

Tratamiento EMDR para un caso de Trastorno de Pánico Derivado de una experiencia traumática: resultados de una intervención terapéutica

EMDR treatment for a case of panic disorder stemming from a traumatic experience: results of a therapeutic intervention

Héver Alaín Suárez Revollar

<https://orcid.org/0009-0001-3873-1285>

46441201@continental.edu.pe

Universidad Continental. Lima – Perú.

RESUMEN

Se presenta un estudio de caso de trastorno de pánico de origen traumático (TEPT), su tratamiento por medio del enfoque terapéutico EMDR (Desensibilización y Reprocesamiento por Movimientos Oculares) ilustrando con algunos fragmentos editados de las sesiones realizadas durante la terapia. La terapia EMDR, a lo largo de las 11 sesiones de tratamiento logró una reducción significativa de los síntomas, como se evidenció en el postest. Sin embargo, aunque se observaron avances notables en el estado emocional del paciente, la reevaluación postratamiento reveló una reactivación leve de la sintomatología con una intensidad y duración atenuada, lo que resalta la necesidad de seguir reprocesando el resto de incidentes, los disparadores del presente y el patrón a futuro para asegurar una mejor recuperación. En conclusión, el protocolo estándar EMDR donde reprocesaron cuatro incidentes del pasado mostró ser una intervención efectiva en la reducción de síntomas asociados con el TEPT y los ataques de pánico.

Palabras claves: Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), ataques de pánico, terapia EMDR.

Recibido: 24-10-24 - Aceptado: 02-01-25

ABSTRACT

A case study of panic disorder of traumatic origin (PTSD) is presented, its treatment by means of the EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) therapeutic approach, illustrated with some edited fragments of the sessions carried out during the therapy. The EMDR therapy, throughout the 11 treatment sessions, achieved a significant reduction of symptoms, as evidenced in the post-test. However, although notable advances in the patient's emotional state were observed, the post-treatment reassessment revealed a mild reactivation of the symptomatology with attenuated intensity and duration, highlighting the need to continue reprocessing the remaining incidents, present triggers and future pattern to ensure better recovery. In conclusion, the standard EMDR protocol where they reprocessed four incidents from the past was shown to be an effective intervention in reducing symptoms associated with PTSD and panic attacks.

Keywords: Post Traumatic Stress Disorder (PTSD), panic attacks, EMDR therapy.

INTRODUCCIÓN

El trastorno de pánico, a menudo asociado con agorafobia, ha sido objeto de numerosos estudios debido a su alta prevalencia y al impacto significativo en la calidad de vida de quienes lo padecen (Weissman et al., 1997). Los modelos teóricos actuales subrayan la interacción de factores cognitivos, emocionales y biológicos en el desarrollo de este trastorno (Chambless y Gillis, 1993; Leeds, 2012). La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) ha sido tradicionalmente el tratamiento más utilizado, aunque se reconoce la necesidad de explorar abordajes complementarios como el EMDR, especialmente en contextos de experiencias traumáticas que subyacen a los episodios de pánico (Goldstein y Feske, 1994; Feske y Goldstein, 1997; American Psychiatric Association, 1994; 2006).

El estudio de caso sobre el uso de EMDR para el trastorno de pánico con agorafobia es crucial, ya que aporta evidencia sobre alternativas terapéuticas más allá de la TCC, especialmente para aquellos pacientes con dificultades persistentes a pesar de los tratamientos tradicionales (Fernández y Faretta, 2007). La inclusión del EMDR permite abordar directamente experiencias traumáticas y de apego, las cuales pueden estar en la raíz del trastorno de pánico (Goldstein y Feske, 1994; Leeds, 2012), así como los acontecimientos estresantes y desencadenantes asociados con la carga emocional experimentada durante el año previo al primer episodio de pánico (Rodríguez, 2014). La investigación contribuye a identificar métodos más eficaces y personalizados para pacientes con comorbilidades o tratamientos ineficaces.

Esta investigación presenta un estudio de caso: un paciente de sexo masculino, de 26 años, soltero, con educación superior completa (bachillerato) y psicólogo de profesión. Actualmente, es estudiante de música y trabaja como productor musical en la ciudad de Lima, Perú. No fue derivado y se encuentra en tratamiento psiquiátrico, tomando fluoxetina (20 mg) y alprazolam (0,5 mg) cuando tiene ataques de pánico, presentándose a consulta con el siguiente diagnóstico del DSM-5: trastorno de pánico [300.01] (F41.0), sin síntomas de agorafobia.

El problema central de esta investigación es la necesidad de mejorar las intervenciones terapéuticas para el trastorno de pánico con agorafobia, especialmente en pacientes que no responden adecuadamente a tratamientos convencionales como la TCC (Leeds, 2012; Feske y Goldstein, 1997). El objetivo principal es evaluar la eficacia del EMDR en comparación con otros enfoques terapéuticos, y explorar su capacidad para tratar experiencias traumáticas, eventos adversos y de apego que subyacen en el desarrollo del trastorno de pánico (Goldstein y Feske, 1994; Fernández y Faretta, 2007).

Este estudio aborda el vacío de investigación en el tratamiento del trastorno de pánico con agorafobia, centrándose en el papel del EMDR en el manejo de experiencias traumáticas, que a menudo son ignoradas en las terapias tradicionales (Feske y Goldstein, 1997; Fernández y Faretta, 2007). Al examinar las aportaciones de los estudios de Goldstein y Feske (1994) y Feske y Goldstein (1997), el estudio proporciona evidencia sobre la utilidad del EMDR como una intervención complementaria que podría mejorar los resultados terapéuticos en casos difíciles o crónicos.

El modelo de Procesamiento Adaptativo de la Información (PAI) de Francine Shapiro plantea que los seres humanos tienen un sistema que integra percepciones sensoriales con información almacenada en la memoria para procesar experiencias. Por otro lado, existen algunas experiencias que vienen acompañadas de un alto nivel de perturbación emocional, tales como: la impotencia, el pánico, la indefensión y el terror. Estas, debido a la alta reacción fisiológica de estrés, provocan que dichas vivencias no terminen de metabolizarse o digerirse. Es así como el sistema de procesamiento de la información se ve interrumpido, dando como resultado una falta de integración con la información previamente almacenada en las redes de memoria adaptativas. Este recuerdo, entonces, queda congelado en el tiempo, y es a partir de ahí que emergen los desórdenes psicológicos, conductas y síntomas que serán reactivados en su formato original por estímulos condicionados asociados al evento traumático (Leeds, 2012).

El apego y la mentalización juegan un papel crucial en la regulación emocional (Robins et al., 1984), lo que está relacionado con el desarrollo de trastornos de pánico. Fernández y Faretta (2007) señalan que problemas en el apego, como separaciones parentales tempranas o figuras de apego insatisfactorias, pueden contribuir al desarrollo de dificultades en la regulación emocional, exacerbando síntomas de pánico y agorafobia. Bermejo (2019) resalta que una mentalización adecuada permite a los individuos procesar de manera más efectiva las experiencias emocionales y los recuerdos traumáticos, mientras que van der Hart et al. (2006) subrayan que la falta de estas habilidades puede llevar a una mayor disociación y reexperimentación traumática.

La reexperimentación intrusiva es un síntoma central del Trastorno por Estrés Postraumático, que puede adoptar diversas formas, incluidas imágenes intrusivas, flashbacks, pesadillas y reacciones fisiológicas ante recordatorios (American Psychiatric Association, 1994). Sin embargo, no es la única vía de expresión de los síntomas. Las reacciones emocionales al trauma pueden variar en contenido e intensidad, como ira, miedo, tristeza y vergüenza, así como pánico o rabia (Center for Substance Abuse Treatment, 2014). Sorprendentemente, se sabe poco sobre la fenomenología de la reexperimentación (Ehlers, Hackmann, y Michael, 2004). En algunos casos, las secuelas de un acontecimiento traumático pueden manifestarse como

ataques de pánico, los cuales derivan de experiencias como quedar atrapado en un ascensor, atragantarse o vivir sucesos con alta carga emocional (Canal HablemosdeSaludTV, 2011).

Aplicaciones del EMDR en el tratamiento del trauma y los ataques de pánico

En el estudio de Goldstein y Feske (1994), se aplicó EMDR al trastorno de pánico, considerando que los episodios iniciales pueden ser traumáticos y similares al TEPT. Los siete pacientes tratados mostraron reducción del miedo, mejoras conductuales y ausencia de nuevos ataques, siendo sorprendente que estas ganancias se produjeran en ausencia de cambios consistentes en las cogniciones relacionadas con el pánico, lo cual normalmente se espera en el tratamiento cognitivo conductual. Los autores concluyeron que, tras cinco sesiones, ningún paciente fue considerado "curado". Aunque EMDR podría ser eficaz, se recomienda realizar más estudios controlados (Leeds, 2012).

Fernández y Faretta (2007) documentaron el éxito del tratamiento EMDR en una mujer de 32 años con trastorno de pánico y agorafobia. En 30 sesiones, se abordaron temas como la preparación, reprocesamiento de eventos pasados, desensibilización de los disparadores del presente, ensayo de conductas futuras y seguimiento. A los tres meses, seis meses y un año, se confirmó la eliminación de ansiedad, ataques de pánico y conductas evitativas, junto con mejoras en independencia, introspección, autopercepción y relaciones. Los resultados se atribuyen a una preparación exhaustiva, alianza terapéutica, psicoeducación y enfoque en disparadores y problemas de apego (Leeds, 2012).

METODOLOGÍA

Este estudio empleó un diseño de caso único con enfoque cualitativo y longitudinal, lo que permitió un análisis profundo de la evolución clínica del paciente a lo largo del proceso terapéutico. El diseño se fundamenta en principios del paradigma interpretativo, dado que busca comprender e interpretar las experiencias y cambios del paciente en relación con el tratamiento recibido. La terapia utilizada fue la Desensibilización y Reprocesamiento por Movimiento Ocular (EMDR), estructurada según las ocho fases establecidas, con un enfoque centrado en el procesamiento de memorias traumáticas específicas.

El participante fue un hombre de 27 años, sin antecedentes médicos o psiquiátricos significativos previos al evento traumático desencadenante. Tenía un nivel educativo universitario, buenas relaciones familiares y sociales, y recursos psicológicos que facilitaron su disposición hacia el tratamiento. Previo al inicio de la intervención, el paciente firmó un consentimiento informado que detallaba los objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios del estudio, garantizando su confidencialidad y derecho a abandonar el proceso en cualquier momento, en cumplimiento de los principios éticos de la Declaración de Helsinki. El procedimiento consistió en las siguientes etapas:

1. *Evaluación inicial (Fase 1)*: Durante dos sesiones, se realizó una evaluación exhaustiva del estado emocional y psicológico del paciente mediante entrevistas clínicas estructuradas y pruebas psicológicas estandarizadas, incluyendo escalas de ansiedad (HADS), depresión (BDI-II), estrés postraumático (PCL-5), escala de experiencias disociativas (DES-II), Cuestionario para Adultos de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE) y Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS). Esta etapa permitió identificar los síntomas prevalentes, las áreas de mayor perturbación y los recuerdos traumáticos relevantes.

2. *Fase de preparación (Fase 2)*: Durante cinco sesiones, se entrenó al paciente en técnicas de regulación emocional como respiración, grounding, relajación muscular progresiva, visualización de un lugar seguro y otras estrategias de manejo del estrés. También se realizaron sesiones psicoeducativas y se preparó técnicamente para el reprocesamiento (posición de asientos, tipo de estimulación bilateral, metáforas y señal de pare). Estas técnicas ayudaron a fortalecer su capacidad para tolerar emociones intensas y establecer una sólida alianza terapéutica.

3. *Reprocesamiento (Fases 3-6)*: A través de estimulación bilateral visual y auditiva, se trabajaron recuerdos específicos seleccionados como blancos terapéuticos, siguiendo el protocolo estándar de EMDR. Además, se utilizaron entretejidos cognitivos para resolver bloqueos durante el procesamiento, como los presentados en los momentos de "looping".

4. *Cierre y reevaluación (Fases 7-8)*: Se realizaron sesiones de chequeo corporal para resolver cualquier residuo de malestar somático. Además, se instruyó al paciente a llevar un diario para monitorear cambios entre sesiones, y se evaluaron los progresos alcanzados en términos de reducción de síntomas y bienestar general.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Se utilizaron múltiples fuentes de datos para asegurar la validez y confiabilidad del estudio:

1. *Entrevistas clínicas semi-estructuradas*: Proporcionaron información cualitativa sobre las experiencias y percepciones del paciente en cada fase del tratamiento.

2. *Pruebas psicológicas*: El HADS, ACE, BDI-II, DES-II, PAS y PCL-5 permitieron medir los cambios en los niveles de ansiedad, depresión y síntomas de TEPT antes y después del tratamiento.

3. *Observaciones terapéuticas:* Se registraron las respuestas emocionales y somáticas del paciente durante las sesiones de EMDR, así como los comentarios espontáneos relacionados con su progreso.

4. *Diario del paciente:* Se utilizó como herramienta de auto-reporte para capturar eventos significativos, recuerdos y síntomas experimentados entre sesiones.

Variables e instrumentos utilizados en el pretratamiento

Los instrumentos psicométricos (pretest) empleados para evaluar el caso fueron los siguientes:

- Escala de Experiencias Disociativas (DES)
- Escala de Estrés Postraumático (PCL-5)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)
- Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS)
- Cuestionario para Adultos de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE)
- Escala de Autocuidado
- Entrevista sobre la Historia de la Regulación Emocional (EMO)

El paciente demostró un buen manejo del ocio, confianza en los demás y disposición para pedir ayuda. Mostró asertividad al poner límites, pero minimizaba sus logros y tenía un diálogo interno autocrítico con tendencia al autosabotaje.

EMO

El paciente regula emociones con técnicas de respiración, apoyo social y ocio, identificando estados emocionales y diferenciando cogniciones y sensaciones. Sin embargo, enfrenta incertidumbre, ansiedad y pánico, percibiendo sus estrategias como poco efectivas. Tuvo figuras familiares importantes y no vivió situaciones de abandono o cuidado externo.

La figura más importante en la infancia y adolescencia del paciente fue su madre, con influencia muy positiva, seguida por primos, su padre, una enamorada y dos amigos. No identificó influencias negativas ni ausencia de figuras significativas, y recordó fácilmente 10 momentos en los que recibió apoyo emocional para superar dificultades.

El primer recuerdo del paciente con su madre es viendo televisión mientras comían helados, destacando su ternura. Aunque actualmente mantiene una buena relación con ella, la actitud sobreprotectora de ella, debido a su salud mental, le genera incomodidad. Durante su infancia y adolescencia, describió su relación con ella usando cinco adjetivos, respaldando cada adjetivo con ejemplos específicos de su vida, demostrando así la capacidad de recuperación de recuerdos autobiográficos.

Tabla 1

Experiencias y adjetivos asociados a los recuerdos relacionados con el cuidado y el apoyo familiar

Adjetivo	Experiencias vividas
Amor	“Cuando estaba en tercero de primaria y mi mamá me consolaba porque estaba triste ya que una profesora me había”.
Fuerza	“Cuando no tenía buenas calificaciones en primero de secundaria mi mamá siempre me hablaba fuerte para que sea más responsable.”
Cuidado	“Una vez cuando tenía ocho años me caí de la bicicleta y mi mamá me levantó y me calmó y pude seguir manejando.”
Resistencia	“Hace 2 años, luego de una crisis de angustia, mi mamá vino a asistirme a un centro comercial y me ayudó a llegar a mi centro de estudios y seguir con mis actividades”.
Seguridad	“Cuando tenía nueve años, mi mamá me defendió de mi papa, cuando él me estaba regañando por no ser un excelente alumno”.

En su infancia, ante algún problema el paciente buscaba a su madre, recibiendo abrazos, consejos y escucha. Era recompensado por sus logros con detalles y salidas, mientras que las faltas eran manejadas con advertencias, seguimiento y posibles medidas si no mejoraba.

Su madre lo apoyó en todas las situaciones importantes, ofreciéndole libertad, estabilidad económica y una comunicación abierta. En su infancia y adolescencia, ella lo hizo sentir entendido, apoyado, valorado, importante, aceptado y seguro, y el paciente pudo dar un ejemplo que refleja estas cualidades.

Los instrumentos psicométricos (postest) empleados luego de 8 sesiones de reprocesamiento para evaluar el caso fueron los siguientes:

- Escala de Estrés Postraumático (PCL-5)
- Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
- Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS)
- Escala de Experiencias Disociativas (DES)
- Escala de Pánico y Agorafobia de Bandelow (PAS)

Este estudio fue aprobado por un comité de ética institucional y siguió los lineamientos éticos establecidos para investigaciones con seres humanos. Se garantizó la confidencialidad de los datos mediante el uso de pseudónimos y almacenamiento seguro de la información. Además, el paciente fue informado sobre el propósito del estudio y los procedimientos, firmando un consentimiento informado que incluía detalles sobre su derecho a la retirada voluntaria.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los datos cualitativos obtenidos de las entrevistas y observaciones fueron analizados mediante el método de análisis temático, lo cual permitió identificar patrones recurrentes en las experiencias del paciente. Los datos cuantitativos de las pruebas psicológicas se analizaron mediante comparaciones pre y postratamiento, empleando puntuaciones absolutas para evaluar la magnitud de los cambios clínicos. Se presentará la intervención siguiendo el protocolo EMDR:

Fase 1: Historia clínica

El paciente acude a consulta por ataques de pánico recurrentes desde 2021, con una frecuencia de tres a cuatro episodios semanales, caracterizados por terror, sensación de muerte inminente, taquicardia, hiperventilación, parestesias, sudoración y tensión muscular. Además, muestra hipervigilancia hacia su cuerpo, miedo a sus sensaciones físicas y temor a morir o enfermar.

Consultó a varios cardiólogos, obteniendo resultados normales, lo que le generó sentimientos de tristeza y culpa, así como la creencia de ser “defectuoso”. Refirió haber sido funcional hace tres años, pero su primer ataque de pánico ocurrió tras una operación de apéndice, al pensar: “voy a morir” mientras recibía la anestesia. Desde entonces, ha evitado hospitales, clínicas, centros comerciales, ejercicio, masturbación, intimidad, salidas con amigos y consumo de alcohol, estímulos que precipitan los síntomas.

Recibió terapia cognitivo-conductual durante tres años, logrando mejorar su estado de ánimo, obtener psicoeducación y adquirir técnicas de regulación emocional, pero sin cambios en la intensidad, duración o frecuencia de las crisis de pánico. Ante los resultados limitados, decidió probar el enfoque EMDR. Tras la evaluación, se determinó que cumple criterios para el Trastorno por Estrés Postraumático sin sintomatología disociativa [309.81] (F43.10), comórbido a un trastorno de pánico [300.01] (F41.0) sin síntomas de agorafobia, además de presentar depresión leve F32.0.

Al realizar la historia, el paciente mencionó haber sufrido una serie de experiencias adversas, entre las que destacan: duelos, bullying, amenazas de separación de sus padres, infidelidades, abortos, pandemia y enfermedades físicas. A pesar de ello, el paciente cuenta con fortalezas como un buen vínculo familiar, apoyo social, capacidad intelectual, insight, predisposición para nueva terapia, técnicas de relajación y experiencias positivas. Su gestación y parto fueron planeados y sin complicaciones.

Como resultado de la entrevista sobre la Historia de la Regulación Emocional (EMO), el paciente demostró la capacidad de recuperar recuerdos episódicos de su historia de vida, así como la habilidad conservada de reconocer un estado mental asociado a una experiencia concreta y dar significado a dicha experiencia. Además, exhibe buena mentalización y capacidad reflexiva, por lo que se infiere que posee un apego seguro.

Desde el modelo de procesamiento adaptativo de la información, se concluye que las experiencias previas del paciente relacionadas con la pérdida y la muerte lo predispusieron a vivir la operación como un evento traumático, cargado de terror, indefensión y vergüenza. Esto interrumpió su sistema de procesamiento de información, dejando el recuerdo no integrado y provocando crisis de angustia como reexperimentación de esa experiencia. El paciente, en las sesiones, describió sus ataques de pánico como si reviviera el momento de ser llevado al hospital. En este contexto, las crisis se interpretan como una reexperimentación emocional derivada de un trauma psicológico.

Fase 2: Estabilización sintomática

El plan de tratamiento incluyó una fase inicial de cinco sesiones:

1. *Regulación emocional*: Las tres primeras sesiones reforzaron estrategias como grounding, relajación muscular progresiva, hipnosis y lugar seguro para evaluar la consciencia dual y fomentar la relajación.

2. *Psicoeducación*: En la cuarta sesión, se presentó material sobre la terapia EMDR, su eficacia y mecanismos de acción, junto con información sobre los ataques de pánico, diferencias entre una crisis de pánico e infarto, y el pronóstico de recuperación. Esto permitió introducir elementos cognitivos y abordar posibles bloqueos durante el reprocesamiento.

3. *Preparación técnica*: En la última sesión, se explicó la posición de los asientos, se seleccionó la estimulación bilateral (visual con movimientos sacádicos como principal y auditiva como alternativa), y se introdujeron las metáforas del tren y la señal de pare.

El paciente no presenta sintomatología disociativa relevante, posee un apego seguro, buena consciencia dual, estrategias de regulación emocional previas y una sólida alianza terapéutica establecida en las primeras cinco sesiones. Por ello, se avanzó con las siguientes fases del tratamiento bajo el enfoque EMDR.

Los blancos iniciales para la primera etapa del reprocesamiento fueron los siguientes: “la operación” (factor precipitador), “el primer ataque de pánico”, “el peor ataque de pánico” y el “último ataque de pánico”.

Fase 3-8: Reprocesamiento

En esta fase, se tomó como primer blanco el incidente de “La Operación”, con la etiqueta “la clínica”, la imagen fue “el anesestesiólogo preparando la anestesia mientras el paciente estaba en la camilla desnudo y aterrado”. La creencia negativa fue “yo voy a morir” (seguridad/vulnerabilidad), y la positiva, “se acabó, puedo seguir adelante”, con un VOC inicial de 2. Las emociones incluyeron ansiedad, tristeza y vergüenza, con un SUD inicial de 8, acompañado de sensaciones físicas como taquicardia, sudoración, palidez y náuseas.

“Me preocupa mucho las crisis de pánico, y si a pesar de que procese esa experiencia mis ataques de pánico no desaparecen y vuelven, o si desaparecen y vuelven mucho tiempo después, a veces siento que nunca me voy a recuperar”.

El paciente estuvo durante dos tandas de estimulación bilateral seguidas enfocadas en este tipo de rumiación. A continuación, se describe el entretejido cognitivo “información nueva” para solucionar esto.

Terapeuta: “¿recuerdas los datos estadísticos que vimos en los libros y los artículos científicos sobre el pronóstico de esta patología?”

Paciente: “sí, que, al ser un trastorno de ansiedad, tiene buen pronóstico”.

Terapeuta: “¿recuerdas también el resultado de las pruebas psicológicas que realizaste?”

Paciente: “sí, que hay una fuerte evidencia de que yo en realidad estuve padeciendo un estrés postraumático y mis ataques de pánico eran como los síntomas y era quizás por eso que en mis anteriores tratamientos los resultados no fueron tan buenos”.

Terapeuta: “quédate con eso y sigue observando” → EBL. (Comunicación personal, 2024)

Asimismo, durante el reprocesamiento, el paciente dejó de generar cadenas asociativas y reportó una disminución considerable del malestar al volver al blanco inicial, pero con un SUD de 3 que no disminuía. Ante este resultado, se prolongaron las tandas de estimulación bilateral (55+), y se logró acceder a un recuerdo de la infancia no mencionado anteriormente, ni en la historia ni con sus otros terapeutas: a los siete años escuchó, junto con su padre, una parodia en la radio sobre la catalepsia, lo cual le generó un alto grado de ansiedad (evento base). Tras cuatro rondas de estimulación bilateral, el paciente dejó de dar asociaciones, volvió al blanco inicial y reportó un SUD de 0. En la fase cinco, se instaló la creencia positiva con un VOC de 7, completando las fases cuatro y cinco en una sesión.

Durante la fase seis de chequeo corporal, se procesó información corporal, pues al finalizar, el paciente manifestó sentir malestar estomacal, por lo que se administraron cinco tandas de EBL, y la sensación llegó a un SUD de 0.

Para la fase siete, se dio la consigna de llevar un diario, donde el cierre fue completo en un tiempo de dos horas y 35 minutos. Posteriormente, expresó sentirse más tranquilo y relajado, siendo capaz de recordar y verbalizar la experiencia sin perturbación emocional. También indicó que los síntomas físicos, como taquicardias, aumento de la frecuencia respiratoria, dolor estomacal, sudoración, palidez, tensión muscular, náuseas y hormigueo, habían desaparecido.

Por último, en la fase ocho de reevaluación, el paciente reportó no haber tenido sueños ni recuerdos relacionados con la experiencia tratada. Mencionó progresos significativos, incluyendo un aumento en la esperanza de superar su problema, mejoras en el estado de ánimo y motivación, mayor energía y deseos de viajar y explorar nuevos lugares. Sin embargo, experimentó un ataque de pánico leve durante la semana tras observar algo de sangre, aunque esto no interfirió con sus actividades diarias. Además, señaló un aumento de ansiedad debido a la ausencia de más ataques de pánico, lo que le generó angustia y confusión.

Tras 11 sesiones de terapia EMDR (2 de fase uno, 5 de fase dos y 4 de fases tres a ocho), la evaluación postratamiento mostró una reducción significativa de los síntomas de ansiedad, abstracción, depresión, trauma y pánico en comparación con la evaluación inicial. Sin embargo, el paciente no pudo continuar con las sesiones debido a un viaje, quedando pendiente el trabajo de reprocesamiento de otros incidentes, los disparadores actuales y el patrón a futuro, elementos necesarios para obtener resultados más consistentes a largo plazo.

Es necesario considerar variables como el apego, las separaciones parentales, experiencias de aprensión parental, padres rígidos y exceso de control, que pueden influir en el desarrollo del trastorno de pánico con o sin agorafobia (Fernández y Faretta, 2007). Los estudios de Golstein y Feske (1994) destacaron que los episodios de pánico suelen ser traumáticos en sí mismos, lo que lleva a síntomas similares al trastorno por estrés postraumático. En su investigación, siete pacientes tratados con EMDR reportaron una disminución del miedo y la frecuencia de los ataques, a pesar de no observarse cambios significativos en las cogniciones relacionadas con el pánico, lo que contrasta con el enfoque conductual tradicional (Leeds, 2012; Chambless y Gillis, 1993).

Feske y Goldstein (1997) también hallaron que el EMDR es eficaz, aunque en sus estudios se excluyó el trabajo con disparadores actuales y la vertiente del futuro. Fernández y Faretta (2007) demostraron el éxito del EMDR en un caso de trastorno de pánico con agorafobia, enfatizando la importancia de una fase de preparación amplia, el trabajo con los disparadores, la psicoeducación y el enfoque en experiencias tempranas relacionadas con el apego. Estos hallazgos respaldan la utilidad del EMDR, especialmente cuando se integran factores de historia personal y se aplican estrategias que trascienden el tratamiento cognitivo conductual estándar.

CONCLUSIONES

Tras la intervención mediante el protocolo estándar con EMDR, se lograron avances significativos en la reducción de los síntomas de ansiedad, pánico, reexperimentación, abstracción y depresión del paciente. La conceptualización del caso permitió identificar el trastorno por estrés postraumático (TEPT) como factor central en la aparición y persistencia de los ataques de pánico, lo que facilitó el enfoque del tratamiento hacia este trastorno. A través de la estimulación bilateral, el paciente pudo acceder y procesar recuerdos asociados a experiencias traumáticas, como el evento de la operación, logrando una disminución significativa de la carga emocional vinculada a esos episodios. Las creencias negativas sobre su seguridad y la posibilidad de morir fueron sustituidas por afirmaciones positivas, lo cual contribuyó a un mayor sentido de control y a la reducción del malestar físico y emocional.

Aunque se observaron mejoras significativas, como la disminución de síntomas y una mayor capacidad para procesar eventos traumáticos, el paciente experimentó un leve ataque de pánico durante la semana siguiente al reprocesamiento, con la diferencia de que este presentó una intensidad y duración reducidas y no impidió que continuara realizando sus actividades diarias. A pesar de estas dificultades, la terapia EMDR mostró resultados positivos en términos de bienestar general, aumentando la esperanza y la motivación del paciente para continuar su recuperación. Sin embargo, es fundamental continuar explorando otros incidentes traumáticos y desencadenantes persistentes para obtener resultados más consistentes y duraderos a largo plazo.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association. <https://psycnet.apa.org/record/1994-97698-000>
- American Psychiatric Association. (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with panic disorder. Work Group on Panic Disorder*. American Psychiatric Association. https://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/panicdisorder.pdf
- Andrews, G., Slade, T., y Isaakidis, C. (2002). Deconstructing current comorbidity: Data from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *British Journal Of Psychiatry*, 306-314. <https://doi.org/10.1192/bjp.181.4.306>.
- Bakker, A., van Dyck, R., Spinhoven, P., y van Balkom, A. (1999). Paroxetine, clomipramine and cognitive therapy in the treatment of panic disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(12), 831-838. <https://doi.org/10.4088/jcp.v60n1205>.
- Benjet, E., Bromet, E., Karam, R., Kessler, K., McLaughlin, A., Ruscio, V., . . . Medina-Mora, M. (2016). The Epidemiology of Traumatic event exposure worldwide: results from the World Mental Health Survey Consortium. *National Library Of Medicine*, 46(2), 327-343. <https://doi.org/10.1017/S0033291715001981>.
- Bermejo, A. (2019). *Eficacia de la Terapia Cognitivo Conductual Grupal en el Tratamiento del Trastorno de Pánico y la Agorafobia*. [Tesis de Maestría, Universidad Miguel Hernández]. <https://dspace.umh.es/bitstream/11000/5360/1/BERMEJO%20Ana%20MariaTFM.pdf>
- Center for Substance Abuse Treatment. (2014). A Treatment Improvement Protocol: Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. <https://archive.hshsl.umaryland.edu/handle/10713/15502>
- Chambless, D., y Gillis, M. (1993). Cognitive therapy of anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 48-60. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.61.2.248>.

- Ehlers, A., Hackmann, A., y Michael, T. (2004). Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: phenomenology, theory, and therapy. *Memory*, 12(4), 403-415. <https://doi.org/10.1080/09658210444000025>.
- Eulenberg, A. (1878). *Lehrbuch der Nervenkrankheiten [Textbook of nervous disorders]*. August Hirschwald. <https://archive.org/details/lehrbuchdernerve02eule>
- Fernández, I., y Faretta, E. (2007). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the Treatment of Panic Disorder With Agoraphobia. *Clinical Case Studies*, 6(1), 44-63. <https://psycnet.apa.org/record/2007-00438-004>
- Feske, U., y Goldstein, A. (1997). Eye Movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: a controlled outcome and partial dismantling study. *Journal of Clinical Psychology*, 65(6), 1026-1035. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.65.6.1026>
- Goldstein, A., de Beurs, E., Chambless, D., y Wilson, K. (2000). EMDR for panic Disorder with agoraphobia comparison with waiting list and credible attention-placebo control conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(6), 947-956. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11142547/>
- Golstein, A., y Feske, U. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing for panic disorder: a case series. *Journal of Anxiety Disorders*, 8(4), 351-262. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(94\)00023-9](https://doi.org/10.1016/0887-6185(94)00023-9).
- Koenen, K., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K., Bromet, E., Stein, D., . . . Huang, Y. (2017). Posttraumatic Stress Disorder in the world Mental Health Surveys. *National Library of Medicine*, 47(13), 2260-2274. <https://doi.org/10.1017/S0033291717000708>.
- Leeds, A. (2012). *Guía de protocolos estándar de EMDR para terapeutas, supervisores y consultores*. Desclée De Brouwer. <https://www.edesclée.com/img/cms/pdfs/9788433026040.pdf>
- Nemiah, J. (1989). Janet Redivivus: The centenary of L'automatisme psychologique. *American Journal of Psychiatry*, 146(12), 1527-1529. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.12.1527>.
- Robins, L., Helzer, J., Weissman, M., Orvaschel, H., Gruenberg, E., Burke, J., y Regier, D. (1984). Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders in three sites. *Archives of General Psychiatry*, 41(10), 949-958. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1984.01790210031005>.
- Rodríguez, R., Vetere, G., Beck, A., Baños, R., Botella, C., Bunge, E., . . . Rothbaum, B. (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad*. Polemos. https://books.google.com.co/books/about/MANUAL_DE_TERAPIA_COGNITIVA_CONDUCTUAL_D.html?id=OmydAwAAQBAJ&redir_esc=y
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E., y Steele, K. (2006). *El Yo Atormentado, La disociación estructural y el tratamiento de la traumatización crónica*. Desclée De Brouwe. WW Norton & Co. <https://psycnet.apa.org/record/2006-13256-000>
- Weissman, M., Bland, R., Canino, G., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H., . . . Yeh, E. (1997). The cross-national epidemiology of panic disorder. *Archives Of General Psychiatry*, 54(4), 305-309. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1997.01830160021003>.
- Winnik, H. (1969). Second Thoughts about "psychic trauma". *Israel Journal Psychiatry and Related Disciplines*, 7(1), 82-95. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/5258152/>
- Woodman, C., Noyes, R., Black, D., Schlosser, S., y Yagla, S. (1999). A 5-years follow-up study of generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(1), 3-9. <https://doi.org/10.1097/00005053-199901000-00002>.