para iniciar la intervención de un modo más informal, ponerse de pie y deambular por la sala o el escenario, manipular objetos entre las manos (papeles o bolígrafo) o hablar mucho de forma incontrolada sin pararse a pensar. Generalmente, si consigue pasar este primer momento difícil, luego puede terminar la intervención con éxito y sin gran ansiedad.

La paciente no refiere tener ningún otro problema particularmente molesto y se muestra bastante satisfecha en el resto de áreas de su vida. Explica que los síntomas descritos sólo le aparecen en esa situación concreta.

En esta primera sesión también me centro en establecer una buena alianza terapéutica, ya que ésta es vital para que la paciente confíe en el proceso que va a comenzar y se sienta segura. Isabel acude a mi consulta interesada por el EMDR del que ha oído hablar. Así que le explico qué es exactamente el EMDR y cómo funciona. Se ajustan sus expectativas en relación a este método y a la intervención psicológica en general.

Segunda sesión

Hacemos una línea cronológica invertida (desde el presente hacia atrás) de eventos relacionados con su miedo a hablar en público, ya que comenta que le pasa desde pequeña.

A continuación lo detallo:

Edad	Evento	Reacción de ella
47 años (*)	Asistió a un curso de formación y tuvo que presentarse ante los demás participantes	Síntomas anteriormente descritos: fuerte taquicardia, angustia, temblor en la voz y en manos...
47 años	Tuvo que hablar ante los tutores de un instituto	Ídem
46 años	Dando formación a adolescentes en un instituto	Ídem
45 años	Formó parte de un comité de selección de personal	Ídem
42 años	Se tuvo que presentar ante todos sus compañeros en una dinámica de grupo	Ídem
40 años	Impartió taller de formación a adolescentes	La considera una de las peores porque se quedó sin habla y necesitó que otra persona le ayudara a arrancar.
39 años	Tuvo que dar una conferencia	Ante la fuerte angustia, se provocó un falso ataque de tos y se fue.
37 años	Tuvo que dar una conferencia	Necesitó que empezara a hablar primero la persona que la acompañaba y luego consiguió hablar ella.
31 años	Expuso su tesis	Tomó un ansiolítico antes y pudo hacerlo ya que la taquicardia no llegó a comenzar.
14 años	Representó obra de teatro en el colegio	Síntomas fuertes de angustia
12 años	Le tocó leer en la Iglesia	Fue la primera vez que le ocurrió. Subió contenta y deseosa de hablar en

		misa pero cuando llegó al micrófono, no pudo articular palabra. Se sorprendió mucho a sí misma.
7 años	Le tocó leer un salmo responsorial en su comunión en la Iglesia delante de todo el pueblo	Lo hizo sin problema

(*) En los años de su vida laboral ha habido multitud de ocasiones donde tendría que haber hablado en público pero ha conseguido evitar esas situaciones. Sólo se ha expuesto a algunas de ellas.

Observamos que la primera vez que le ocurrió el miedo a hablar en público fue a los 12 años y que, ante la misma situación, a los 7 años no le había ocasionado ningún malestar. Esto nos hace buscar el evento base que pudiera dar origen a la fobia en esa franja de edad.

Centrándonos en ese periodo, la paciente refiere que el evento traumático más señalado de esa época fue la muerte de su madre cuando ella contaba con 11 años.

Se muestra muy sorprendida al pensar en la posibilidad de que tal evento tuviera algo que ver con su fobia, pero cree que es posible.

En esta fase de evaluación decido pasarle algunas pruebas psicométricas.

Los cuestionarios seleccionados son:

-Escala de Ansiedad Estado/Rasgo: STAI (Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. Adaptación española de 1982)

-Escala de Ansiedad social de Liebowitz (Liebowitz, M. R.: *Social phobia. Modern Problems of Pharmacopsychiatry* 1987)

-Inventario de depresión de Beck-BDI-II (adaptación española Beck, Steer y Brown, 2011)

-La Escala de Experiencias Disociativas: DES (Bersntein y Putnam, 1986)

En cuanto a la escala de Ansiedad Estado/Rasgo: STAI, la puntuación obtenida es de 9 puntos en la escala de ansiedad estado y de 5 puntos en la de ansiedad rasgo. Por tanto, no son puntuaciones significativas, pudiéndose descartar un problema de ansiedad en la paciente.

En la escala de ansiedad social de Liewobitz, Isabel obtiene un total de 25 puntos, siendo un 13 en los ítems de miedo/ansiedad y un 12 en los de evitación. Esta puntuación total revela que no existe un trastorno de ansiedad social generalizada como tal, sin embargo sus puntuaciones altas se circunscriben exclusivamente a los ítems relacionados con hablar en público o presentarse ante un

grupo, lo cual denota que en esa circunstancia específica sí hay un alto grado de ansiedad y de evitación.

La puntuación obtenida en el inventario de depresión de Beck-BDI-II es de 5 puntos. Por tanto, no se observan indicios de depresión.

En la escala de experiencias disociativas puntúa con un 2'5, por lo tanto tampoco aparecen síntomas disociativos patológicos.

Por tanto, se extrae de los cuestionarios y de las entrevistas que no se observa ninguna otra patología ansioso-depresiva, ni trastorno disociativo relevante más allá de la fobia específica en situaciones de hablar en público o ante un gran grupo.

A partir de estos resultados se determina que la paciente sí es apta para utilizar EMDR para desensibilizar y reprocesar los eventos relacionados con su fobia.

INTERVENCIÓN

Tercera sesión

Se inicia la fase de intervención dándole una explicación más detallada acerca de la técnica y el protocolo EMDR y del modelo de intervención más amplio que comporta, para ajustar sus expectativas. Así mismo, se le exponen los resultados obtenidos en las escalas para que comprenda el diagnóstico y la intervención planteada.

En la primera sesión de intervención nos centramos en buscar herramientas para estabilizarse que le ayuden a mantenerse en la ventana de tolerancia óptima durante el reprocesamiento y también para mejorar su ejecución en los momentos en que tenga que exponerse a la situación fóbica.

Hacemos psicoeducación en recursos para reducir la ansiedad como la respiración abdominal, ejercicios de relajación y hábitos saludables. Así mismo, reforzamos los recursos que ella misma ya utiliza y que le ayudan a calmarse.

Se plantea con ella instalar el *Lugar seguro* como técnica de estabilización también. Probamos distintos tipos de estimulación bilateral y decidimos utilizar los movimientos oculares (MO). Medimos la distancia y el ritmo óptimos para ella. Ella elige como lugar seguro el porche de su casa de campo viendo las montañas y sintiendo el sol en la cara. Lo asocia con la palabra “calma”. Lo instalamos durante la sesión. Se le anima a visualizarse en su lugar seguro una vez al día durante la semana siguiente para completar su instalación y asegurarnos de que está bien elegido ese lugar.

Cuarta sesión

En esta sesión, Isabel comenta que esa casa está en el pueblo donde creció con sus tíos tras la muerte de su madre. La compró allí con su marido porque él es de ese pueblo, aunque ella hubiera preferido comprarla en su pueblo natal.

Explica que tras instalarlo como lugar seguro, se ha sentido muy bien en esa casa y que le ha servido para darse cuenta de que ese pueblo también es muy querido por ella y que ya no lo siente tanto como algo impuesto.

Comenzamos a explorar lo que pudiera ser el origen traumático de la fobia: la muerte de su madre. Explica que su madre enfermó de leucemia. Estuvo mala un tiempo en el hospital pero Isabel no era tan consciente de la enfermedad. Cuando se vio que estaba en fase terminal, decidieron traerla a casa. Murió en la ambulancia de camino a su pueblo. Isabel estaba jugando en la calle cuando otra niña, vecina del pueblo, fue a buscarla y le dio la desgraciada noticia de sopetón (“Tu madre se ha muerto”). Acto seguido el padre de la vecinita le dio a su hija un bofetón por decírselo así a ella. Este hecho le impresionó mucho también. Se fue corriendo a su casa y vio la situación. Se escondió. Después la llevaron a casa de una tía a dormir. Al día siguiente escuchó desde la casa de su tía el sonido de la banda municipal que tocaba música en honor a su madre mientras sacaban el féretro para llevarlo al cementerio.

Ese día las llevaron a ella y a su hermana a la modista para que las vistiera de luto. Al salir un niño del pueblo les gritó “¡Parecéis dos cucarachas!”, esto también le dolió mucho. Dice tener bastante difusos los días en torno a la muerte de su madre, no recuerda bien lo que pasó. Sólo recuerda con intensidad la música de la banda y el vestido negro que le pusieron.

Al cabo de un tiempo, al ver que no podría encargarse de criarlas en solitario, el padre decidió enviar a Isabel a un pueblo cercano con una tía para que fuera a estudiar allí y a su hermana la dejó con otra tía en su pueblo natal. Isabel tuvo que irse en contra de su voluntad.

Nunca lloró en público la muerte de su madre y esto fue un tema tabú durante los siguientes 20 años para su padre.

Casualmente la madre falleció el día de Santa Isabel, por lo que hasta el momento el día de su santo es un día que ella odia. Todo el mundo la llama para felicitarle el santo y de paso le recuerdan que es el aniversario de la muerte de su madre. Esto lo ha llevado muy mal, especialmente en la infancia y adolescencia porque sentía que ella les daba lástima a los demás, que la compadecían. Refiere que siempre ha querido ser autosuficiente y no necesitar a nadie. Le cuesta pedir ayuda para cualquier cosa porque no quiere sentir que da lástima. Ha llegado incluso a hacerse una operación menor sin avisar a su propio marido.

Quinta sesión

La semana siguiente refiere que se ha acordado de que tras el entierro, los familiares y vecinos se reunieron en su casa. Entró ella y vio a todos vestidos de luto que se le acercaban y le daban el pésame. Ella aguantaba el llanto, nunca mostró su dolor. Sentía rabia y rechazo a dar pena. Durante

años huía de la gente cuando se le acercaban y hablaban del tema de su madre. Le daban taquicardias y temía descontrolarse y llorar, así que evitaba esas situaciones.

Vemos que aquí ha recordado un momento importante que tiene relación con la fobia: le daban taquicardias y temía descontrolarse cuando alguien le preguntaba por su madre con actitud compasiva. Los mismos síntomas que siente ante el hecho de hablar en público.

En esta misma sesión comenta que en ese mismo año antes que su madre, murió su abuelo de un infarto estando ella delante. Primero ayudó a los familiares pero luego se escondió. Al día siguiente recuerda el ataúd rodeado de cuatro grandes cirios y todos velándole vestidos de negro. Cree que le impresionó más esto que la propia muerte. De todos modos no lo vive ahora como traumático.

Decidimos que en la siguiente sesión entraremos ya a desensibilizar y reprocesar la situación que ella describe como la más angustiada en relación a la muerte de su madre: la reunión de familiares y vecinos en la casa tras el entierro.

Hacemos la evaluación de la diana (fase 3 del procedimiento EMDR) y buscamos el ICES:

Imagen ⇨	➡	Ella entrando en el casa donde estaban todos mirándola vestidos de negro
Cognición negativa	➡	“Soy una desgraciada, llevo el estigma de ser la huérfana”
Cognición positiva	➡	“Soy una persona afortunada a pesar de haber perdido a mi madre”. Puntúa un VOC (<i>Veracity of cognition</i>) de 4
Emoción	➡	Falta de control, impotencia. Dice que la llevaban a la casa sin ella querer. Vemos que la emoción subyacente era el <u>miedo</u> . Muestra un SUD (<i>subjective units of disturbance</i>) de 8.
Sensación corporal	➡	Opresión en el pecho

Sexta sesión

Tras esta evaluación de la diana seleccionada, comenzamos con la desensibilización y reprocesamiento (fase 4 del procedimiento de EMDR).

Se recuerda llorando en brazos de alguien que la llevaba a su casa donde esperaban todos. No recuerda quién la llevaba. En la siguiente tanda de movimientos oculares recuerda que era su tía Rosa. Se visualiza en la puerta de la casa pero hay serpientes en la puerta y al fondo caras alargadas, deformadas con la boca abierta. También ve cuervos. [*Empiezan a mezclarse imágenes reales con imágenes simbólicas*].

Ve a su padre y le da ternura, lo ve triste y le transmite pena. Le sorprende recordarle tan joven (como era entonces). Seguimos con varias tandas de movimiento oculares (MO).

Visualiza todo negro y su madre saliendo de la casa trayendo la luz tras ella. Le vienen intercalados recuerdos del pueblo donde se fue a vivir tras el fallecimiento. Recuerda a su amiga que le devolvió la alegría, recuerda situaciones de vivir a gusto allí. Se le disipa la opresión y el dolor. Se ve en la casa de su tía con luz y con un lazo blanco prendido en su pelo.

Le pido que vuelva a la imagen inicial y se concentre en la emoción y en la sensación corporal. Le viene a la mente un ave negra en la puerta de su casa natal y un perro guardián que no le dejan pasar. Tarda tres tandas de MO en conseguir pasar por la puerta pero sigue bloqueada en el mismo pensamiento. Con MO diagonales consigue continuar el procesamiento y visualiza al cortejo fúnebre saliendo de la casa lleno de luz.

Tenemos que hacer un cierre de la sesión incompleta porque el SUD sigue sin bajar del todo, está en 3. Así que hacemos un examen corporal para ver qué puntos de tensión tiene (Fases 6 y 7 del protocolo EMDR). Siente mucho dolor de cabeza. Consigue que el dolor se disipe con MO verticales. NOTA: Es habitual encontrar que algunos/as pacientes añadan una alta carga de elementos simbólicos, fantásticos o mágicos al relato, especialmente si la situación traumática ha tenido lugar en la infancia. Éstos suelen ir entrelazándose con imágenes, o sensaciones reales que van configurando la narrativa del suceso. He querido detallar en gran medida el procesamiento de las sesiones para poder ver con un ejemplo concreto y real el modo en que los pacientes deambulan por distintos pensamientos y sensaciones (a veces reales a veces simbólicos) hasta llegar a integrar los recuerdos. Por supuesto, todo lo que refiere la paciente aparece entre tanda y tanda de movimientos oculares que hacemos a lo largo de la sesión. Durante los MO propiamente dichos, no se habla.

Séptima sesión

En esta sesión reevaluamos la diana (fase 8 del procedimiento) y si ha habido procesamiento durante la semana. Comenta que ha intentado pensar en ello pero no ha logrado enfocar mucho el recuerdo, se le iba la mente a otra cosa. Ha recordado también que con 4 o 5 años, vio la obra de teatro del Juan Tenorio que le impresionó mucho. Recuerda una escena en que el padre de Dña. Inés está en su tumba y saca la mano para agarrar a Don Juan e intentar arrastrarle con él hacia dentro, a los infiernos. El escenario es muy lúgubre y oscuro y hay pajarracos en el cielo. Tiene la sensación de que no le afecta ya si lo piensa. Pero cuando nos centramos en la imagen inicial de la diana que estamos trabajando y en los cuervos y otros animales que venían a su mente el otro día, vuelve a experimentar el miedo.

Volvemos a entrar en la escena inicial. La emoción que relaciona vuelve a ser el miedo pero esta vez añade que es un miedo a que los bichos que están en la puerta la piquen. Parte de un SUD de 8 otra vez. La sensación corporal sigue en el pecho y se extiende a una sensación de carga en los hombros y dolor de cabeza.

Comenzamos los MO y vuelve a visualizar a los bichos, son en realidad caras deformadas y negras, se transforman en cuervos. Se ve a sí misma de niña, como si fueran dos figuras superpuestas:

La niña vestida de negro, triste y llorando vs. la niña tranquila vestida de naranja

A la niña triste se la lleva una bruja para adentro de la casa y la otra se queda afuera y va hacia la luz.

Dentro de la sala vea su madre. Ésta también tiene dos imágenes superpuestas:

Madre de luto con un velo vs. madre con ropa de calle normal

Seguimos con varias tandas de MO. La madre de luto empieza a desaparecer y queda la otra jugando con ella. Recuerda cuando se llevaron a su madre enferma al hospital. La madre estaba muy triste por dejar a sus hijas en el pueblo. Isabel se siente en este punto egoísta y culpable por pensar sólo en su dolor y no en el de su madre.

A continuación sigue procesando y piensa que ella no mostró su dolor en aquel momento porque no quería que los demás se sintieran peor aún. Además no se veía capaz de soportarlo si se contagiaba del dolor de los demás. Ella siempre había tenido la fama de niña fuerte, valiente y que puede con todo y no quería fallarles. Concluye que se ha sentido sola en el dolor. Sabe que su hermana estaba con ella en aquella situación pero no la recuerda en absoluto. Cree que si hubiera sentido el apoyo de su hermana entonces, lo hubiera llevado mejor.

Volvemos a la imagen inicial en la puerta de la casa. Los bichos siguen allí. Mucho miedo. Un pájaro se le posa en la cabeza pero no le hace nada. Está rodeada de cuervos pero no le pican. Se le viene a la mente la película de Los Pájaros de Hitchcock. Ve a su madre con ella en la acera a la puerta de la casa. Los pájaros están pero quietos y ella está más tranquila.

Cerramos la sesión de forma incompleta con un SUD de 7. El fuerte dolor de cabeza y el peso sobre los hombros va cediendo con los MO y finalmente siente bienestar y sensación de ligereza.

Octava sesión

A la semana siguiente, la paciente refiere sentir dos dolores diferentes:

- El dolor de la propia pérdida (duelo)
- El dolor por el sentirse marcada o estigmatizada por los demás

El primero le ocasiona tristeza y el segundo empieza a producirle rabia. Le enfada que le hicieran pasar por el momento ese del funeral. Este dolor es que mayor malestar le produce ahora. Comenzamos la desensibilización y reprocesamiento con un SUD alto que va remitiendo de forma muy rápida a lo largo de la sesión hasta llegar a cero. Al inicio la emoción es de soledad y de rabia. La sensación corporal ya no es en el pecho sino en la garganta. Siente que no puede hablar. (Significativo por su incapacidad para hablar en público).

Se ve a sí misma en brazos de su tía llorando, con su hermana a su lado sola y su padre de pie al lado. Todos compadeciéndose de ella. Ella se acerca al ataúd y se despide de su madre [*esto es una imagen simbólica dado que su madre ya estaba enterrada*]. Recuerda entonces el día que enterró a su padre (ya siendo adulta) y que tuvieron que desenterrar a su madre para poder poner los dos ataúdes juntos. Esto lo recuerda con menos dolor porque ese momento ya lo vivió con una visión más adulta. Recuerda que cuando falleció su padre, tuvo el gran apoyo de su mejor amiga.

Empieza a rechazar todo el machaque acerca de ser “la desgraciada, la huérfana”. Expresa mucha rabia. Aparecen pájaros blancos que van aplastando y apartando a los pájaros negros. La imagen de ella como niña, empieza a hacerse más grande. Se siente bien. Quisiera quitarse el estigma pero no sabe si debe dejar algo de dolor. “*¿Si me quito todo el dolor, me despegaré de mi madre?, ¿se me olvidará ella?*”, comenta Isabel.

NOTA:

Es habitual este sentimiento ambivalente en el procesamiento de los duelos. Las personas temen que con su dolor, se vaya también el recuerdo de la persona querida. Y también se sienten culpables por desprenderse de la intensidad del dolor, como si eso significara que la persona desaparecida ya no fuera tan importante para ellos/as.

Como llega a SUD cero, comenzamos la instalación de la cognición positiva (fase 5 del procedimiento de EMDR). La cognición que ahora siente más adecuada es “Soy capaz de superar el estigma”. Lo siente con un VOC de 6. En unos cuantos sets más, consigue llegar a 7.

Hacemos el examen corporal (fase 6 del procedimiento) y cerramos la sesión (fase 7 del procedimiento).

Novena sesión

En esta sesión pasa por varios recuerdos tanto de ese día como de los días posteriores al fallecimiento de la madre y también de los meses siguientes en el otro pueblo al que la llevaron a vivir. Tiene sensación de odio a los buitres que la compadecen y se burlan de ella. Tiene ganas de huir y que la dejen en paz. No le sale la voz pero querría gritarles que la dejen y que no le hagan pasar por esto. Le entra odio hacia su tía porque le dijo que era una desgraciada ante los demás. Siempre que se encontraban con alguien ella decía “esta es mi sobrina, la hija de mi hermana la que se murió.” Le hacía sentir como la pobrecita.

Recuerda también a su prima, la que vivió con ella cuando la llevaron a casa de su tía. Esta prima también le hacía sentir que era la “recogida” y que la cuidaban pero que ella no lo agradecía lo suficiente. Luego recuerda momentos donde esta tía la cuidó mucho. Cree que en el fondo era una buena mujer. Se va calmando la rabia.

Al volver al recuerdo inicial a la puerta de la casa, se encuentra de nuevo con los cuervos. Siente rabia hacia su madre por haberla abandonado. Aparece su madre y le pide que no se enfade con ella y le dice que la quiere. Isabel empieza a plantarles cara a los pájaros, se pelea con ellos, les tira piedras. Su madre la abraza, se despide y vuela hacia el cielo. Se va con Dios. Ella siente que también ha vivido enjaulada por el estigma y ahora necesita volar. Llegamos a un SUD 0 y un VOC de 7.

Décima sesión

Isabel relata que en esa semana ha tenido que impartir un curso delante de varias personas. Ha conseguido hacerlo bien sin ponerse excesivamente nerviosa. La taquicardia ha sido leve y no se le ha puesto en la garganta, con lo que ha podido hablar sin problema.

Llegadas a este punto decido pasar a trabajar una nueva diana: la primera vez que apareció la fobia.

Hacemos el ICES:

Imagen	➡	Le tocó leer en la Iglesia y no pudo articular palabra
Cognición negativa	➡	Soy incapaz de superar el estigma
Cognición positiva	➡	Soy capaz de superarlo (VOC 4)
Emoción	➡	Vergüenza (SUD 7)
Sensación corporal	➡	Opresión en garganta y dolor en la espalda

Al iniciar el reprocesamiento, conecta de nuevo con la imagen de los pájaros. Le pican en el portal de su casa. Ve a su hermana vestida de negro con un pájaro. Su tía es otro pájaro. Recuerda que

su tía en el funeral las agarró a ella y a su hermana de la espalda y grito entre llantos que eran unas desgraciadas por perder a su madre. Las agarró fuertemente contra ella por la espalda, como abrazándolas.

Lo conecta con su dolor de espalda.

La tía llevaba un velo negro muy largo. Le daba miedo. Se da cuenta de que su tía vestida de luto con el gran velo negro era la imagen del cuervo más grande que veía en las sesiones anteriores y que el resto de cuervos eran toda la gente que esperaba dentro para darle el pésame.

Se le reactiva la rabia hacia ella. Recuerda distintos momentos en que se sintió enfadada con su tía durante su infancia. Cree que su tía le estropeó la vida y también el funeral de su madre. La culpa de crearle el estigma. (*“me he tenido que defender de sus picotazos toda la vida”*)

Libera la rabia. Ve a su tía con aspecto de pájaro estampada en el cristal de la ventana. Ya no la deja entrar. Al final abre la ventana y entra la tía con forma de persona y deja al pájaro muerto fuera.

Poco a poco va recordando lo buena que ha sido esa tía con sus hijas después, lo generosa que era. Concluye que ha sido una mujer poco justa y un poco amargada. Se da cuenta de que esa mujer también tuvo una vida dura y que además perdió a su hermana y tuvo que responsabilizarse de su sobrina (ella).

Vuelve a la entrada de la casa y esta vez su tía la abraza. Se siente egoísta por haber pensado sólo en su sufrimiento y no en el de su tía. Le da pena.

Le viene la imagen de cuando un niño del pueblo la llamó cucaracha por ir vestida de luto. Ella se ve a sí misma gritándole que la deje en paz y dándole una patada. Se queda a gusto.

Vuelve a la imagen inicial y ya no hay cuervos sino unas palomas y un búho (su marido colecciona búhos, cree que es él representado ahí simbólicamente).

Tras unas cuantas tandas de MO, Isabel llega a SUD 0. Entonces instalamos la cognición positiva que ella siente más adecuada: “He superado el estigma”.

Se consigue instalar con un VOC de 7.

En el escaneo corporal ella refiere estar agotada mentalmente, con peso en la cabeza.

Cerramos la sesión cuando su sensación de cansancio se atenúa.

NOTA:

En esta sesión se demuestra que la diana inicial no estaba completamente trabajada a pesar de haber llegado a SUD 0 en la sesión precedente. En cuanto entramos en el recuerdo del inicio de la fobia, conecta de nuevo con el funeral de su madre. Por tanto, fue preferible seguir con ese recuerdo antes de insistir en el recuerdo de la Iglesia.

Undécima sesión

A la semana siguiente, me comenta que le ha venido un nuevo recuerdo a la cabeza: el día que fue ella sola de niña al cementerio y vio la tumba de su madre con una corona de flores encima. Recuerda que le impresionó y que se fue corriendo a una zona de terraplén que había a la salida del cementerio y se puso a llorar durante mucho tiempo.

Dice sentir esta semana mucha pena por la niña que fue; por esa niña que se dolía de haber perdido a su madre.

Es un gran avance que en este momento de la intervención ella ya no se siente triste por ella misma hoy en día, sino por la niña que fue en el pasado. Además la emoción ha cambiado. Ha pasado del miedo a la tristeza.

Es habitual que durante el reprocesamiento, lo que cambie no sea sólo la intensidad de la emoción, sino la cualidad. Es decir, que quizá pueda seguir sintiendo una emoción fuerte pero ya otra emoción más adaptativa que le ayude a transitar hasta la resolución. Tras el miedo del inicio, pasó a sentir rabia y luego tristeza. Esto es coherente con las conocidas fases del duelo.

Decidimos procesar este nuevo recuerdo asociado a la diana inicial. Hacemos el ICES:

Imagen	➡	En el cementerio viendo tumba de madre
Cognición negativa	➡	Soy una desgraciada
Cognición positiva (VOC 5)	➡	Soy afortunada a pesar de la muerte de mi madre
Emoción	➡	Tristeza (SUD 8)
Sensación corporal	➡	Opresión en garganta y mandíbula, ganas de llorar.

Se recuerda así misma delante de la tumba, triste, vestida de negro. Sale corriendo del cementerio y llora sin parar. Recuerda que se quería morir.

Le viene el recuerdo de cuando, muchos años después en el entierro de su padre, ella estaba conteniéndose y entonces su cuñado le dijo “¡Llora!”. Entonces se puso a llorar desconsolada durante unos 25 minutos. Vuelve de nuevo al recuerdo del cementerio, de niña vestida de negro. Ve cómo se le acerca otra niña de blanco (que es ella misma) y que le dice “Ya vale”. Entonces la niña de negro se desintegra. La de blanco la recoge del suelo y le ofrece la merienda y se ponen a jugar y corretear. Siente que la de blanco puede más que la de negro, que es más mayor. La niña de luto es pequeña pero ahora sonrío, se siente segura al lado de la blanca. Le viene sensación de luz y calor, de sol.

Al llegar a SUD 0, se instala la cognición positiva. Ella prefiere pensar que es afortunada, sin más, no afortunada a pesar de haber perdido a su madre. Ahora cree que no ha sufrido tanto en la vida por ello y que ha conseguido ser feliz. Es una mujer afortunada. Llega a VOC 7. Hacemos el escaneo corporal y el cierre.

Duodécima sesión

En esta sesión, re-evaluamos y comenta que sigue sintiendo cierto dolor al pensar en el cementerio pero que siente la presencia de su madre y esto le agrada. Siente que se ha fundido con la niña de blanco, ya estaba harta de ser sólo la de negro. Ve una clara relación entre el funeral de su madre y su fobia a hablar en público. Se siente liberada al haber encontrado la explicación. Está contenta porque ya ve claramente que podrá superar su fobia, de hecho cree que ya la ha superado en un 80%. Piensa que necesitará pasar por la prueba definitiva (exposición en vivo) para asegurarse.

Volvemos a intentar reprocesar la diana del inicio de su fobia. Medimos el ICES:

Imagen	➡	Le tocó leer en la Iglesia y no pudo articular palabra
Cognición negativa	➡	No controlo
Cognición positiva	➡	Yo controlo (VOC 5)
Emoción	➡	Vergüenza (SUD 2)
Sensación corporal	➡	Opresión en garganta

Vemos que la cognición ha cambiado. Del estigma ha pasado a pensar que ella puede controlar. Ya en las primeras sesiones aludió a su temor a descontrolarse. Remarcamos el hecho de que ella siempre se haga la fuerte y no soporte molestar a los demás, siendo exageradamente autosuficiente. Ella empieza a asumir que no hay tanta necesidad de ser así y que ya puede, incluso debe, dejarse “llorar”.

Empezamos la fase 4 del protocolo EMDR (Desensibilización y reprocesamiento). Recuerda la Iglesia y cómo le temblaba tanto la voz que no pudo leer. Ve al público sentado con cuerpo humano y cara de pájaro. Empieza a hablar poco a poco y según ella va leyendo, las caras se van transformando en las de personas. Tiene taquicardia pero continúa. Aparece tras ella un gran pájaro y ella le da una patada para que se vaya y sigue leyendo. Ve a su tía que también le ayuda a espantar al pájaro. El pájaro sale volando llevándose a la niña de negro con él. Su padre se pone en la puerta para que no vuelva a entrar.

De repente ella se ve a sí misma ya de mayor, leyendo ante todos con mucha más tranquilidad. Pero el pájaro vuelve a entrar y en un despiste suyo, la pica. Entonces ella le mira y lo ve ahora bonito y tranquilo. Le siente como un aliado. Primero le odiaba pero ahora lo perdona. Le dice “puedes quedarte aquí si te portas bien”. Siente que le tiene amaestrado. “Yo controlo”. Cree que el pájaro debe quedarse en su vida porque es su pasado y no quiere que desaparezca. Quiere poder convivir con el miedo del pasado. Ya no le causa dolor. Se da cuenta de que este miedo a veces puede venir a incordiar pero que ella ahora puede con él, puede darle un pisotón si lo necesita porque ella controla.

Al instalar la cognición positiva siente que ella tiene el dominio total. El pájaro se ha convertido en burro. Ella le tiene amaestrado y se reconcilia con él. Dice “Me reconcilio con mi pasado, lo veo con naturalidad”. Se despide de todo el mundo y corre hacia el sol. Llega a SUD 0 y VOC 7.

Sensación de alegría y nostalgia. La siente en el pecho. Sensación de pecho hinchado, abierto.

Decimotercera sesión

Comenta que esta semana ha estado en su pueblo y ha hablado con su hermana y con su prima. Estuvieron charlando sobre la muerte de su madre. Vio a su hermana más fuerte de lo que esperaba con ese tema. Le hizo pensar en el sufrimiento que debía haber pasado su padre. Isabel se ha culpado estos días de no haberse dado cuenta entonces y de haber hecho algo más por él.

NOTA:

El procesamiento ayuda a salir del foco de una misma y de las propias sensaciones y poder empatizar con los demás. Ha conseguido abrir su perspectiva y poder entender las circunstancias de los demás: su padre, su hermana y anteriormente su tía también.

Dice haber llorado bastante esta semana y que ahora se siente mejor.

Hacemos un repaso de todas las situaciones donde ha aparecido la fobia (cuadro de la sesión 2). Siente que ya ninguna le produce malestar salvo una que aún la recuerda un poco perturbadora.

Hacemos el ICES de esta situación que aún le molesta:

Imagen	➡	Siendo jurado en un comité de selección de personal
Cognición negativa	➡	No controló, no lo superó
Cognición positiva	➡	Yo controló (VOC 5)
Emoción	➡	Angustia, miedo (SUD 2)
Sensación corporal	➡	ligera sensación de taquicardia

Se imagina a sí misma cuando tiene que empezar a hablar (este es el momento más difícil en relación a la fobia: en el momento en que la presentan y le dan la palabra).

Aparecen dos pájaros que le dicen: “Habla, habla”, pero se le posan encima del papel y no puede leer. Luego se le posan en la cabeza y la molestan. Ella se pone de pie y aminoran los nervios. Empieza a hablar. Los pájaros siguen poniéndose en el papel y entorpeciendo su discurso. Ella los espanta y sigue leyendo. El pájaro se convierte en su tía. Se enfada con ella y le grita que se vaya. Vuelve la imagen del funeral pero esta vez ella pasa sin dificultad por la puerta y llora a su madre.

Vuelve a la diana de la selección de personal. Su tía sigue ahí. Ahora la tía es una anciana y no puede ponerse de pie para marcharse sola. Isabel la ayuda a levantarse y marcharse. “La perdono, bueno no,

nos reconciliamos porque aquí no ha habido culpables”. La tía no se va del todo pero Isabel sigue hablando a pesar de ella ya sin malestar ni taquicardia. SUD 0.

Al instalar la cognición positiva “Yo controlo”, se da cuenta de que su tía ha sido la que más le ha impedido expresarse y hablar en su vida. Ella era la que la controlaba. Veo que empieza de nuevo a bloquearse en este punto así que decido introducir entretejido cognitivo diciéndole “Tu tía ya no está aquí (la tía falleció). Ahora depende sólo de ti, eres una mujer adulta”. El entretejido cognitivo se utiliza para desbloquear estimulando información adaptativa. Entonces consigue desbloquearse y empieza a pensar que ahora ella hace lo que quiere. “Depende de mí, lo he superado. Yo controlo y no me va a suceder más”. VOC 7

Decimocuarta sesión

Habiendo trabajado ya dianas del pasado y dianas del presente, pasamos a realizar una sesión sobre una diana a futuro. En este sentido, se trata de imaginar una situación temida que podría pasar en el futuro para comprobar que ya no produce malestar y para disminuir la posible ansiedad anticipatoria que es habitual que surja en estos casos.

Acordamos la situación futurible que más angustia le genera al planteársela y definimos el ICES:

Imagen	➡	Ponente en un foro multitudinario. Sentada en el estrado con más ponentes. Ella será la tercera en hablar. Su jefa será la que modere la mesa de intervenciones.
Cognición negativa	➡	No controlo, no lo supero
Cognición positiva	➡	Yo controlo a pesar de las dificultades (VOC 6)
Emoción	➡	Angustia, miedo (SUD 1)
Sensación corporal	➡	Apenas nota ninguna sensación de malestar

Conecta con la imagen y empieza a imaginar la situación. De nuevo, ve a su tía vestida de pájaro que le dice: “No vas a poder”. En el público ve a amigos y amigas diciéndole: “Tú puedes”. Ella se ríe y habla de pie. Luego consigue sentarse y seguir hablando tranquila.

El foro se transforma en una iglesia. Es el funeral de su tía. Ella habla acerca de las cosas buenas de su tía ante toda la gente que ha acudido a despedirla. El reprocesamiento empieza a acelerarse y se le pasan por la mente muchas imágenes de todo el proceso terapéutico. Le viene una sensación muy positiva. Conecta con la idea de que ya no hay resentimiento, de que está en paz con su tía.

Volvemos a la diana a futuro, la ponencia en un gran foro. Se ve a sí misma haciendo su intervención, siente que lo está haciendo bien aunque un poquito nerviosa. Siente algo de taquicardia. Bebe agua y sigue hablando. En el foro está toda la gente de su oficina viéndola y otras amistades.

Empieza a sentirse más angustiada y cree que será mejor utilizar algunas de sus antiguas estrategias para tranquilizarse como ponerse de pie y repartir documentación a los asistentes. Cuando va a hacerlo, ve a su psicóloga (es decir, yo), que se pone delante de ella y le dice con firmeza que no se levante y continúe. Ella se va tranquilizando y le dice a la psicóloga que se aparte que ya puede continuar ella sola sin levantarse. Llega otra compañera del trabajo y le ofrece hablar por ella para que no tenga que pasarlo mal (eso es algo que ha pasado habitualmente en su oficina ya que ella no podía enfrentarse a esas situaciones antes y sus compañeras de trabajo lo hacían). Isabel entonces busca con la mirada el apoyo de la psicóloga y rechaza el ofrecimiento. Entonces termina su conferencia adecuadamente. El público le aplaude y ella lo siente como un premio, un reconocimiento importante. Llega a SUD cero, así que procedemos a instalar la cognición positiva: “Yo controlo a pesar de las dificultades”. EL VOC de inicio ya es alto pero queremos llegar a 7.

Se le viene a la cabeza a su madre que la coge en brazos. Isabel le dice que ya se puede ir, que ella sola controla. Luego se le vienen a la mente otras amigas, su psicóloga, su tía...y a todas les dice: “Podéis ir y si preferís quedaros podéis estar pero calladas. Yo puedo hacerlo, voy a hablar yo. También podré con los pájaros si aparecieran.”

Vuelve a tener un reprocesamiento acelerado de todo el proceso terapéutico. Tras unas cuantas tandas de movimientos oculares, llega a VOC 7 sin ninguna sensación corporal molesta. Con esta sesión damos por finalizado el reprocesamiento con EMDR ya que parece que los objetivos se han cumplido. Ella siente que ya lo ha superado. Sólo quedaría enfrentarse a una situación real y hacer una exposición en vivo.

Decimoquinta y decimosexta sesión

Planteamos las dos últimas sesiones para entrenar algunos ejercicios de relajación que le ayuden a enfrentarse a la situación en vivo con mayor seguridad.

Se la instruye en la respiración abdominal-diafragmática, en la relajación muscular progresiva y entrenamos autoinstrucciones.

Se concluye haciendo una valoración de todo el proceso terapéutico. La paciente hace una valoración muy positiva. Ha conseguido enfrentarse a un duelo sin cerrar que ni siquiera era consciente que le estaba limitando. Se ve mucho más capaz de enfrentarse a situaciones de hablar en público. Se siente más segura y sin síntomas corporales. Comenta que se ha sentido a gusto y en confianza. Comenta que ha sido capaz de exponerse a mí, de mostrarme su alma, sus secretos y que se siente mucho mejor.

Acordamos hacer alguna sesión de seguimiento en caso de que se exponga en vivo y note alguna dificultad.

Esta fue nuestra última sesión y finalizamos el tratamiento.

SEGUIMIENTO

En los seguimientos telefónicos que hemos tenido posteriormente, Isabel refiere haberse expuesto a la situación temida en varias ocasiones ya. Comenta haber impartido cursos de formación y talleres, haber participado en más sesiones de selección de personal y haber dado charlas informativas a profesionales y no profesionales con amplio número de participantes. Comenta que aún le cuesta un poco enfrentarse a tales situaciones y que nota algo de ansiedad cuando anticipa que tiene que hacerlo. Sin embargo, al exponerse a la situación, la ansiedad es baja y tolerable sin activársele de forma notable la taquicardia, lo que le permite finalizar la intervención sin mayores problemas. Cuando nota cierto nerviosismo, a veces duda de si seguirá habiendo alguna reminiscencia del antiguo miedo o si será el nerviosismo que habitualmente siente cualquier persona al participar en una situación de exposición ante los demás, al juicio de los demás, a situaciones que nos son tan cotidianas sino ocasionales. En todo caso, no le impide llevar a cabo estas actividades.

Respecto al origen de su fobia, refiere que ha notado grandes cambios en cuanto a la resolución del duelo por su madre. El día de su santo (día en que falleció) ya no supone una día negativo para ella y lo vive con normalidad. Además ya no se siente la niña pequeña y estigmatizada que fue sino que ya lo ve como algo de su pasado, algo en la distancia que ya no le perturba. “Como si hubiera quedado atrás y se difuminara. Ya no soy aquella niña”. Ha soñado que hablaba con su madre pero ya de “adulta a adulta”, sin esa necesidad de protección que siente una niña respecto a la madre. Siente que ha cerrado un capítulo de su vida que estaba pendiente y que ya no le limita ni le duele. Ya no tiene el sentimiento de orfandad.

CONCLUSIONES

Con este caso clínico hemos podido hacer un repaso conceptual de la glosofobia y de cómo puede estar originada por un evento traumático del pasado. Nos ha servido de ejemplo para exponer el procedimiento terapéutico a través de EMDR de forma completa desde el inicio hasta el fin del tratamiento.

Nos ha ayudado a comprobar la eficacia de este tipo de aproximación psicoterapéutica y su mantenimiento en seguimientos a medio plazo. En concreto, el caso de Isabel nos ha llevado desde un primer diagnóstico de fobia social específica a hablar en público hasta el origen de este síntoma que se ha revelado como un duelo no resuelto por la muerte de su madre y una situación particular como la disparadora de la fobia: el funeral.

Al encontrar el origen de la fobia, podemos comprobar que ésta era solamente un efecto subsidiario de una experiencia temprana que no pudo ser adecuadamente procesada.

Los estímulos que se percibieron (muchas personas de negro mirándola y acercándose a ella), las emociones que en aquel momento se sintieron (temor, rabia), las sensaciones corporales (opresión en el pecho, en la garganta y molestia en la espalda) y las cogniciones que se propiciaron de forma irracional (“Soy una desgraciada”, “No tengo control”), desembocaron en un miedo a hablar en público que le producía respuestas similares.

Durante el transcurso de las sesiones se ha podido observar cómo Isabel se conectaba con aquella época y revivía las emociones que le suscitaron: miedo al principio, rabia después y finalmente tristeza y aceptación. Ha sentido tanto el miedo por la situación particular del funeral como el miedo y la tristeza por la pérdida de su madre. Ha ido saltando de unas situaciones a otras, saltos entre el presente y el pasado, conectando redes neurales que le han permitido ir avanzando en el reprocesamiento. El sentimiento de soledad y de estigmatización, la necesidad de buscar apoyo en su hermana, su padre y otras personas del entorno, la rabia contra su tía, la imposibilidad en aquel momento de expresar su malestar, etc. son algunos de los hitos en el procesamiento que ha llevado a cabo. Finalmente ha conseguido transitar hacia la integración de todos esos recuerdos y emociones y sentirse más anclada en el presente, como la mujer adulta y capaz que es. Se ha sentido en paz con su pasado, con su madre, con su tía...

A través de EMDR se ha podido ir procesando de nuevo esta información, conectándola con redes de memoria adaptativas y encontrando, no sólo una explicación tranquilizadora, sino también una nueva sensación de bienestar, valía y capacidad.

Hemos podido ver que Isabel es una paciente que ha introducido muchísimo contenido simbólico en su procesamiento. La representación simbólica de las personas “amenazantes” como pájaros negros (cuervos), los cambios en la luz de sus recuerdos, la diferenciación entre la niña de negro y la niña de blanco y otras muchas imágenes dan prueba de ello. Han aparecido multitud de pensamientos e imágenes no reales pero que le ha ayudado a llegar a insights y ha redefinir la realidad vivida, a reformular su experiencia para así poder integrarla en su mente. Además ha podido visualizarse realizando los movimientos inacabados, las acciones que necesitaba llevar a cabo para llegar a la resolución del problema, en este caso, faltaban por realizar movimientos de defensa para protegerse de quien le hacía daño o le hacía sentir mal y le limitaba en su vida. Así, la vemos en algunas sesiones quitándose de encima los pájaros o dándole una patada al niño que le llamó cucaracha o estampando al pájaro que representaba a su tía contra el cristal...así como al final se visualiza a sí misma pudiendo hablar en público, como el mayor acto de triunfo posible.

Las sesiones han sido bastante intensas emocionalmente hablando y, en general, la paciente terminaba cada una bastante fatigada. El método EMDR suele acortar el tiempo de tratamiento pero, a su vez, suele conllevar sesiones de mucho trabajo mental e incluso corporal ya que conecta con emociones intensas y luego hace un esfuerzo su cuerpo y su mente por procesarlas y llegar a la resolución.

En cuanto al motivo de consulta, la glosofobia, el resultado de la intervención ha sido satisfactorio dado que ha conseguido reducir la ansiedad y malestar que le producía y se ha expuesto a varias de esas situaciones. Esto le ha facilitado el desempeño de su tarea profesional y le ha reportado un sentimiento de orgullo y satisfacción personal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.
- Aznárez, Begoña.- Curso experto universitario “Clínica e Intervención en Trauma” que otorga la Universidad San Jorge de Zaragoza a través de la Sociedad Española de Medicina Psicosomática y Psicoterapia (SEMPyP) y del Instituto para el desarrollo y la aplicación del EMDR (IDAE). 2014/2015
- Bobes, Julio; Badía, Xavier; Luque, Antonio; García, Margarita; González, María Paz; Dal-Ré, Rafael (1999). [«Validación de las versiones en español de los cuestionarios Liebowitz Social Anxiety Scale, Social Anxiety and Distres Scale y Sheehan Disability Inventory para la evaluación de la fobia social»](#). Med Clin 112 (14): 530-538.
- Cano-Vindel, Antonio. Blog titulado “Desórdenes emocionales en atención primaria: cognición, emoción y salud” 2015
- Capafons Bonet, Juan I. “Tratamientos psicológicos eficaces para las fobias específicas”. Universidad de la Laguna.
- Galve, Ana Isabel. Reseña bibliográfica del libro EMDR de Shapiro de 2001. Revista Aperturas psicoanalíticas, nº 27. 2007.
- Herman, Judith. “Trauma y recuperación”. 2004
- Ogden, Pat, Kekuni Minton y Clare Pain. “El trauma y el cuerpo”. 2009
- Pastor Gimeno y Sevilla Gascó, Carmen y Juan (2009). [Tratamiento psicológico de la fobia social](#) (4ª edición). Valencia: Publicaciones del centro de terapia de conducta.
- Rodriguez-Vega, Beatriz, Blanca Amador Sastre y Carmen Bayón Pérez. EMDR y Trauma. Trauma, culpa y duelo. 2006
- Shapiro, Francine. “EMDR y conceptualización de casos desde la perspectiva del procesamiento adaptativo de la información “.
- Shapiro, Francine. “EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)”. México, editorial Pax, 2001.