

¿CÓMO SE DEFINE LA HIPNOSIS CLÍNICA?:

Desde el siglo pasado se ha intentado explicar el fenómeno de la hipnosis clínica. Cada especialidad del conocimiento científico ha dado su interpretación subjetiva. Se ha comparado la hipnosis clínica con la sugestión, con una histeria provocada, con el sueño, etc. Y la realidad a la que se ha llegado en el siglo XXI es que:

“No es simple sugestión puesto que una persona puede entrar en estado de hipnosis (atención focalizada) de forma espontánea, de hecho, hoy ya se tiene un claro conocimiento acerca de la focalización y la frecuencia con la que nuestro neocortex utiliza este recurso”.

“No es sueño, por varias razones; en el sueño casi toda la sensorialidad está parcialmente inhibida, mientras que en hipnosis no solo no está inhibida, sino que por el contrario está estimulada; por lo que un E.E.G del sueño nada tiene que ver con un E.E.G. de una persona en estado de hipnosis. Los registros electroencefalográficos son radicalmente distintos, y además bajo hipnosis se pueden inducir dinamismos y reflejos sensorio-motores, mientras que en el sueño no”.

La hipnosis es un constructo complejo y esa es la razón por la que se tardó mucho tiempo en determinar una teoría predominante sobre la misma. Durante mucho tiempo solo se lograba reflejar puntos de vista teóricos (Kirch y Lynn, 1995). Como veremos, parte de las discrepancias teóricas que existían venían dadas porque por hipnosis se entendía al menos tres cosas diferentes:

1) Desde el punto de vista de la comunicación, se podía describir la hipnosis clínica como un procedimiento durante el cual, un profesional de la salud o investigador, sugería a un cliente, paciente o sujeto, que experimentara cambios en las sensaciones, percepciones, pensamientos o comportamiento. El contexto de la hipnosis clínica se establecía generalmente mediante el procedimiento de inducción (asociación y condicionamiento) y a pesar de que existían diferentes inducciones, la mayoría incluían sugerencias para la relajación, calma y bienestar, si bien estas sugerencias podían ser también de incremento de la activación. También se solían incluir en las inducciones o instrucciones para imaginar o pensar en situaciones agradables (Kirsh, 1994). Actualmente estas técnicas se han estandarizado en un protocolo unificado.

De esta forma, antes era muy frecuente que diversos autores definiesen la hipnosis moderna como constituida, en principio, por un conjunto de técnicas de comunicación conducentes a desarrollar en el sujeto un proceso que, por convención, se le denominaba hipnosis. Este proceso (se decía) podía constituir un contexto de cambio para el paciente según una serie de variables del terapeuta (por ejemplo, su habilidad y experiencia), de la situación específica, y de la interacción (empatía) con las características del paciente. Obviamente esta definición ha quedado completamente obsoleta. Las modernas investigaciones científicas mediante tomografía computerizada y resonancia magnética, han determinado definiciones mucho más exactas y concretas. (Ver respuestas cerebrales bajo hipnosis.)

Las técnicas de hipnosis clínica eran, por tanto, obra de la comunicación (Malarewicz, 1990). La hipnosis no estaba aún considerada como una clase o tipo de terapia, sino que se trataba de un conjunto de técnicas que se podían utilizar para introducir una terapia

(como una de las herramientas que el terapeuta podía utilizar de cara a una u otra situación, pero que podía tratar igualmente sin utilizar hipnosis). En este sentido, no era más que otro instrumento de intervención. Dicho de otra forma, la hipnosis clínica no requería en un principio de un protocolo de intervención particular ni diferenciado del psicoterapéutico (por esta razón los colegios de psicólogos reclamaban intensamente la necesidad de una licenciatura en psicología clínica para ejercer con hipnosis clínica. Situación muy similar a los inicios de la psicología cuando ésta estaba considerada una especialización de la filosofía hasta que reclamó y consiguió su independencia. Un proceso casi idéntico sufre hoy día la hipnosis clínica).

No obstante, se reconocía a la hipnosis clínica como un conjunto de técnicas muy potentes que podían facilitar el aprendizaje, pero sobre todo posibilitan los cambios comportamentales de forma muy breve. De hecho, rápidamente se percataron que las técnicas de hipnosis permitían crear un espacio para el aprendizaje mucho más rápido que la psicoterapia y que facilitaba mucho la adquisición y práctica de estrategias de afrontamiento para los pacientes. (En este punto se considera el nacimiento de las psicoterapias breves, entre las cuales, la hipnosis clínica consiguió liderar estas nuevas formas de intervención.)

Como comentaba T. Barber en 1988: "Hoy está claro que el modo en que los individuos responden a las sugerencias, depende mucho menos del éxito de los procedimientos de inducción formales (que aspiran a producir relajación, quietud mental que la concentración en las ideas comunicadas por el terapeuta con la concomitante desatención a otros problemas), y mucho más de la relación interpersonal entre el sujeto y el terapeuta. La capacidad del paciente para imaginar, fantasear y tener experiencias parecidas a las hipnóticas; las expectativas, actitudes y creencias acerca de la situación; y la interacción momento a momento del terapeuta hipnosugestivo con el paciente, en la que se incluye el modo de atacar el problema, el tipo de sugerencias específicas que ofrece y la forma en que el paciente interpreta las sugerencias", (aseguraba Barber).

2) Por otra parte, también se entendía por hipnosis un estado de funcionamiento mental, con sus correlatos psicofisiológicos, en respuesta a las sugerencias. Tradicionalmente se hablaba de trance hipnótico en referencia a este estado. Así, desde este punto de vista, J. Barber en 1996 presentaba una definición operativa en ese momento (ya muy acertado y próximo a las definiciones clínicas actuales): "La hipnosis es una condición alterada, o estado alterado, de conciencia caracterizado por un marcado incremento de la receptividad a la sugestión, por la capacidad para modificar la percepción y la memoria, y por el potencial para un control sistemático de una variedad de funciones usualmente involuntarias (como actividad glandular, actividad vasomotora, etc.)". Se aclaraba en aquel momento que: bien se considere este estado como normal o patológico, se pueden observar una serie variables (incluso dejando de lado la evaluación de los cambios fisiológicos) entre las que cabe destacar:

- Las respuestas de relajación. (Edmonston, 1981 y 1991).
- El incremento en la capacidad de imaginación vívida. (Wilson y Barber 1981 y 1983).
- La absorción o implicación emocional. (Tellegen, 1978/79; Tellegen y Atkinson, 1974).
- La automaticidad del comportamiento o involuntariedad. (Lynn, Rhue y Weekes, 1989).

- Disminución de la capacidad de análisis lógico-racional y crítico de las situaciones. (Orne, 1959; Spanos, de Groot y Gwynn en 1987).

En el siglo XXI la definición ya instaurada de la hipnosis clínica, ya no tanto basada en el análisis observacional y la respuesta clínica de los pacientes, sino en las aportaciones realizadas por la neurología mediante la tomografía computerizada y las resonancias magnéticas se parece en gran medida a la realizada por Barber en 1988 pero con importantes puntualizaciones:

“Se entiende por estado de hipnosis una técnica psicoterapéutica con protocolo de intervención diferenciado que estimula estados alterados de inhibición de la consciencia (vigilia) en el sentido de focalización propiciados al aumento de la sugestionabilidad y las respuestas hormonales hipotalámicas hipofisarias, así como del sistema nervioso periférico, mediante técnicas psicoterapéuticas, para la obtención de estructuraciones comportamentales y cognitivas en los episodios patológicos o de trastorno de conducta, así como en las respuestas de interacción fisiológica, con reacciones breves a la intervención, calificándose por tanto este protocolo dentro del marco de las terapias de intervención breve”.

El incremento de la capacidad de respuesta frente a las sugerencias psicoterapéuticas clínicas es un punto de crucial importancia para el desarrollo del proceso de la hipnosis clínica y de la estructuración de nuevas inducciones psicoterapéuticas clínicas que faciliten el cambio comportamental.

En lo referente a la disociación (según Hilgard, 1979, 1986 y 1991): “Lo que diferencia a la hipnosis clínica del resto de técnicas que a menudo derivan de ella (relajación, entrenamiento autógeno, sofrología, etc...) es que aquí el terapeuta busca obtener voluntariamente un estado disociado en el paciente. Esto lleva a que el sujeto está a la vez en la situación de observador y de observado. Es muy importante conocer y comprender el concepto de disociación para entender adecuadamente la hipnosis clínica”.