

MCI, una nueva, revolucionaria y efectiva técnica de psicoterapia

Rev. Sinapsis nº 2 (2009)

Francisco Vozmediano Muñoz

(Ingeniero Superior de Telecomunicación; Licenciado en Psicología; Master en Psicoterapia de Tiempo Limitado y Psicología de la Salud; Psicólogo colegiado y Psicoterapeuta asociado a la FEAP)

Roberto Aguado Romo

Presidente del Instituto Europeo de Psicoterapia de Tiempo Limitado; Psicólogo especialista en psicología clínica; autor de M.C.I.

RESUMEN

MCI (Movimientos de Cabeza Inducidos) es un método innovador, pensado para acelerar el proceso de la psicoterapia. Ha sido desarrollado por Roberto Aguado, y consiste en usar un protocolo basado en una sutil comunicación no verbal entre terapeuta y paciente, consiguiendo el cambio de actitud interna de este último frente a sus conflictos psicológicos, interviniendo directamente sobre los bloqueos asociados de tipo bioenergético que el paciente manifiesta de manera inconsciente, contribuyendo de esta forma a la desaparición de su sintomatología.

En la actualidad, alrededor de 1000 terapeutas en ejercicio en el campo de la salud mental han recibido formación en MCI en el Instituto Europeo de Psicoterapias de Tiempo Limitado, y son capaces de utilizarlo en su práctica clínica. Podemos constatar la utilidad de este método durante el tratamiento de trastornos de ansiedad y dolor, habiendo demostrado ser efectivo también durante la psicoterapia de los trastornos del estado de ánimo. También se puede utilizar con éxito para potenciar estados emocionales positivos y facilitar procesos de crecimiento psicológico.

PALABRAS CLAVE

Psicoterapia, Relajación, Ansiedad, Hipnosis, Metacomunicación, Bioenergética.

ABSTRACT

MCI (Head Driving Therapy) is an innovating method, thought to accelerate the process of the psychotherapy. It has been developed by Roberto Aguado, and consists of using a protocol based on a subtle nonverbal communication between therapist and patient, obtaining the change of his internal attitude over his psychological conflict, taking part directly on the bioenergetical unconscious associated blockades, so contributing to the disappearance of symptoms.

At the present time, around 1000 therapists in the mental health field have received formation in MCI in the IEPTL, and they are able to use it in its clinical practice. We can state the utility of this method during treatments of anxiety and pain, having demonstrated to be effective also during the psychotherapy of the upheavals of the mood. Also it is possible to be used successfully to harness positive emotional states and to facilitate processes of psychological growth.

KEYWORDS

Psychotherapy, Relaxation, Anxiety, Hypnosis, Meta-Communication, Bioenergetics.

1. INTRODUCCIÓN

Después de muchos años de práctica profesional utilizando la hipnosis clínica en numerosas ocasiones, R.Aguado (Aguado, 2005) observó bajo ciertas condiciones durante algunas sesiones de hipnosis en 2004, que si sus manos establecían un leve contacto con la frente del paciente, éste tendía a seguir los posteriores movimientos de las manos mediante movimientos espontáneos de orientación de su cabeza.

En sucesivas sesiones con los pacientes, comenzó a introducir ciertos movimientos y a observar las reacciones de los sujetos. La primera conclusión a la que llegó es que se trataba de una técnica muy efectiva para conseguir el trance hipnótico leve de forma directa y sencilla. En posteriores estudios, determinó claramente que se trataba de un efecto inducido de relajación por parte del terapeuta, más que una mera autorrelajación del paciente. Esta implicación significa la aceptación de un efecto terapéutico del exterior, con la particularidad de que no es verbal sino implícito y, como se verá más adelante, movilizador de elementos emocionales e inconscientes.

MCI¹ constituye un método de relajación en sí mismo, al que los pacientes reaccionan de forma casi inmediata, y su efecto tiende a prolongarse en el tiempo más que otros procedimientos de relajación, además de ser un método fácil de aprender.

Es independiente de la interpretación o diagnóstico del terapeuta. Por el contrario, es el resultado de una observación real a nivel muscular, observando los movimientos del paciente, e interviniendo levemente facilitando los movimientos que éste tiende a inhibir.

La técnica se ejecuta sin hacer uso del lenguaje hablado, por lo que puede mostrarse efectiva con independencia de la cultura de procedencia del sujeto y de su nivel educativo. Sin palabras, el terapeuta sobreentiende que el paciente se encuentra ante un autodiálogo pernicioso que no le permite estar en paz consigo mismo, y le demuestra aceptación y ayuda directa desconectándole de esa espiral verbal que le perjudica.

Para determinar cuántas sesiones MCI son necesarias es preciso conocer el tipo de problema y sus circunstancias concretas. La duración de un tratamiento típico de ansiedad es de 4 sesiones, a razón de una por semana.

Puede considerarse una terapia completa y comprimida en cada sesión. Está compuesta por fases equivalentes a las de una terapia verbal convencional, pero acelerada en el tiempo. Tiene la ventaja de ahorrar tiempo, esfuerzo y dinero para el paciente. MCI es una psicoterapia de tiempo limitado, que puede acercar la psicoterapia a un mayor nº de personas.

¹ MCI está incluida como método auxiliar y complementario dentro de las técnicas del protocolo de la Terapia de Interacción Recíproca, pero puede también ser útil por sí misma como Psicoterapia de Tiempo Limitado. A pesar de su aparente simplicidad, esta técnica sólo puede ser aprendida en el IEPTL, que es el único centro autorizado para impartirla.

2. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIADORAS DE MCI FRENTE A OTROS TIPOS DE PSICOTERAPIA

- 1) Se produce fácilmente una especie de relación transferencial paciente–terapeuta, favoreciendo la empatía.
- 2) Es un abordaje terapéutico centrado en el cliente, en el que lo más importante es su reacción física, emocional y cognitiva, y el papel del terapeuta está limitado a ejecutar el protocolo, guiando o escoltando al paciente a producir las interpretaciones pertinentes, los insights y los posibles cambios cognitivos. Al contrario de lo que pudiera parecer, en este tipo de técnica el paciente no se comporta de forma pasiva, sino que se involucra activamente en la terapia.
- 3) Al constituir esta técnica una especie de test muscular², queda claro que tiene en cuenta aspectos relacionados con el sistema nervioso autónomo y la influencia psicosomática.
- 4) No requiere que el paciente verbalice inicialmente sus problemas, lo cual muchas veces causa más dolor emocional y desalienta a algunas personas para iniciar tratamiento.
- 5) Debido a sus características de intervención no verbal, el terapeuta puede aplicar MCI a familiares y amigos, no sólo a pacientes.
- 6) Los posibles conflictos que pudiera tener el terapeuta, relacionados con el problema concreto del paciente, no pueden obstaculizar el desarrollo de la terapia.
- 7) MCI es una evolución de las técnicas de relajación, en los ámbitos de la medicina conductual y la psicología de la salud. Puede constituir un abordaje psicoterapéutico en sí mismo de carácter integrador, y durante su aplicación pueden reconocerse similitudes conceptuales con elementos de las orientaciones psicodinámica, cognitiva, conductual, corporal y de la PNL, además de utilizar los últimos conocimientos de neuroanatomía y neurofisiología de una forma sencilla e intuitiva. Asimismo es integrador en el sentido de que su objetivo último es modificar y consolidar nuevas “memorias” y sensaciones.

² Tiene ciertas similitudes con el test muscular que se practica en kinesiología desde hace tiempo. En dicho test, el sujeto piensa en el “problema” expresándolo de forma clara y unívoca, y que está asociado con un correlato emocional generalmente inconsciente, realizando un acto voluntario expresado en una fuerza muscular que desarrolla en una extremidad. Si existe discordancia entre lo que expresa el pensamiento y lo que expresa el cuerpo, se observa una interferencia en la fuerza ejercida, que se debilita porque la respuesta neuronal periférica es menor.

3. DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

MCI es un procedimiento específico para acceder a la información emocional conflictiva y facilitar su procesamiento de forma no verbal, de dos formas básicamente:

- Mediante un test corporal se consigue acceso al nivel emocional, facilitando así la integración corporal-emocional, trabajando las respuestas emocionales que surgen asociadas a la rigidez corporal y las diversas posturas.
- El terapeuta estimula el contacto inconsciente con el paciente, trabajando el límite personal de su percepción.

Esta técnica se aplica según las necesidades del paciente, en los momentos de la psicoterapia que el terapeuta considera más conveniente. Su aplicación puede ser flexible y adaptada a cada cliente en particular. Lo habitual es seguir los siguientes pasos:

1. Elaboración de la Historia del Paciente.

Como en todo procedimiento psicoterapéutico, se debe confeccionar un historial del paciente, para evaluar la conveniencia de aplicar MCI, y la capacidad del paciente para enfrentarse a material propio potencialmente perturbador.

2. Comprobación de que el paciente cumple los siguientes requisitos previos:

- En el ámbito físico, no sufrir ningún tipo de patología o problema en las vértebras cervicales.
- En el ámbito psicológico, no sufrir ninguna patología o síntoma de tipo disociativo. Asimismo puede ser necesario evaluar otros aspectos del paciente, como por ejemplo el consumo de sustancias, que podrían complicar el curso del tratamiento.

3. Disfrutar de una sólida alianza terapéutica. En la aplicación de MCI, la importancia del vínculo terapeuta-paciente es crucial.

4. El ambiente físico de la sala debe ser tranquilo, la temperatura y la iluminación deben ser adecuadas y la luz tenue. El mobiliario puede consistir en un sillón o una silla cómoda.

5. Realizar una descripción superficial de la técnica. El paciente debe comprender en términos generales en qué consiste dicha técnica y aceptarla. Es posible que sea necesario instruir al paciente en el uso de procedimientos de relajación para manejar la ansiedad que pudiese sobrevenirle entre sesiones, aunque no suele ser lo habitual.

6. Se le pide al paciente que procure relajarse, sentado, durante unos minutos, por medio de una respiración adecuada.

7. Se aplica la técnica MCI propiamente dicha. Se considera imprescindible su correcta ejecución por parte del terapeuta. Las fases en que se estructura la técnica MCI son las siguientes³:

- 1-Inicio
- 2-Protocolo de exploración
- 3-Detección de bloqueos
- 4-Anclajes
- 5-Reinterpretación emocional
- 6-Reiteraciones
- 7-Finalización
- 8-Reevaluación

Después de la aplicación de la técnica, el paciente puede comentar la sesión con el terapeuta, y verbalizar las percepciones que ha tenido respecto al conflicto trabajado, porque en ese momento ya no tiene la respuesta fisiológica de bloqueo.

También se puede informar al paciente de que es posible que el procesamiento continúe entre sesiones mediante sensaciones, recuerdos, sueños, etc.

³ En algunos casos puede ser necesario aplicar al principio alguna técnica adicional de relajación.

4. EFECTOS OBSERVADOS

4.1. *Respecto al Estado en el que entra el paciente.*

Psicológicos

Los efectos inmediatos constatados en el paciente después de trabajar con esta técnica pueden resumirse en:

- Un mayor estado de relajación.
- Una mayor capacidad para entrar en contacto con sus conflictos, al percibirlos menos amenazantes.
- Un estado de focalización de la atención, que comparte varios puntos con los fundamentos terapéuticos de Milton Ericsson (O'Hanlon, 1993):

- 1) La expectativa de cambio, compartida por el terapeuta y el paciente.
- 2) El cambio en la sintomatología se produce debido a la actuación del terapeuta, que ha creado una relación intensa y después la utiliza para lograr que la persona coopere o se rebele.
- 3) La importancia de la flexibilidad, tanto en el terapeuta como en el paciente.
- 4) El terapeuta presta atención, reconoce, acepta y participa en todos los niveles de la comunicación y la conducta del paciente.
- 5) El terapeuta modifica sutilmente un aspecto de la conducta del paciente, adquiriendo de ese modo cierto control sobre sus síntomas.
- 6) Al terapeuta no le preocupa el origen de la conducta sintomática, viéndola sólo como un mal funcionamiento que es necesario corregir. Su intención es bloquearla, sin importarle el modo, logrando un cambio profundo y duradero.

Fisiológicos

Durante la sesión, mientras el paciente orienta su posición, se produce una activación diferencial de las diversas áreas cerebrales debido al funcionamiento normal del sistema circulatorio.

Además, se producen los mismos efectos neurofisiológicos que durante la aplicación de otras técnicas de relajación.

4.2. *Referentes a la Comunicación terapeuta-paciente*

El paciente sabe que se va a trabajar lo mental, confiando en el terapeuta. La técnica introduce en el ámbito relacional la metáfora “dejar la cabeza en manos del terapeuta”, que constituye una meta-comunicación facilitadora de la exteriorización por parte del paciente del material emocionalmente conflictivo.

En cuanto a la comunicación terapeuta-paciente, en MCI se experimenta claramente el cumplimiento de varios axiomas pertenecientes a la Teoría de la Comunicación Humana (Watzlawick, 1997):

“Es imposible no comunicar” (*axioma 1º*).

Entre el terapeuta y el paciente establecemos una comunicación no verbal.

El 2º *axioma* dice: “Toda comunicación tiene un aspecto de contenido y un aspecto relacional tales que el 2º clasifica al 1º y es, por ende, una meta-comunicación”.

La comunicación que establecemos no pertenece al nivel de contenido sino al nivel relacional, es decir, lo que se establece es una meta-comunicación con el terapeuta.

Una comunicación transmite no sólo información sino que, al mismo tiempo, impone conductas. Siguiendo a Bateson (1965) estas dos operaciones se conocen como los aspectos referenciales (el contenido del mensaje) y conativos” (qué tipo de mensaje debe entenderse, la relación entre los comunicantes).

5º *axioma*: “Todos los intercambios comunicacionales son simétricos o complementarios, según estén basados en la igualdad o en la diferencia”.

En MCI, la comunicación terapeuta-paciente parte de la simetría y en pocos minutos evoluciona hacia la complementariedad.

La Teoría de la Comunicación concibe los síntomas como mensajes no verbales: “no soy yo quien quiere hacer esto, sino algo fuera de mi control: mis nervios, mi ansiedad, la educación que he recibido”, etc. Por tanto, en lugar de intentar resolver el problema en el nivel del contenido, es más apropiado hacerlo en el nivel relacional, meta-comunicacional⁴.

Cuando analizamos el discurso a nivel *relacional*, una secuencia de los mensajes que se transmiten terapeuta y paciente sería algo como:

P: “Así es como me veo”

T: “Así es como te veo”.

P: “Así es como veo que tú me ves”

T: “Así es como veo que tú ves que yo te veo”.

Si atendemos al nivel de *contenido* implícito en la comunicación, la secuencia comunicativa (no verbal) que se establece entre el terapeuta y el paciente sería:

T: “Ponte en mis manos”

P: “Me pongo en tus manos”

T: “Veo que te pones en mis manos”

P: “Tengo limitaciones”

T: “Puedes superar tus limitaciones con mi ayuda”

P: “Veo que con tu ayuda puedo superar mis limitaciones”

⁴Lo que puede observarse en todos los casos de comunicación patológica es que constituyen círculos viciosos que no se pueden romper a menos que la comunicación misma se convierta en el tema de la comunicación-, en otras palabras, hasta que los comunicantes estén en condiciones de meta-comunicarse. Pero para ello tienen que colocarse afuera del círculo. Tal meta-comunicación no es necesariamente verbal.

5. DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta nuestras observaciones y los recientes resultados procedentes de la investigación experimental sobre los procesos emocionales y motivacionales, nos es posible comprender los mecanismos de acción de la técnica MCI, y proponer los fundamentos de nuestro marco conceptual.

5.1. Premisas

- En cada individuo existe un procesamiento fisiológico adaptativo de las experiencias vitales, de modo que la información relacionada con dicho procesamiento es almacenada en redes de memoria que asocian emociones, sensaciones, pensamientos e imágenes.

- Muchas veces los pacientes, aunque solicitan ayuda, “no pueden expresar con palabras” el motivo de su ansiedad. Los conflictos puramente emocionales como la ansiedad indefinida, trascienden al lenguaje.

- El procesamiento de la información asociada a los conflictos emocionales quedaría incompleto, dejando una huella refleja en el sistema nervioso y muscular, teniendo en cuenta la unidad cuerpo-mente del individuo.

5.2. Fundamentos teóricos del Modelo MCI

Al igual que existe una determinada respuesta corporal durante la evocación de una experiencia emocional o de un evento psíquico, bajo ciertas condiciones puede obtenerse una respuesta psíquica o emocional durante la producción de una experiencia corporal dirigida por el terapeuta.

#El procesamiento de la información asociada a los conflictos emocionales se facilita con la aplicación de MCI. Parte de dicho procesamiento es sólo emocional e inconsciente, no es necesariamente cognitivo.

Mecanismo de acción de MCI.

Por medio de la técnica MCI se consigue provocar una conexión entre el paciente y su bloqueo emocional, consiguiendo desactivarlo en el ámbito psico-energético actuando en varios niveles, descritos en el siguiente apartado.

5.2.1. Niveles de acción del Modelo MCI

0) *Comunicativo.*

Durante las primeras fases de la técnica, la comunicación terapeuta-paciente es no verbal, lo cual proporciona las siguientes ventajas:

Puede haber una parte del conflicto (la más profundamente arraigada en el inconsciente) que el paciente no puede verbalizar con facilidad⁵.

No actúan las defensas racionales del paciente basadas en el lenguaje, muy habituales durante la aplicación de otros tipos de psicoterapia. Además, resulta más fácil acceder al material inconsciente.

El hecho de rodear la cabeza tiene un componente primitivo que le da el mensaje inconsciente al sujeto de que estamos influyendo sobre su pensamiento.

Se establece una atención dual a lo interno, inconsciente, y al terapeuta como figura de autoridad, con un tipo de percepción emocional e intuitiva.

Se establece un “diálogo” tácito semiinconsciente, basado en una sensación cercana al tacto (en lugar del oído). El paciente nota el calor de las manos del operador, y percibe su movimiento. El paciente muestra su deseo de adivinar y seguir la intención del operador, que le roza sutilmente la cabeza (“mi cabeza te sigue”). El inconsciente le sigue, y eso, como en la hipnosis, por sí mismo puede ser terapéutico, aunque no intervenga el lenguaje hablado.

El paciente, al ser capaz de seguir los movimientos del operador, éste le demuestra que puede superar sus bloqueos con su ayuda, aunque el sujeto no lo sepa conscientemente. Consigue *posiciones* frente a su conflicto que al principio rechazaba o con las que tenía dificultades.

Se desarrolla una expectación positiva en el paciente. Se espera que el conflicto se resuelva en la presente sesión o de una forma rápida, en lugar de pensar que hace falta mucho tiempo.

Hay un elemento paradójico en este método terapéutico, que recuerda la hipnosis ericksoniana, experimentándose una suspensión de las formas usuales de experiencia, y alterando la visión del conflicto.

1) *Muscular.*

Debido a que la activación fisiológica contribuye a la experiencia emocional, la relajación puede interpretarse como un estado caracterizado por un patrón de activación fisiológica opuesto al de la emoción intensa. La relajación inducida por la técnica MCI permite que el paciente se encuentre en disposición de sentir emociones asociadas a las posturas físicas que el terapeuta le va induciendo o proponiendo. Asimismo, la relajación de la zona bloqueada se considera una respuesta antagónica a la respuesta de rigidez muscular, asociada al conflicto.

⁵ Según Sebeok (1965), los homínidos además de lo verbal antroposemiótico, poseen también lo no verbal zoosemiótico, un lenguaje evolucionado para el modelado cognitivo, más que para el habla. Sería como una forma de procesamiento mental, más que como una herramienta de comunicación.

Una vez evocada la respuesta de relajación, el terapeuta la condiciona a estímulos denominados anclas, tomando una terminología propia de la PNL (Grinder&Bandler, 1993), o contracondicionarla a la posición o postura que provoca la ansiedad en el sujeto.

Durante la técnica MCI el paciente toma consciencia de su cuerpo, y por ende, de su propio yo, con todas sus emociones asociadas.

La técnica puede dar lugar a distintos tipos de reacciones dependiendo de la disposición en que se encuentre el yo psicocorporal del sujeto. Una respuesta muy común durante la localización de un conflicto es la percepción de cierta rigidez muscular producida por tensión, o el rechazo evidente de cierta postura (Lowen, 1988).

Un mecanismo subyacente sería la elicitación del reflejo de orientación o inhibición externa. Según Pavlov, dicho reflejo provoca una respuesta inmediata ante cualquier cambio en el medio ambiente. En el caso de MCI, las acciones del terapeuta producen los cambios necesarios para provocar las respuestas del sujeto, en virtud de dicho reflejo.

2) Neurológico.

Durante las primeras fases de MCI, cuando el paciente focaliza su atención en la percepción de la incomodidad, teniendo en cuenta la dificultad de codificación y expresión verbal del trauma, la actividad cerebral hipotéticamente es más intensa en el hemisferio no dominante, y disminuiría la actividad del hemisferio izquierdo, sobre todo en el área prefrontal de Broca, encargada de la expresión de las experiencias personales mediante el lenguaje.

En las últimas fases del tratamiento, la actividad cerebral de los dos hemisferios sería pareja, de acuerdo con la mejoría del paciente respecto a los síntomas y a la ansiedad que le producía su conflicto.

3) Físico/Perceptual (función psicoenergética de la piel).

El espacio que se encuentra sobre la superficie de la piel (espacio peridérmico) se encuentra influenciado por cargas y líneas de fuerza de las irradiaciones de los propios campos biológicos del organismo (lo cual le confiere ciertas propiedades eléctricas), que atraen, hacia la superficie de la piel desde el entorno, partículas cargadas que modifican la polarización existente de las moléculas de su superficie. Esta interacción de las cargas peridérmicas del sujeto con los campos procedentes del exterior (en nuestro caso, de las manos del terapeuta que estarían saturadas de cargas eléctricas) puede ser fuente de excitación de los receptores dérmicos (con la ayuda de los folículos pilosos de la piel), aunque no puede ser percibido de forma consciente, porque los umbrales de la sensibilidad dérmica son suficientemente elevados, y las irradiaciones recibidas son débiles y de diferente signo (equilibrio energético).

Así, podemos decir que el sujeto receptor posee un canal de percepción inconsciente, siendo los receptores dérmicos los transductores de la influencia recibida.

Como consecuencia de la concentración y/o la activación emocional del paciente durante el proceso MCI, se produce un reflejo psicogalvánico⁶ que hace disminuir su resistencia dérmica. Dicha disminución puede producir una sutil percepción táctil (que no supera la barrera del inconsciente, al encontrarse en un estado de relajación hipnótica) que permite al paciente reaccionar siguiendo con su cabeza el movimiento de las manos del terapeuta, aunque ignora el motivo de que pueda hacerlo. Así mismo, al concentrarse en la actitud del terapeuta, el resultado de su percepción adquiere un significado determinado. Según esto, el fenómeno de interacción MCI sería la expresión de una reacción psicoenergética inconsciente.

Durante el proceso MCI, el sujeto receptor, en estado semihipnótico, visualiza las manos del terapeuta como transmisoras de cierto “poder” o “energía”, debido a la constatación de que sus propios movimientos responden de forma sincronizada a los movimientos de las manos del terapeuta. Esto da lugar a que el sujeto genere *procesos internos* “como si” los efectos los recibiese del operador. El terapeuta MCI actuaría como catalizador de un proceso que se efectúa en el propio sujeto.

Así, un cambio del estado de conciencia del sujeto unido a un cambio de posición corporal aceptado de forma voluntaria e inducido por una percepción inconsciente de la actitud del terapeuta, provocarían cambios en la percepción momentánea de su holograma corpóreo, lo cual es capaz de activar en la psique una conexión inconsciente con “información conflictiva latente”.

Además de la posible comunicación verbal (correspondiente al hemisferio cerebral izquierdo), durante el proceso terapéutico MCI tendría lugar una comunicación (gracias al vínculo emocional terapeuta-paciente) basada en el hemisferio derecho (cuya funcionalidad posee características holísticas, globales) que utilizaría el lenguaje de las imágenes y las estructuras semánticas. El cerebro derecho estaría equipado para recibir y procesar esa comunicación, que se puede percibir en forma de pensamientos, imágenes, sentimientos y sensaciones, pero no necesariamente a nivel consciente. Al colocar el terapeuta sus manos cerca del paciente se favorecería dicho proceso comunicativo “resonante”, bajo la hipótesis de que la piel constituye un órgano receptor de la información que va directamente al hemisferio derecho del cerebro⁷. El terapeuta MCI estaría en armonía o resonancia con lo que le ocurre al paciente; puede contemplarse como una fusión de identidad entre la información activa del medio ambiente (el terapeuta) y la latente del sistema (el paciente). El receptor percibe la comunicación transformándola por el propio estado psíquico en el momento dado, y asociándola a su conflicto latente.

⁶ ~~El reflejo galvánico de la piel (RGP)~~ consiste en el surgimiento de potenciales eléctricos y en el descenso de la resistencia de la piel a la corriente eléctrica, durante los procesos que exigen actividad cognoscitiva o motora. Se considera que el regulador cerebral del reflejo galvánico de la piel procede del tronco del encéfalo, concretamente de la formación reticular.

⁷ La piel sería un receptor de frecuencias que corresponde al hemisferio cerebral derecho. En el estado de ondas alfa, nuestra mente subconsciente recibiría información a través de la piel y los cinco sentidos de la misma forma que la mente consciente absorbe impresiones utilizando los cinco sentidos. Las vibraciones recibidas pueden ser tratadas como imágenes multisensoriales, como sucede en el fenómeno de la sinestesia.

Se puede relacionar dicha comunicación inconsciente con ciertos procesos basados en la concepción ondulatoria de la psique⁸. El estado de relajación facilitaría el proceso, ya que consideramos que el estado de ansiedad es ruidoso y arrítmico en relación a los procesos ondulatorios cerebrales. Un fenómeno que podría observarse durante este proceso es la sincronización de las tasas cardíacas entre terapeuta MCI y paciente.

4) *Somático/Bioenergético.*

Considera las sensaciones corporales como memorias no procesadas adecuadamente, constatando el vínculo entre el cuerpo y las emociones.

El terapeuta MCI es capaz de interpretar el código psicofísico que relaciona los tipos de conflicto psicológico con las diversas posiciones u orientaciones en las que el paciente presenta bloqueo.

Todos los cambios fundamentales a nivel mental conllevan transformaciones a nivel energético. MCI, en primer lugar estimula un proceso neurológico que acelera el procesamiento de información y altera representaciones sensoriales internas; esto es facilitado por la reducción del afecto negativo y por el estado de relajación. También ayuda al sujeto a acceder a información reprimida.

MCI sería capaz de corregir esas perturbaciones que causan desequilibrios en el sistema de energía del cuerpo, y que contienen la información activa que acciona los cambios neurológicos, químicos, hormonales, y cognoscitivos en la persona, que dan lugar a la experiencia de emociones negativas.

La estimulación dirigida por el terapeuta de MCI es capaz de desencadenar el mecanismo mediante el cual los recuerdos y asociaciones referentes al conflicto se vuelven accesibles para el sujeto dentro del marco de un estado de relajación y protección, posibilitando que la información adaptativa cognitivo-emocional proporcionada por el terapeuta se integre en el paciente, mientras tiene acceso a las grabaciones psicofísicas marcadas corporalmente.

5) *Inconsciente/Psicodinámico.*

Si el terapeuta decide desarrollar con el paciente un diálogo durante la aplicación de la técnica, el paciente puede producir una cadena de asociaciones, en la que evoque

⁸ Según E.H. Walker, se puede demostrar que existen procesos físicos cuánticos en el cerebro humano. De ahí surge la hipótesis de que, durante la percepción, la construcción de las propiedades espaciales del objeto puede ser contemplada como el proceso de surgimiento de una cierta onda vertical, semejante a la imagen holográfica pendiente en el aire. Según esto, los registros informativos sobre las correspondientes moléculas en las células nerviosas serían un conjunto de hologramas que, al no ser aún la imagen de los objetos, representan en sí la base para el surgimiento de dicha imagen. Así, el hombre posee la capacidad de construir y transformar modelos informativos del mundo que le rodea, y regula su conducta con estos modelos.

emociones relacionadas de algún modo con su posición física, de un modo que recuerda la asociación libre de la filosofía psicodinámica.

El inconsciente reordena y reprocesa conflictos cuando existe tanto la intención como la aceptación de ayuda externa (para lo cual es preciso la existencia de un fuerte vínculo), y la comunicación con el terapeuta se realiza en el código o lenguaje “bioenergético” que el propio inconsciente utiliza. Se trataría de un proceso de asimilación de experiencias que tendría cierta relación con el que se produce durante el sueño.

6) *Asociativo*

El sujeto realiza asociaciones mentales del significado que las diferentes posiciones o posturas tienen en su idiosincrasia particular. Frecuentemente el sujeto visualiza imágenes. La observación disociada consigue reasociar y mantener el aprendizaje adquirido durante la sesión.

MCI favorece que el paciente experimente simultáneamente el recuerdo conflictivo y el contexto físico presente durante la aplicación de la técnica. Se facilita el acceso a la información adaptativa y asociativa de los recuerdos. El objetivo es integrar la memoria del conflicto.

MCI serviría para activar el mecanismo fisiológico que activa el sistema de procesamiento de la información; partiendo de una respuesta de relajación, la información asociada al conflicto se procesaría de forma adaptativa a través de un procesamiento de información acelerado.

La carga emocional contenida en la memoria implícita va desapareciendo, de forma que el conflicto consigue integrarse en la memoria como un hecho histórico más, sin su anterior carga amenazante.

7) *Cognitivo/Conductual.*

El terapeuta habla con el paciente, instando a éste a que señale las cogniciones evocadas durante la aplicación de la técnica, procurando provocar un cambio cognitivo asociado a un cambio postural. Asimismo, como en el trabajo de desensibilización sistemática de J.Wolpe, durante la técnica MCI existe una fase básica de exposición, y una reducción de la ansiedad asociada.

Algún grado de exposición o “sintonización” consciente con el conflicto que se desea trabajar es un ingrediente necesario de MCI. No es precisa una exposición intensa con atención mantenida. Es suficiente con la identificación de las sensaciones corporales y la sensación espontánea de identificación o elección consciente con determinados recuerdos o temas importantes para el sujeto. Resulta útil que el sujeto identifique un conflicto, para conseguir una posterior desensibilización o extinción de éste.

Es más eficiente si el conflicto que se está trabajando se enfoca asociándolo con otros conflictos previos.

Una vez liberada la barrera energética, expresada inicialmente por el bloqueo muscular, el trabajo cognitivo, analítico e integrativo resulta más fácil para ajustar las percepciones del paciente, y reorganizar sus esquemas mentales y emocionales.

El contenido emocionalmente conflictivo es liberado y las creencias negativas son modificadas por la actuación del terapeuta durante esta técnica.

6. CONCLUSIONES

MCI constituye un método de relajación y una nueva forma de exploración en la tríada cuerpo/emoción/cognición. Constituye un abordaje terapéutico de carácter integrador.

Es un tipo de tratamiento que puede regular al mismo tiempo los aspectos psicosomáticos, las creencias negativas y el comportamiento del paciente.

La experiencia clínica indica una alta efectividad de MCI.

El terapeuta emprende un proceso diagnóstico que supone una especie de test muscular basado en un evento de comunicación no verbal terapeuta-paciente.

MCI consigue que el paciente se disocie físicamente de los efectos negativos asociados con su conflicto emocional. El recuerdo del conflicto aparece más distante y con menos cualidad emocional después de terminar el tratamiento con MCI.

MCI permite investigar las causas del bloqueo psicológico, aunque no es imprescindible para obtener buenos resultados. Los resultados clínicos también son independientes de la posible interpretación del psicoterapeuta.

Debido a sus características puede encuadrarse en la moderna psicología energética, ya que la combinación de movimiento corporal y de expresar sensaciones y cogniciones simultáneas trabaja la parte emocional del sistema bioenergético del cuerpo.

También se puede considerar una técnica encuadrada como Terapia Breve Orientada a las Soluciones (BFTC), ya que no precisa indagar sobre las causas de los problemas, sino que es una especie de ganzúa que abre muchas cerraduras (O'Hanlon, 1990).

En el tratamiento de traumas, es muy efectiva la aplicación de MCI complementando al EMDR.

7. REFERENCIAS

Aguado, Roberto. *Manual práctico de Terapia de Interacción Recíproca: Hipnosis Clínica en Psicoterapia*. Madrid: Editorial Síntesis S.A.; 2005.

Bateson, Gregory; Ruesch, Jurgen. *Comunicación: la matriz social de la psiquiatría*. Editorial Paidós; 1965.

Grinder, John; Bandler, Richard. *Trance-Formate: Curso práctico de hipnosis con PNL*. Gaia Ediciones; 1993.

Lowen, Alexander. *El lenguaje del cuerpo*. Barcelona: Editorial Herder S.A.; 1988.

Hudson O'Hanlon, W. & Weiner Davis, M. *En busca de soluciones*. Paidós; 1990.

Hudson O'Hanlon, W. *Raíces profundas*. Editorial Paidós; 1993.

Sebeok, T. A. *Zoosemiotics: juncture of semiotics and the biological study of behaviour*. Science, 147: 492-493; 1965.

Servan-Schreiber, David. *Curación emocional*. Editorial Kairós; 2006.

Walker, E.H. "Conciusness". *Mathematical Biosciences*, num.7, 1970, 130.

Watzlawick, Paul. *Teoría de la comunicación humana*. Barcelona: Editorial Herder; 1997.