

Entrevista con: Eztel Cardeña.

Realizada por: Manuel García Fort.

Eztel Cardeña es un especialista en hipnosis, trauma y reacciones disociativas, campos en los que sus trabajos empíricos y teóricos han sido distinguidos con varios premios de la APA y de la Sociedad de Hipnosis clínica y Experimental. Nació en México, donde curso estudios de psicología Clínica, continuando su formación de postgrado en Canadá y en la Universidad de California. Realizó un postdoctorado en Standford sobre hipnosis y trastornos disociativos, bajo la supervisión de David Spiegel.

Ha trabajado como profesor titular y adjunto en varias Universidades y actualmente desempeña un puesto de profesor titular en el Departamento de Psiquiatría de la Uniformed Services University of the Health Sciences. Lo entrevistamos aprovechando su estancia en nuestra Comunidad, invitado por la Universitat de Valencia, tras una interesante conferencia sobre el Trastorno por Estrés Postraumático organizada por el COP-PV.

P. - Dr. Cardeña, Vd. ha formado parte del Grupo de Trabajo sobre Trastornos Disociativos para la redacción del DSM-IV, ¿Cuales han sido aquellos cuadros de más difícil definición y que han dado lugar a una mayor discusión?

R. - Los cambios que hicimos en los trastornos disociativos variaron desde cambios breves a cambios más extensos.

Creo yo que los cambios principales se dieron en el trastorno de fuga, en el sentido de que se ampliaron los criterios, porque anteriormente, "fuga" se daba nada más a la persona que adoptaba una nueva identidad y ahora nosotros, a partir de investigación de la literatura, observamos que es más frecuente que la persona tenga confusión de identidad.

Otro cambio importante, quizá el más importante, tuvo que ver con el trastorno disociativo de identidad. Por un lado, se cambió el nombre, este es un cambio que ha sido controversial. El nombre anterior era personalidad múltiple.

Hubo básicamente dos razones para el cambio, por un lado se pensó que llamar a este trastorno personalidad múltiple hacía que las personas se fijaran mucho, (en el sentido de fijación psicológica), en cuantas personalidades el paciente tenía y demás, en lugar de en lo que creemos nosotros que es el problema de estas personas. No es tanto que tengan muchas identidades, cuanto que no tienen una identidad integrada. Otra forma de decirlo es, que

si cualquiera de nosotros nos pusiéramos a, digamos dividir las distintas fases que somos, podríamos ver que hay una fase en la que somos muy agresivos, otra en la que somos pasivos, etc, pero de alguna forma lo integramos en lo que somos, una persona concreta. Ni somos santos ni somos demonios, en general. Y estas personas, creo yo, el problema es que polarizan y no integran esos eventos. Así pues, uno de los cambios fue para llamar la atención de que el problema es más falta de integración, que el que estas personas personalicen los estados que tiene, porque de lo que se trata es de personalización de estados. La otra razón para el cambio es que la personalidad es un concepto en psicología que abarca en general a toda la persona, y se pensó, bueno, no deberíamos hablar de personalidades múltiples porque la persona es una y la personalidad de estos individuos pueden ser una personalidad que es mutable, que tiene distintas identidades, pero finalmente esa es la naturaleza de su personalidad: el cambio, las amnesias, y demás.

Así es que, el primer gran cambio, el nombre y todo lo que conlleva. El segundo gran cambio fue retomar el criterio de amnesia, que se perdió en el paso del DSM-III al DSM-III-R. Pensamos nosotros, de nuevo a raíz de investigaciones de literatura, que esto abría demasiado el diagnóstico, para que luego muchas personas te dijeran "bueno, es que yo me siento de forma distinta ahora", pusieran un nombre a eso y dijeran, "bueno, es que yo soy personalidad múltiple", en lugar de de-

cir, "bueno, sencillamente estaba irritado", etc. Y pensamos que lo que caracteriza más a estos individuos, no es únicamente que se sientan distintos, sino que tienen barreras amnésicas, y de hecho la investigación indica que en definitiva, parte de lo que da raíz a que esas personas tengan distintas identidades es que tienen amnesias muy frecuentes. Ese es, digamos, el otro cambio fundamental.

El tercer cambio, más que cambio fue una adición. Originalmente nosotros habíamos planeado tener un nuevo diagnóstico que sería llamado trastorno disociativo breve reactivo, o algo por el estilo, *brief reactive dissociative disorder*. El nombre se cambió, se cambiaron un poco los criterios y ahora es conocido como el trastorno agudo de estrés, que se incluye en el DSM-IV. Aunque éste está dentro del grupo de trastornos de ansiedad, proviene de nuestra propuesta, y realmente a mí no me importa donde este, me importa más bien, que creo yo que se han tapado dos huecos. Un hueco era el de que no se considerara en las respuestas postraumáticas a la disociación directamente, y el otro hueco era el que ¿cuándo se puede empezar a hacer diagnóstico?. El trastorno de estrés postraumático empieza a partir de un mes y creíamos nosotros que es importante que se evalúe y se empiece a tratar a las personas antes de un mes. Antes de que pase un mes hay cantidad de respuestas que no serán las respuestas adecuadas.

P. - Esta exposición enlaza un poco con mi segunda pregunta, que en parte ya ha contestado, la redefinición del estrés postraumático en la DSM-IV. Hemos hablado de la introducción del trastorno por estrés agudo, pero también hay algunos cambios en la definición del trauma. ¿Piensa que esos cambios son importantes?

R. - Creo que en relación a la definición del trauma el cambio más importante, yo esto lo sé de segundas voces, fue que en el criterio de trauma se solía entender que el trauma es algo que sucede muy rara vez dentro de la experiencia humana, es poco usual, y a partir de investigaciones epidemiológicas se encontró que, cuanto menos en Estados Unidos, un gran porcentaje de la población durante la vida encuentra eventos traumáticos de algún modo o de otro. Se pensó, bueno, realmente esto es parte de lo que es ser humano, así es que no se puede continuar con esa misma definición. Por otro lado la definición que tiene de trauma, de alguna forma, conserva cierta entereza en tratar de hacer que no cualquier cosa sea trauma. Decir que es un evento que amenaza la integridad física de la persona, es un modo de decir que si a ti no te dejan ver la televisión y tu dices "bueno, esto es un evento traumático para mí", eso no lo vamos a aceptar. Aunque haya muchas diferencias subjetivas y demás, en algún lugar vamos a poner una demarcación. Es un límite tanto objetivo como subjetivo. Por un lado está el límite objetivo, la alusión a la integridad, aunque no esté definida operacionalmente, implica de alguna forma, algo que definitivamente puede dañarme a mí o a alguien más, no es cualquier cosa. La cuestión subjetiva proviene del segundo criterio: la persona va a experimentar horror o un sentimiento muy fuerte. Creo yo, y esto ya es creencia, que... parte de la lógica de hacer eso fue pensando en los seguros. Pensaron, bueno es que hay personas que pueden aprovecharse que sucede un evento traumático, no tienen ningún problema, pero después dicen: "ah, a lo mejor puedo cobrar" y aunque no tuvieron ninguna reacción en ese momento, deciden después "a pues a mí me pasó esto" y trata de hacer un seguro médico o algo.

P. - También sé que vd. ha trabajado bastante tiempo en el campo de la hipnosis. Quisiera que me dijera cuales son para Vd. las particularidades de la hipnosis como recurso terapéutico, que no tendrían otro tipo de intervenciones.

R. - Las intervenciones hipnóticas, y hay cantidad de distintas técnicas que se pueden utilizar, creo yo provienen del uso de muchos elementos, algunos de los cuales están en otras terapias y algunos de los cuales no lo están. Por un lado, la relación entre hipnotista y paciente, que se da también obviamente en otras terapias. Lo que ya no es tan común es el usar sugerencias específicas. Digamos, de alguna forma, aunque se haga hipnosis no directiva, (hay distintas modalidades de hipnosis), en la hipnosis se está diciéndole a la persona: "esto va a suceder" y se lo va a decir de tal forma que puede ser más realista para la persona. Así es que el uso de las cuestiones es, digamos más específico. Pero aún yendo más allá, creo que en la hipnosis, se haga como se haga, ya sea utilizando hipnosis pasiva o activa y aquí en España Vds. tienen gente importante como Antonio Capafons y Salvador Amigó que están trabajando en esas áreas, lo que uno está usando es la capacidad de concentración de la persona. Creo yo que esa es una de las partes fundamentales de la hipnosis, que usa la atención y concentración del individuo para enfocarlo en algo, y este algo específico son las sugerencias que se quieren hacer.

El otro punto que añadiría es el uso de la imaginación. No toda la gente tienen buenas respuestas hipnóticas por la imaginación, pero algunas las tienen. Y el utilizar la imaginación de alguna forma es vincular la experiencia subjetiva con cambios objetivos o subjetivos que pueden ser reales. Así es que el utilizar la imaginación, creo yo, involucra algo más que sencillamente estar

hablando, porque hay terapias en que hay intercambios lingüísticos y demás, pueden haber en cierta forma emociones, pero hay pocas imágenes. Lo que la hipnosis puede añadir aparte de la concentración es que la persona utilice la imaginación y mediante esa imaginación puede sentir más lo que se necesita sentir, sentir corporalmente si es necesario. Para mí la imaginación, no es sólo ver imágenes visuales, sino tener experiencias corporales, que originalmente pueden venir a partir de una sugestión, pero que con el tiempo se pueden hacer más y más reales para hacer cambios reales, efectivos y subjetivos. Hay investigaciones, que hemos hecho otras gentes y yo, en que hemos mostrado que cuando la gente empieza a "imaginarse algo", en muchas ocasiones lo que empieza como un truco si se quiere, como una fantasía, termina siendo objetiva y subjetivamente real. Es decir, por ejemplo en la hipnosis uno le puede decir a la persona, "quiero que te imagines que tu berruga está desapareciendo". Uno encuentra la forma, la sugestión, la imagen adecuada y esa imagen que empieza sencillamente como una fantasía, termina siendo real cuando a la persona se le desaparece. O vamos a decir cuando uno le da a la persona la sugestión: "es que tu mano se va a sentir más y más anestesiada, no vas a sentir dolor", eso empieza de alguna forma como una fantasía, porque uno no está poniendo novocaína, pero está apelando a la experiencia concentrada, imaginativa, directa de la persona, para que esa fantasía se convierta en algo que por lo menos en ciertas personas va a provocar que subjetivamente no sientan tanto dolor o no sientan dolor; y que objetivamente, cuando uno, como hemos visto, haga investigación electrofisiológica, se muestre también que el cerebro está reaccionando mostrando que la persona no siente tanto dolor.

P. - También ha trabajado Vd. y de hecho es el tema de su conferencia de hoy en Valencia, con personas que

han sido objeto de traumas. Me gustaría saber con que tipo de poblaciones concretas ha trabajado y si para Vd. el tipo de evento traumático condiciona la evaluación y el abordaje terapéutico o realmente el síndrome es tan común como para no necesitar atender al tipo de suceso.

R. - Respecto a la primera pregunta, soy sobre todo investigador. He hecho investigación con poblaciones no clínicas que han sido estudiantes de medicina, estudiantes de postgrado, estudiantes de licenciatura. He hecho también investigación con veteranos norteamericanos. He hecho investigación también con víctimas de otros desastres: con datos que gente tomó del derrumbe de un hotel, que fue muy trágico hace algunos años en Estados Unidos; con soldados israelitas; con bomberos en Australia después de un fuego tremebundo que destruyó muchísimas hectáreas. Estas son las poblaciones, de momento, con las que recuerdo haber trabajado.

En relación a la segunda parte de la pregunta, yo diría que es un error pensar que porque hay criterios establecidos por el DSM o por el ICD, o por lo que sea, uno debería ajustar la persona a esos criterios. Me parece que la relación tiene que ser la inversa. Uno debe ajustar los síntomas a la persona y ver que la persona, cualquier persona en determinado momento, va a tener muchos más complejidades de las que puede haber en cualquier lista de síntomas. Así es que, yo diría que no se puede, aunque hayan cosas generales, abordar a la población de la misma manera. Porque, para poner un caso concreto, no es lo mismo que le sucede una violación a una persona que no lo ha experimentado nunca, que a una persona que ha tenido una historia, desafortunadamente muy larga en que esto ha sucedido. No estoy diciendo si es peor o mejor; pero definitivamente las características, lo que la gente va a pensar de porque le sucedió esto, son

muy distintos, aunque el evento sea el mismo.

P. - Por último, después de su contacto con la psicología española, ¿cual es su valoración?.

R. - Bueno, a nivel social me ha parecido fenomenal tener el apoyo que he sentido de la Universidad de Valencia originalmente, pero también del Colegio de Psicólogos obviamente, que organizó esta conferencia. Siento que hay mucho interés. He dado presentaciones que han sido muy bien recibidas creo yo, ha ido cuanto menos mucha gente.

Creo yo que la gran ventaja que la psicología española puede tener es que, de alguna forma, es fresca. Yo he visto algunos colegas que están haciendo, creo yo investigación importante, en terapia de auto-regulación, que tiene mucho que ver con la hipnosis y me parece que están usando cosas nuevas por no dejarse llevar sencillamente por la literatura. Así es que, la gran ventaja es que las cosas, digamos, las veo yo más abiertas.

Pienso, por otro lado, que hay cuestiones en la psicología española que obviamente están en transición, que deben cambiar. Me he quedado un poco sorprendido, debo mencionarlo, de que en programas de licenciatura, no tengan los estudiantes prácticas como algo forzado. Yo me hice licenciado en México, y en México teníamos nosotros práctica de terapia, de diagnóstico, antes de que nos soltaran como licenciados, y creo yo, para unirlo un poco a la plática, que hay poblaciones como las de estrés postraumático que señan muy difíciles y con las que sin supervisión, sencillamente leer no es suficiente. Creo yo que si la psicología española rectifica esto y da una preparación más práctica, a nivel profundo, a la gente que va a tratar, creo que va a mejorar mucho. Realmente me he dado cuenta que Vds. tienen que apuntar cosas nuevas.