

DEL CONCEPTO DE HIPNOSIS CLÍNICA AL DE FOCALIZACIÓN POR DISOCIACIÓN SELECTIVA (F.D.S.)

Terapia de Interacción Recíproca, y las psicoterapias de tercera generación

El vocablo hipnosis deriva del griego *υπνω* (Hipnos), que significa “sueño”. Fue James Braid en 1843 quien acuña este término. Esta será la primera contradicción, ya que el sujeto hipnotizado no está dormido, ni tiene una actividad onírica como la que ocurre en el sueño natural, aunque eso sí, con hipnosis el insomne podrá entrar mucho antes en dicho sueño natural.

Una segunda acepción del término hipnosis es “adormecer”, término quizás más exacto para la realidad del estado hipnótico, ya que siendo un estado diferente al que tenemos en vigilia, no tiene nada que ver con el de dormir que todos tenemos en el ciclo sueño-vigilia.

Si continuamos mirando en el diccionario encontramos la palabra hipnotismo que proviene del vocablo anglosajón “*hypnotism*” y que se puede traducir como “método para producir un sueño artificial...”; en esta definición ya se diferencia el hipnotismo como una forma de introducir al sujeto hipnotizado en un estado diferente del sueño natural.

Otro concepto contradictorio o que puede llevarnos a errores desde el propio lenguaje será el de los sinónimos que se aceptan como voces del término “hipnosis”. De esta forma en el diccionario general de sinónimos y antónimos de la lengua española de José Manuel Blecha, encontramos como sinónimos de hipnotizar: magnetizar, fascinar, hechizar, seducir, cautivar y asombrar. Muy lejos está todavía, hoy, el significado de estas palabras o expresiones de comprender y, por lo tanto, definir las verdaderas sensaciones que tiene un sujeto hipnotizado. Quizás todos estos sinónimos serían capaces de explicar mejor la sensación, emoción u opinión que podrían tener los espectadores en una sesión de hipnosis, y no lo que siente o le ocurre al sujeto hipnotizado.

Todas estas contradicciones son explicables al analizar la historia de la hipnosis. De esta forma nos daremos cuenta de cómo los procedimientos y rituales empleados al comienzo del suceso hipnótico fueron entendidos como poderes del hipnotizador (Mesmer) o influenciados por estados mentales patológicos (Charcot). No obstante algunos autores desde un principio entendieron la realidad del estado hipnótico. Un ejemplo de ellos fue **José Custodio de Faria**, *abate de Faria* (1756-1819), definiendo dicho estado como “sueño lúcido” y relacionándolo, por lo tanto, con el sueño, pero poniendo un margen de diferencia con el sueño natural. Faria especificó que en este sueño “*la persona tenía conciencia de lo que estaba sucediendo*”.

En otro orden de cosas, y como referencia a las cualidades del hipnotizador, numerosos estudios nos indican que las cualidades que definen a un hipnotizador exitoso son muy, muy mínimas. Una gran variedad de personas, incluyendo algunas que hablan mal el idioma que usan en el evento, pueden hipnotizar con todo éxito (E.R. Hilgard).

La hipnosis en sí no contiene ningún peligro, aunque no se recomienda en psicóticos, trastornos de la personalidad graves y epilépticos, es una técnica que puede ser aprendida, sin embargo, al igual que ocurre con un bisturí, su uso será diferente, si el hipnotizador sólo sabe realizar la técnica o tiene conocimientos más amplios de Psicología, medicina o psicoterapia. Es quizás ésta, una de las causas por la que la hipnosis ha tenido mala prensa, por haberla utilizado personas para el espectáculo o para otros menesteres menos sensatos. No obstante y volviendo a citar a Hilgard *"si la hipnosis funciona, no es ofensivo el que un poco de magia se combine con la ciencia"*. La magia a la que se refiere Hilgard es la *magia racional*, que nos sirve para saturar la parte más crítica y analítica de la mente humana y de esta forma poder mandar mensajes a la parte simbólica donde se ubica la imaginación, que es precisamente con la que trabajamos en hipnosis. Por lo tanto los usos de la hipnosis son el problema, y no la técnica en sí.

La disociación (capacidad de operar mentalmente en más de un nivel al mismo tiempo) suele ser una consecuencia del estado hipnótico. Como ya sabemos, los cuadros psicóticos y algunos trastornos graves de la personalidad tienen como uno de sus síntomas más negativos la disociación de la realidad a través de alucinaciones y discursos delirantes. Si realizamos hipnosis con sujetos con historia de crisis psicóticas o con un trastorno de la personalidad grave, al ser hipnotizados, pueden tener una crisis o brote, por lo que no es aconsejable utilizar hipnosis con estos pacientes. Realmente su uso en personas con diagnóstico psicótico no les produce ningún daño en sí, el problema puede aparecer si el hipnotizador no está familiarizado con estos cuadros o no tiene recursos para controlarlos y manejarlos. Además no es de recibo provocar crisis.

Otro grupo de sujetos en los que no es recomendable utilizar la hipnosis, es aquel que ha tenido crisis epilépticas. En este caso también se puede producir un cuadro comicial al realizar hipnosis. No obstante, una vez más, el motivo de estas reservas, no es por lo dañino del estado hipnótico, sino por el poco uso que tiene provocar las crisis. Es importante seguir esta máxima psicoanalítica: *"si llamas a los fantasmas y vienen, no puedes salir corriendo"*. Por lo tanto recomiendo que solo deberíamos realizar hipnosis en aquellas situaciones en las que sabríamos que hacer y estamos preparados para ello por nuestra formación, sin hipnosis.

El tratamiento de niños y ancianos con hipnosis clínica tiene unos resultados muy positivos. He podido oír, no tanto leer, opiniones negativas sobre el uso de la hipnosis en estas poblaciones. Personalmente creo que son opiniones infundadas por la confusión y la ignorancia. No hay ninguna razón, que no sea la anteriormente mencionada, para no realizar hipnosis en estos grupos de edad. Es más, tanto niños como ancianos, en ocasiones tienen a través de la hipnosis un único vehículo de comunicación emocional dentro de lo que denominamos psicoterapias de tiempo limitado.

Tanto es así que es muy utilizada en nuestra práctica una técnica denominada *"brazo soñador"*, propia de Bandler y Grinder fundadores de la PNL. En ancianos funciona de maravilla estimularles para que hablen de su pasado. En ese momento se nota cómo poco a poco van visualizando lo que

ocurrió, cambiando su estado mental y entrando en un estado hipnótico profundo.

Sin embargo en la comunidad científica son pocos los que se acercan al aprendizaje de la hipnosis. Es posible que sea por un desconocimiento de la técnica y por la escasa divulgación que todavía existe hoy en este campo. No obstante todos tendremos que tener en cuenta que cualquier profesional que realice relajación mental, lo sepa o no, está consiguiendo en un 60 % de la población, un estado hipnótico. Es decir, aquellos profesionales que trabajan con relajación mental y que no tienen conocimientos de hipnosis clínica, inducen, sin que ellos quieran hacerlo, estados hipnóticos a más de la mitad de los sujetos que relajan. Este hecho nos preocupa, ya que es un acto impropio y deontológicamente negativo, que aquel que no conoce y en muchos casos no confía en la hipnosis clínica, induzca, sin saberlo, un estado hipnótico. Por lo tanto, es importante que aquel que trabaje con relajación mental, este obligado a conocer a fondo la hipnosis clínica, para que de esta forma no la provoque. Son cuatro los puntos a tener en cuenta:

- 1.- El estado hipnótico en si, no implica problema alguno para ninguna otra persona salvo en las poblaciones antes mencionadas, todo lo contrario, en este estado podemos manejar las estructuras neurológicas que están incidiendo en trastornos de ansiedad, afectivos, psicosomáticos, dolor, intervención en quirófano, tabaquismo, técnicas de concentración y mejora en deportistas, entre otros.
- 2.- Que a pesar, de esta falta de riesgo fuera de las poblaciones anteriormente señaladas, no es de recibo que un profesional de la salud este provocando con su actuación, que el paciente o cliente o persona con la que trabaja, entre en un estado mental que no conoce, no sabe que esta ocurriendo, o no esta especializado en poder manejarse cuando ocurra.
- 3.- Que en el colectivo de psicólogos y médicos, existe (generalmente desde la desinformación, la falta de conocimiento y los prejuicios), un sentimiento de alejamiento de la hipnosis clínica, y de mucho acercamiento de la relajación mental.
- 4.- Que paradójicamente personajes cualificados como **Pavlov, Bechterev, Thordike, Tolman, Hull, Wolpe. Schultz, Weakland, Jay Haley, Paúl Watzlawick, Stampfl, George Kelly, Albert Ellis, Aarón Beck y Donald Meichenbaum**, realizaron muchas de sus intervenciones en estado hipnótico, sabiendo que lo hacían en estado hipnótico, aunque luego lo llamaron relajación mental.

En la actualidad son numerosos los trabajos que han resaltado el valor del estado hipnótico dentro de un uso clínico, y han encontrando mejores resultados al utilizarlo en cualquier técnica terapéutica ya conocida. **Irving Kirsch** observó una mejoría del 80% cuando sumaba al tratamiento cognitivo-conductual la hipnosis. Es en esta línea en la que queremos proponer toda una serie de protocolos que inserten la hipnosis dentro de la psicoterapia, sea cual sea el modelo teórico que se utilice.

En definitiva creemos y estamos convencidos de que la utilización y la inserción de la hipnosis clínica en la psicoterapia es una de las necesidades de la psicoterapia contemporánea del siglo XXI. Por esto y con un argumento central

que se puede enunciar como: “*Sólo podemos realizar aquello que hemos imaginado haber realizado*”, hemos desarrollado un modelo terapéutico empleado, en más de 8.000 pacientes, con diagnósticos dentro de los trastornos de ansiedad, afectivos, psicosomáticos, del comportamiento alimentario, dolor crónico, tabaquismo e intervención en el quirófano, así como en aplicaciones pedagógicas y deportivas, sobre todo en el deporte de elite (Julieta Paris, Olimpiadas 2008 en Pekín). Este modelo denominado **Terapia de Interacción Recíproca** es el primero dentro de las Psicoterapias de Tiempo Limitado (Aguado, R. Manual Práctico de Terapia de Interacción Recíproca (2005) Síntesis), con él hemos conseguido conectar con las memorias más profundas que afectan al sufrimiento humano.

La necesidad de insertar la hipnosis en la psicoterapia, independientemente del modelo teórico que se esté empleando, es la tesis nuclear de este artículo.

Sistematizar programas de intervención en estado hipnótico, sin necesidad de desvincularse de los conocimientos y las herramientas propias de modelos tales como el psicoanálisis, cognitivo-conductual, estratégico o interpersonal, o en la propia Terapia de Interacción Recíproca respetando los fundamentos teóricos de estos modelos y que al realizarlos con tecnología hipnótica los resultados terapéuticos sean mejores, menos costosos en el tiempo y puedan beneficiar al mayor número posible de pacientes, es realmente el objetivo.

La inserción de la hipnosis clínica en la psicoterapia es para nosotros un enriquecimiento de los recursos ya existentes en psicoterapia, puesto que desbloquea callejones sin aparente salida (resistencia al tratamiento, alexitimia, idioma etc.) y utiliza el lenguaje natural de las emociones y estructuras que intervienen en la mayoría de los trastornos humanos que necesitan de tratamiento especializado.

El estado hipnótico crea por sí mismo una *relación insólita* entre la persona que ofrece la sugestión (terapeuta) y la que la recibe (paciente) tal como señaló Shor en 1962. La persona que está siendo hipnotizada experimenta un tipo de transferencia que engloba tanto los sentimientos como los actos que la persona tuvo con quien le cuidó en una etapa temprana de su vida. De hecho, puede ser que esa cualidad transferencial de la experiencia hipnótica constituya un factor determinante en la eficacia clínica (Barber 2000).

Del estudio realizado en los últimos dieciséis años (1992-2008), en nuestra práctica clínica y en la investigación dentro del “Master en Psicoterapia de Tiempo Limitado y Psicología de la Salud”, fue desarrollándose con todas estas premisas un cuerpo terapéutico autónomo, con claras vinculaciones de la terapia estratégica y la psicoterapia breve. A este nuevo marco conceptual operativo le hemos dado el nombre de Terapia de Interacción Recíproca. En este modelo terapéutico se inserta la tecnología de la comunicación hipnótica, aunque no es necesario que el paciente esté en estado hipnótico, dentro de un proceso de relación recíproca vincular entre el terapeuta y el paciente, que le dé a este último la oportunidad de exponerse de nuevo, bajo circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo resolver en el pasado tal

como refirieron Alexander y French en 1946 con el concepto de *experiencia emocional correctora*.

La Terapia de Interacción Recíproca parte de otro supuesto nuclear: *“Sólo podemos realizar aquello que hemos imaginado haber realizado”*. Tras este supuesto exponemos la figura de la **persona referencial básica**, muy concomitante con la figura de la madre o del padre, aunque no siempre coincide con estos.

De la interacción con la figura referencial básica se establece un segundo supuesto esencial para la Terapia de Interacción Recíproca: *“Para imaginar aquello que queremos realizar, nuestro personaje referencial básico, debe haber imaginado que podemos lograr realizar lo que deseamos”*.

La psicoterapia puede ser un sustituto cuando esto no ha tenido lugar, bien en la realidad o en la mente del sujeto, de tal forma que llegamos al tercer supuesto de la Terapia de Interacción Recíproca: *“La psicoterapia puede ser un equivalente de la relación con el personaje básico. El terapeuta ayudará a cambiar el esquema emocional primitivo fruto de la interacción primaria, liberando al paciente de su incapacidad para poder imaginar aquello que desea y posteriormente realizar dicho deseo, pero esta vez con la sensación de tener la confianza de su figura básica, en este caso secundaria”*.

Para finalizar este artículo, indicar que como consecuencia de la investigación realizada en el CerNep de la Universidad de Almería, hemos acuñado como expresión más exacta para definir el estado mental que se produce en hipnosis, emplear el termino F.D.S. (Focalización por Disociación Selectiva). Sabemos que el cerebro hipnotizado, a partir de ahora en F.D.S. es un cerebro muy activado, mucho más que en vigilia, por lo tanto la idea de que en este estado la persona tiene una función más inhibida que en vigilia, no se sostiene cuando estudiamos el cerebro con tecnología TEP. El cerebro en F.D.S. es capaz de organizar todo su funcionamiento para conectarse con aquellos estímulos, internos o externos, que son en ese momento objeto de trabajo. Este ensimismamiento mental se produce gracias a que en este estado el cerebro puede focalizar toda su atención en los estímulos de trabajo, y lo consigue precisamente porque puede disociarse de una forma selectiva de todos los estímulos que en ese momento están compitiendo por ser atendidos.

Con la creación de las técnicas M.C.I. (Movimientos de cabeza inducidos) con las que trabajamos directamente en el sistema reticular ascendente, logramos poder intervenir en quirófano, y por lo tanto abrimos la intervención psicológica en el campo de la cirugía del siglo XXI.

Fdo.- Roberto Aguado

Psicólogo especialista en Psicología Clínica.

Psicólogo especialista europeo en psicoterapia.

Autor de las técnicas F.D.S.

Presidente del Instituto Europeo de Psicoterapias de Tiempo Limitado

Madrid

02 de diciembre de 2008