

TRATAMIENTO DE UN CASO DE TRASTORNO EMOCIONAL COMPLEJO CON R.E.T. E HIPNOSIS. LA HIPNOSIS EN LA MODIFICACION DE CONDUCTA

Pedro Jara Vera

Enrique J. Garcés de los Fayos Ruiz

Ginés Jiménez Torrecilla

Gabinete de Psicología del Ayuntamiento de Ceutí (MURCIA)

RESUMEN

Presentamos en el siguiente artículo el proceso general de tratamiento de una joven con un ambiente altamente estresante y una alteración emocional compleja. Se pretende hacer énfasis en el valor demostrado por la hipnosis como complemento en el tratamiento cognitivo-conductual de este caso y se concluye con una reflexión teórica y una propuesta acerca del papel que puede desempeñar la hipnosis dentro del marco teórico-práctico de la modificación de conducta en su línea más cognitiva.

Palabras Clave: *Terapia racional-emotiva (RET), imaginaciones racional-emotivas (IRE), hipnosis, cognitivo-conductual.*

SUMMARY

In this paper we show the general process of the treatment of a young girl with an atmosphere extremely stressful and emotional complex alteration. We tries to do emphasis in the value demonstrated by hipnbosis as complement in the cognitive behavioral treatment of this case and concludes with a theoretic

reflection a proposal about the paper that the hypnosis can recover inside the frame theoretic-practical of the modification of behaviour in her line more cognitive.

Key words: *Rational-emotional Therapy (R.E.T.), Rational-emotional imaginations (I.R.E.), Cognitive-behavioral, Hypnosis.*

1. INTRODUCCION

La eficacia de las técnicas cognitivas y conductuales en el abordaje terapéutico de los trastornos emocionales de diverso tipo está siendo cada vez más refrendada, especialmente cuando ambos modelos son integrados en un enfoque cognitivo-conductual. El objetivo fundamental de este artículo es aportar una nueva experiencia terapéutica que defiende ciertas modificaciones o complementos en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos emocionales y que incrementa, a nuestro juicio sensiblemente, la potencia de la terapia.

La hipnosis ha sido utilizada en bastantes casos por terapeutas cognitivo-conductuales, a pesar de ser una técnica popularizada en su día por el modelo psicoanalítico. Repetidas experiencias como la del caso que presentamos apoyan la conveniencia de ampliar decisivamente la investigación de la hipnoterapia, tan atacada y mal comprendida por los mismos profesionales de la psicología, o cuando menos poco aprovechada, y van demostrando como, integrada entre los componentes de la terapia cognitivo-conductual, permite potenciar considerablemente los rendimientos de la misma. En este caso concreto que presentamos fue un complemento ideal para la terapia racional-emotiva (R.E.T.) de A. Ellis (1980) al sustituir uno de los componentes fundamentales de dicho enfoque como son las imaginaciones racional-emotivas, I.R.E., tal como exponen A. Ellis y A. Grieger (1983) y M.C. Maultsby y A. Ellis (1974).

2. DESCRIPCION DE LA PROBLEMÁTICA

La paciente de nuestro caso, a la que nos referiremos en adelante con las iniciales I.A.S., era una chica de 17 años que viene a nosotros para contarnos el drama de una vida familiar siempre muy conflictiva e indicarnos el efecto altamente negativo que ello tenía sobre sus pensamientos y

emociones. Nos pide ayuda al respecto, sin saber muy bien en qué podría consistir o hacia qué podría orientarse.

La madre de IAS se encuentra separada del padre de ésta, el cual se halla ingresado en un centro psiquiátrico de Barcelona, ciudad donde nació IAS. Nuestra paciente vive en la localidad murciana de A desde hace unos dos años, con su madre y un compañero de ésta diez años menor. Los acontecimientos negativos en la vida de IAS son innumerables: es asistida por sus abuelos y por diversos vecinos de Barcelona hasta que a los 15 años se une definitivamente a su madre (con la que antes había convivido sólo de forma esporádica) y se trasladan ambas y el compañero de la madre a A. Durante toda su infancia recuerda situaciones conflictivas en casa y malos tratos fundamentalmente psicológicos. Su madre estuvo detenida casi cuatro años en Alemania por tráfico de drogas, desarrolla habitualmente actividades de brujería y ejerce ocasionalmente la prostitución, a la que ha incitado también a veces a IAS como medio de obtener dinero sin que ésta haya accedido. Dos compañeros anteriores de su madre intentaron en alguna ocasión abusar sexualmente de IAS, aunque ella afirma que pudo evitarlo.

IAS abandonó los estudios al acabar 7^º de E.G.B., cuando se marchó de Barcelona. En el momento de llegar a nosotros se encontraba en un programa educativo de nueva implantación para completar el graduado escolar y realizar unas prácticas laborales como monitora ayudante de la guardería infantil municipal. Nuestra colaboración con dicho programa educativo fue la que le permitió acceder al tratamiento.

Durante los dos años de estancia en A la situación familiar y emocional de IAS era especialmente negativa. La convivencia con su madre se le hacía insoportable, pues la crueldad psicológica con que era tratada resultaba ciertamente excepcional. Valga como ejemplo el hecho de que la madre de IAS estaba muy celosa de ella pensando que era atrayente para su compañero; por otro lado, las imposiciones disciplinarias a que se veía sometida eran absolutamente irracionales (por ejemplo, más de una vez no pudo entrar a su casa y tuvo que dormir en la de alguna vecina por haber llegado cinco minutos más tarde de lo que se le había ordenado, a las 19,30 horas, cuando acababa sus clases media hora antes). La comida estaba además bastante racionada para IAS y muy pocas veces podía encender las luces de su habitación porque "ello suponía un gran gasto". Conviene indicar que estos y otros datos similares que omitimos han sido confirmados por terceras personas, lo que da idea de una clara psicopatología en la madre de nuestra paciente. Esta situación, unida al complejo de inferioridad física que le provocaban una minusvalía congénita en la mano derecha y un pecho disminuido en el mismo lado, y a las numerosas habladerías de que fue

objeto IAS a su llegada al pueblo a causa fundamentalmente de las "rarezas" conocidas de su familia, daban lugar a un trastorno emocional complejo que evaluamos a partir de una batería estandar de pruebas aplicadas a todos sus compañeros de clase, junto con otras pruebas más específicas y orientadas a su tratamiento particular.

La batería estandar que se le aplicó fue la siguiente:

- Entrevista semiestructurada.
- 16 PF de Cattell.
- TAMAI de Hernández y Hernández.
- Figura Humana de Machover.
- WAIS de Weschler.

Otras pruebas directamente orientadas al tratamiento fueron:

- Listado de Creencias Comunes de Bas.
- Inventario de Pensamientos de Cautela.
- Inventario de Depresión de Beck.

En conjunto podemos decir que IAS era una chica reservada, escéptica y alejada cuando no percibía un claro apoyo; podía llegar a ser rebuscadamente suspicaz y a manifestar un grado patológico de paranoia, en tanto que indicaba frecuentemente que cuando se encontraba en lugares públicos o simplemente andaba por la calle mucha gente la miraba pensando mal de ella y además "cuchicheaban" sobre su persona, lo cual la ponía muy nerviosa y podía desencadenar breves pero intensos episodios de ansiedad y depresión. Durante dos años rondó a menudo por su cabeza la idea del suicidio y, especialmente tras algún acontecimiento muy desagradable en casa, intensificaba sus emociones negativas y sus ruminaciones constantes en torno a la tríada cognitiva característica de los estados depresivos. En realidad, no podemos decir que padeciera un trastorno depresivo y ni siquiera era claro un trastorno distímico, sino que junto a características cognitivas y emocionales en esa línea existía una gran normalidad en otras funciones como el sueño, la alimentación, las manifestaciones somáticas e incluso en cuanto a su motivación hacia la acción. La ansiedad fácilmente intensificable, la disforia, las ruminaciones en cuanto a previsiones negativas, los sentimientos de culpabilidad y autodevaluación, el miedo a volverse loca como su padre o a acabar como su madre, el complejo de inferioridad física, la noción de una vida sin sentido, la falta de capacidad para enfrentarse a una madre a la que decía no querer ni deber nada pero por la que se sentía dominada y una suspicacia casi delirante, todo ello alternando con días de plena normalidad y de una alegría y ganas de diversión propias de su edad, conformaban una alteración emocional bastante compleja y difícil de abordar apoyada en una situación ambiental altamente estresante de la que no podía escapar.

3. PROCESO DE TRATAMIENTO

Expondremos el proceso de tratamiento de una forma bastante global ya que no son esos detalles lo que queremos resaltar, sino el giro observado en los resultados a partir de la inclusión del procedimiento hipnótico. Aclararemos además que, aunque la toma a cargo del caso la hizo sólo uno de nosotros, el trabajo de evaluación, planificación y toma de decisiones en la terapia fue en todo momento una labor de equipo.

A tenor de los datos ya ofrecidos es lógico que nuestro primer objetivo fuera conseguir un cambio situacional para IAS, haciéndole abandonar un ambiente familiar nefasto que a todas luces resultaba inmodificable tanto por nosotros como a través de una posible denuncia legal por maltrato, pues uno de los problemas fundamentales de nuestra paciente era la negativa a ejercer acciones contrarias a su madre, tanto por el sentimiento ambivalente que tenía hacia ella como por un fuerte miedo a las represalias de que ella y cualquier otra persona que la acogiera pudiera ser objeto a través de los "actos de brujería" de su madre, que nuestras paciente percibía como objetivamente peligrosos. Nos propusimos que IAS llegara a ser capaz de enfrentarse a su madre tomando una decisión que estaba lejos de plantearse en serio como era la de irse a vivir con alguna vecina que ya se le había ofrecido abiertamente. El citado miedo a las represalias "mágicas", el temor a suponer una molestia para otras personas y la desconfianza hacia la buena voluntad real de éstas la tenían bloqueada.

Para conseguir este objetivo prioritario y a la vez ir limitando a un marco más racional y realista sus frecuentes distorsiones cognitivas y emocionales decidimos iniciar el tratamiento con el entrenamiento en relajación muscular progresiva de Cautela y Groden (1985), y una recogida de autorregistros de situaciones, pensamientos y emociones. A lo largo de tres sesiones de una hora de duración completamos la enseñanza de la relajación (que IAS seguía practicando en su casa y ante los frecuentes estados de ansiedad) y planteamos las bases de la terapia cognitiva, fundamentándola en este caso ante todo en la RET de Ellis. Durante todo el tratamiento, que tuvo un total de 25 sesiones, nuestra paciente continuó efectuando los autorregistros como base de la terapia, pues la discusión racional se realizaba siempre sobre la experiencia actual que éstos recogían. Así fuimos combatiendo dialécticamente todo un armazón de distorsiones cognitivas, ayudados por la biblioterapia y por la prescripción de pensamientos y ocupaciones o tareas alternativas a las que habitualmente acompañaban a los estados emocionalmente negativos (como la propia biblioterapia).

Dado el elevado grado de paranoidismo de IAS ante las miradas y las conversaciones de la gente decidimos utilizar también la "paranoia terapéutica", tal como la expone Ellis (1983) aplicada a problemas de asertividad. En este caso, le indicamos a IAS que un aliado nuestro que coincidía a menudo con ella en los mismos lugares de ocio observaría sus reacciones de hipervigilancia y ansiedad para después hacernos saber hasta qué punto demostraba de hecho lo que a nivel racional iba admitiendo en las sesiones terapéuticas. Esperábamos que este sentirse probablemente vigilada por un aliado nuestro le haría aumentar su esfuerzo por combatir esas distorsiones cognitivas, a la espera de que cualquier mirada o cuchicheo "sospechoso" pudiera salir de nuestro aliado. Bien al contrario, su paranoidismo aumentó y con ello también su ansiedad a la espera de que alguien pudiera estar continuamente vigilándola. En vista de que obteníamos un resultado contrario al deseado pronto eliminamos esta técnica del tratamiento.

A pesar de dominar bastante bien la relajación muscular y de esforzarse en las tareas de autorregistro y de elaboración de pensamientos y ocupaciones alternativas los progresos que IAS iba admitiendo a nivel cognitivo se traducían mínimamente a nivel emocional, con lo cual tampoco se sentía capaz de adoptar la decisión de cambiar definitivamente su ambiente familiar, que era desde el principio nuestro eje prioritario de análisis y discusión. Esta discrepancia entre lo cognitivo y lo afectivo es como sabemos el mayor obstáculo en este tipo de terapias, y para superarlo se proponen técnicas de visualización y desensibilización que permitan romper definitivamente los condicionamientos establecidos por el aprendizaje. Siguiendo el enfoque de la R.E.T. aplicamos desde la décima sesión las IRE, a la vez que le prescribimos su utilización en el hogar tantas veces como le fuera posible. Le explicamos la técnica y le pedimos una relajación inicial de unos tres o cinco minutos, en los cuales IAS lograba un estado bastante adecuado para trabajar en imaginación. Durante 8 sesiones más seguimos trabajando fundamentalmente con la RET y las IRE, pero los progresos a nivel afectivo seguían siendo muy pequeños y la terapia se preveía muy larga.

Desde la sesión número 18 decidimos utilizar por primera vez una inducción a la relajación que permitiera un estado más profundo, partiendo del supuesto de que ese estado aumentaría la potencia de las IRE al constituir un entrenamiento para el cerebro mucho más aprovechado. Optamos por la técnica de inducción hipnótica basada en la sugestión que propone Wolberg (1968) y que consta básicamente de los siguientes pasos:

1. Ejercicios de respiración profunda.
2. Relajación muscular progresiva.
3. Imaginación de una escena apacible.

4. Contar despacio de 1 a 20.

5. Técnicas para la profundización del trance.

Esta técnica presentaba a nuestro juicio dos ventajas. Por un lado, la relajación muscular progresiva resultaba fácil para nuestra paciente en tanto que era un componente que ya dominaba bastante; por otro, la técnica de Wolberg se presta muy bien a ser autoaplicada, con lo cual la autohipnosis fue desde esta sesión número 18 hasta el final del tratamiento la principal de nuestras prescripciones. Si bien en ningún caso superamos un trance de nivel medio los resultados a partir de este momento fueron muy explícitos. Todas las situaciones afrontadas y desensibilizadas en estado hipnótico iban siendo después en la realidad tratadas por nuestra paciente con una tranquilidad y confianza que resultaban sorprendentes para ella misma. Los reportes verbales de IAS empezaban a ser, en cuestión de muy pocos días, más que optimistas, y tras ensayar mentalmente y en un trance hipnótico de grado medio el enfrentamiento confiado y seguro con su madre para indicarle su marcha del hogar no tardó en llevar a la práctica esta decisión, indicándonos después que se hallaba sorprendida al pensar cómo había sido capaz de encontrarse tan serena cuando se produjo esta situación. A partir de este momento en que empezó a convivir con una vecina todo era más fácil, aunque continuar tan cerca de su anterior hogar podía ser sin duda un factor estresante. Continuó practicando la autohipnosis una vez al día y eligiendo ella misma los pensamientos y las situaciones que abordaba en cada caso.

En la sesión 25 concluimos la terapia, que se había desarrollado con una frecuencia de dos contactos semanales hasta la sesión 20 y de uno semanal en el resto. Los seguimientos a los 3, 6 y a los 9 meses, evaluados con los informes verbales de IAS, con el Inventario de Pensamientos de Cautela y con el Inventario de Depresión de Beck (que le había sido aplicado periódicamente durante el tratamiento) indicaban que estábamos ante una joven muy normal, con un estado emocional bastante estabilizado y una capacidad creciente para seguir manejando los problemas que se le iban presentando en su nuevo ambiente.

4. DISCUSION

Desde los enfoques más dinámicos de la Psicología se suele admitir la hipnosis como un auxiliar importante en la psicoterapia, de hecho, el procedimiento hipnótico es un componente indispensable de la psicoterapia breve tal como se plantea desde la óptica más tradicional. Aunque desde los modelos cognitivo-conductuales se ha utilizado también en el tratamiento de diversos trastornos afectivos y de ansiedad no podemos decir en absoluto que sea

una técnica de conocimiento y uso generalizados para los terapeutas de la conducta que, cada vez más, dominan el campo de la Psicología clínica. Los abundantes prejuicios y falacias existentes acerca de la hipnosis tanto en el hombre de la calle como en la propia comunidad científica contribuyen sin duda a mantener cohibida la investigación y la aplicación de la hipnoterapia, denotando a nuestro juicio una actitud de por sí poco científica al eludir el abordaje de unos procedimientos altamente prometedores pero siempre tachados de "parapsicológicos". El hecho de que el concepto de "hipnosis" sugiera de inmediato el concepto de "inconsciente" puede ser bastante inhibitorio para muchos terapeutas de la conducta, sin embargo, creemos que todos trabajamos con la hipnosis de una u otra manera. Las técnicas encubiertas constituyen un elemento indispensable y absolutamente generalizado para los terapeutas conductuales. Se emplea la desensibilización sistemática, la sensibilización y el refuerzo encubiertos, el modelado encubierto o las propias imaginaciones racional-emotivas dentro de la RET. Hablamos en definitiva de sugestiones, de la influencia sobre la conducta de las palabras y las imágenes cuando se reciben en determinada disposición. Se trabaja habitualmente a través de la relajación muscular y de la respiración, como métodos ciertamente rápidos y fáciles de aprender que ayudan a establecer y romper condicionamientos (condicionamientos que en tanto que reflejos, automáticos o involuntarios pueden ser calificados de inconscientes, sin que el término tenga por qué ahuyentar ni ser mal interpretado).

El caso clínico que acabamos de presentar no constituye más que una ilustración y una aportación mínima que pretende impulsar de alguna manera la investigación y la aplicación de la hipnosis hasta eliminar definitivamente los prejuicios, los malentendidos y las parcelaciones reductoras, limitantes y acientíficas de los distintos modelos terapéuticos. El olvido y la crítica negativa en que se ve sumida la hipnosis sólo dejará de ser prejuiciosa y falaz si alguna vez puede verse fundamentada por un amplio y riguroso estudio que aún no se ha dado más que de forma aislada y en ocasiones temerosa. Asimismo, la demostración de que hipnosis y terapia conductual-cognitiva no están reñidas deberían suponer el estímulo que nos hiciera aceptar el anterior planteamiento. Si a la vez es una técnica que provoca bienestar en el paciente, las dudas hacia su aceptación deberían disminuir considerablemente.

Las preguntas básicas que de forma inquieta nos formulamos y que eran realmente la conclusión y motivo final del caso presentado y de las reflexiones anteriores son:

1. Dado que el trance hipnótico se da en un continuo de profundidad y ensimismamiento, ¿no trabajan todos los terapeutas cognitivo-conductua-

les con estados hipnoidales o de trance ligero, cuando menos ?

2. La búsqueda de trances algo más profundos con técnicas de inducción propiamente hipnóticas, ¿ no permitiría aumentar considerablemente la eficacia de muchos tratamientos y enriquecer claramente las terapias cognitivo-conductuales ?

3. ¿ No podrían ser agrupadas las distintas técnicas encubiertas bajo el denominador común de la experiencia hipnótica como portadora de una amplia variedad de posibilidades de sugestión ?

4. Dado que la hipnoterapia practicada por profesionales guiados éticamente está fuera de todo peligro real, ¿ es lícito olvidar que muchos pacientes podrían hallar en estos procedimientos una ayuda extraordinaria con desdeñables y superables efectos secundarios ?

5. La dificultad de estudio que indudablemente presenta la hipnosis, ¿ es motivo razonable y suficiente para que tantos psicólogos la tachen de "parapsicología" y a partir de ahí se olviden de que puede ser un recurso práctico de indudable valor ?

6. ¿ Ha sido suficiente y adecuadamente reinterpretada la hipnosis desde el marco conceptual de la psicología cognitivo-conductual ?

BIBLIOGRAFIA

- BERNARD, M.E. y ELLIS, A. (1990). *Aplicaciones Clínicas de la Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao, Descleé de Brouwer.
- CAUTELA, J.R. y GRODEN, J. (1987). *Técnicas de Relajación (Manual Práctico para Adultos, Niños y Educación Especial)*. Barcelona, Martínez Roca.
- CHEEK, D.B. y LECRON, L. (1968). *Clinical Hypnotherapy*. Nueva York, Grune and Stratton.
- ELLIS, A. (1980). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Bilbao, Descleé de Brouwer.
- ELLIS, A. y GRIEGER, A. (Eds.) (1983). *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao, Descleé de Brouwer.
- LECRON, L. (Ed.) (1961). *Techniques of Hypnotherapy*. Nueva York, Julian Press.
- LECRON, L. (1970). *Self Hypnosis*. Nueva York, New American Library.
- MAULTSBY, M.C. Jr. Y ELLIS, A. (1974). *Techniques of Using Rational-Emotive Imagery*. Nueva York, Institute For Rational-Emotive Therapy.
- WOLBERG, L.R. (1964). *Hypnoanalysis*. Nueva York, Grune and Stratton.
- WOLBERG, L.R. (1968). *Psicoterapia Breve*. Madrid, Gredos.