

# UTILIZACION DE LA PARADOJA EN HIPNOSIS Y TERAPIA FAMILIAR

Camillo Lorio y Gaspare Vella

Società Italiana di Ipnosi - Viale Regina Margherita, 37. 00198 - Roma

*The author carries out a study about paradoxical interventions in the frame of family therapy and the ericksonian model of psychotherapy. A new perspective over the concept of resistance in psychotherapy is given.*

*Key words: hypnosis, Erickson, family therapy, paradox, psychotherapy*

---

## INTRODUCCIÓN

A pesar del hecho de que la paradoja es uno de los conceptos más viejos y centrales tanto en la terapia hipnótica como en la familiar, existe una falta sorprendente de referencias en la literatura actual. Para explicar esta disminución en el interés, se podría asumir que el concepto ha perdido su validez original profesional y se está convirtiendo en una curiosidad histórica.

De todos modos, la paradoja terapéutica posiblemente sea la intervención más ampliamente utilizada tanto en hipnosis moderna como en terapia familiar. Hay una posible explicación acerca de la *paradoja* de que la paradoja terapéutica sea ampliamente utilizada pero no referenciada. En nuestra opinión, no es el concepto el que debería considerarse inválido, sino el modo en el que ha sido históricamente utilizado. Particularmente, postulamos que algunos aspectos de la paradoja no han sido explorados mientras que otros han sido excesivamente enfatizados. Por ejemplo, la paradoja patogénica y terapéutica no han sido suficientemente diferenciadas, y el motivo que explica la eficacia de las intervenciones jamás ha sido completamente explicado. Por el contrario, la importancia de la paradoja usada como técnica terapéutica e instrumento de cambio seguramente ha sido excesivamente enfatizada.

## **EL IMPACTO DEL CONCEPTO ERICKSONIANO DE RESISTENCIA EN EL USO DE LA PARADOJA**

Según muchos autores (Anderson y Stewart, 1993; Haley, 1980; Madanes, 1984), la paradoja terapéutica debería ser utilizada en el tratamiento de familias y pacientes difíciles, particularmente resistentes. La concepción tradicional de resistencia presupone que los pacientes y familias se resisten al cambio terapéutico y a la exploración del terapeuta. La familia/paciente es vista como reacia al cambio e indispuesta a exponer el material que la cura requiere: Según estas premisas, pacientes y familias resistentes se consideran falsos y poco sinceros.

Según el punto de vista tradicional de resistencia, la terapia apuntaba especialmente a resolver los trucos de los pacientes y a desenmascarar su falta de sinceridad. El éxito inicial de la paradoja terapéutica se debía al hecho de que aparentaba ser una solución elegante a estos problemas. Durante mucho tiempo la paradoja fue considerada la clave imprescindible para vencer los trucos e insinceridad de pacientes y familias.

Las paradojas de los terapeutas consistían principalmente en prescripciones sugiriendo comportamientos sintomáticos y otros comportamientos indeseables; de este modo, se vencía la resistencia y los pacientes alcanzaban el cambio deseado. La paradoja era un truco sofisticado para derrotar los trucos del paciente.

El trabajo pionero de Milton H. Erickson, ha modificado profundamente el concepto de resistencia y lo ha redefinido como un comportamiento que “debería ser respetado en vez de ser considerado un intento activo y deliberado, o incluso inconsciente, de oponerse al terapeuta... la resistencia debería ser aceptada abiertamente, de hecho bienvenida, dado que es una comunicación vital de parte de sus problemas.” (Erickson, 1964, p. 8).

En el modelo ericksoniano, la resistencia se considera un modo mediante el cual pacientes y familias colaboran con su propio tratamiento en función de sus necesidades y patrones interactivos. Además, la resistencia está conectada al síntoma y, por lo tanto, no es una decepción para individuos y familias, sino una manifestación honesta de su desdichada situación.

A medida que el concepto ericksoniano de resistencia ganaba terreno, la antigua idea de paradoja terapéutica fue pasando gradualmente de moda. La justificación de utilizar la paradoja para vencer trucos individuales y familiares se diluyó cuando estuvo claro que no había una verdadera oposición a la terapia, sino una forma particular de colaboración que el terapeuta debería respetar y potenciar. En consecuencia, ahora deberíamos tener una visión más moderna de la paradoja en coherencia con el nuevo concepto de resistencia propuesto por Erickson. A continuación, facilitamos una definición de paradoja que distingue claramente entre la paradoja patogénica y la terapéutica y explica la eficacia de la paradoja en psicoterapia.

## DEFINICIÓN DE PARADOJA

En las descripciones iniciales (Bateson *et al.*, 1956), la paradoja patogénica era esencialmente considerada una forma de disfunción comunicativa, un mensaje oscuro y contradictorio capaz de crear un compromiso en el receptor. Esta definición apenas considera la comunicación del remitente y no toma realmente en consideración la relación entre remitente y receptor. En otras palabras, se culpabiliza a uno de los padres, casi siempre la madre, debido a los mensajes incongruentes enviados al niño: a pesar de la relación con su madre, el niño, que recibe este tipo de mensaje y no es capaz de abandonar el campo, es previsible que se vuelva loco.

La mayoría de los teorías actualmente están convencidas de que un solo mensaje (aunque se repita) no es suficiente para crear un comportamiento disfuncional en un niño. La incongruencia patogénica en el patrón comunicativo debe ser compleja, dado que la experiencia con familias sugiere que las incongruencias comunicativas simples son comunes y bien toleradas por los miembros de la familia.

En nuestra opinión, la paradoja patogénica proviene de una incongruencia concreta que implica tanto al individuo como a los demás miembros de la familia: la tendencia de algunos seres humanos de pensar y actuar en términos de una totalidad ilegítima. Según esta visión, un mensaje incongruente no producirá patología a no ser que sea ilegítimamente considerado una totalidad.

El jovencito que recibe de su madre el mensaje, “Deberías disfrutar de la vida”, y va a una fiesta donde conoce a una chica agradable y atractiva, se puede preguntar a sí mismo, “Disfruté de mi encuentro porque me gusta esta chica o por lo que mi madre me sugirió?”. Pero, si el chico no considera el mensaje paradójico recibido de la madre como una totalidad, entonces simplemente disfrutará de la fiesta y pasará de las implicaciones de las instrucciones de la madre.

Así pues, para sufrir una paradoja patogénica, uno debe tener de forma concomitante una “relación paradójica”; es decir, una relación constituida por dos o más personas las cuales piensan y actúan en términos de totalidades ilegítimas. Entonces tendremos una “convergencia de totalidades”: La gente en la relación cree que algo es un total, un absoluto.

Esta presencia de totalidades y absolutos es evidente cuando nosotros examinamos los patrones de lenguaje de personas en paradojas patogénicas. Abundan términos como “siempre”, “nunca”, “todo”, “nada”, “todos” y “nadie”. Además, estos individuos frecuentemente hablan refiriéndose a la vida como una totalidad (como la madre descrita anteriormente), y utilizan términos absolutos tales como “autonomía”, “espontaneidad” y “otros”.

Desde esta perspectiva, la paradoja es parte de un tipo de relación peculiar. No es solamente un mensaje que viene de uno de los padres: si la totalidad introducida por los padres no es considerada una totalidad por el niño, no tendrá el poder de producir problemas o síntomas en la relación. Cuando se comparte una totalidad ilegítima, produce una ausencia de distinciones, límites y jerarquías en esa relación

en particular, y al hacerlo crea un alto riesgo de patrones interactivos disfuncionales y comportamientos sintomáticos.

Ahora podríamos definir la paradoja relacional como “una totalización inapropiada, compartida por las personas en la relación, que tiende a establecer límites y jerarquías relacionales indecisas”. La paradoja terapéutica debería, claro está, ser diferente puesto que supuestamente es capaz de restaurar jerarquías y límites apropiados. La paradoja terapéutica es “una intervención enfocada a restaurar el orden en la jerarquía incongruente creada por la paradoja patogénica”. La tabla 1 esboza las diferencias entre la paradoja patogénica y la terapéutica (Loriedo y Vella, 1992).

A este propósito queremos señalar que mientras la paradoja patogénica prescribe una totalidad ilegítima (ej: “Sé espontáneo”, “Deberías ser autónomo”, “Deberías ser activo”), que el receptor se toma muy seriamente, la paradoja terapéutica está basada, por el contrario, en la prescripción de una parte circundante del comportamiento. La prescripción del terapeuta no lo sugiere todo (una totalidad), sino sólo aquello que el sujeto o familia ya está haciendo. El comportamiento que se está llevando a cabo es consecuentemente prescrito, y se le deja al sujeto la libertad de reaccionar ante él de cualquier modo posible. En otras palabras, las intervenciones paradójicas “confirman” el comportamiento del individuo y de la familia, no porque estén dirigidas a manipular a la gente mediante un truco terapéutico, sino porque tienden a restaurar la libertad de tomar decisiones dentro de una relación indecisa basada en actitudes totalizadoras.

<b>Tabla 1. Diferencias entre las relaciones paradójicas patogénicas y terapéuticas</b>	
Relaciones paradójicas patogénicas	Relaciones paradójicas terapéuticas
Significativas e implicativas	Significativas, pero no demasiado implicativas
Totalizadoras	Parciales
Interacciones repetitivas y estereotipadas	Cambios en la interacción de acuerdo con la respuesta
Ausencia o escasez de límites: - notable duración - implica la relación entera	Delimitación clara - duración limitada - implicación sólo para las áreas disfuncionales
Objetivo: cambio de premisas tendencia a cambiar a los demás falta de disponibilidad para el cambio personal	Objetivo: resolver la indecibilidad confirmación de la conducta del otro disponibilidad del terapeuta para el cambio

## **INTERVENCIONES PARADÓJICAS Y EL MODELO ERICKSONIANO DE PSICOTERAPIA**

### **Confirmación**

En un estudio previo (Loriedo y Vella, 1992), describimos la paradoja terapéutica como una mera forma de confirmación, definida como el proceso de “observar, reconocer, respetar y validar el comportamiento interactivo que se está llevando a cabo” (Loriedo y Vella, 1992, pp. 151-154). La confirmación es el modo en el que Erickson revolucionó el concepto de resistencia. La resistencia es el derecho del paciente que quiere ser comprendido y ayudado correctamente, y no una oposición a la terapia que debería ser derrotada. La supuesta oposición de repente desaparecerá en cuanto el sujeto y la familia perciban al terapeuta como alguien que no está intentando cambiar sus premisas sino que está colaborando con ellos.

Así pues, el modelo ericksoniano confirma los patrones actuales del individuo y de la familia, sin embargo requiere cambio y flexibilidad del terapeuta. De hecho, el terapeuta debería observar cuidadosamente los patrones de la familia y/o individuo para (1) tener un respeto genuino por estos patrones; (2) ser capaz de reconocer potencialidades individuales y familiares; y (3) estar preparado para adaptarse al individuo o sistema particular. La preparación del terapeuta para el cambio es el mejor modelador posible para el individuo o la familia. Tal como dice Carl Whitaker en (Neill and Kniskern, 1982), es “la anestesia para el cambio”: El cambio no será considerado doloroso por el paciente si el terapeuta no tiene miedo de suministrarlo.

### **Utilización de síntomas**

El uso de síntomas y de otros comportamientos disfuncionales recurrentes es el mejor modo de confirmarlos. Si el paciente utiliza comportamientos disfuncionales, éstos serán, claro está, confirmados y respetados. También se consideran claves para las soluciones de los problemas más que problemas difíciles de resolver. Cuando se utiliza un comportamiento disfuncional, mantiene su coherencia pero pierde su característica formal como síntoma. Estas características formales como síntomas son:

- a) repetición estereotipada
- b) incomprendibilidad
- c) naturaleza involuntaria
- d) tendencia a producir caos social

Al utilizar un comportamiento disfuncional, deja de ser estereotipado y repetitivo dado que se convierte en algo que será utilizado cuando sea necesario y no cuando no lo sea. Cuando se reconozca que el comportamiento tiene un objetivo específico tendrá sentido y dejará de ser incomprensible. Con tal de ser utilizado,

estará bajo control voluntario y, por lo tanto, no considerado involuntario. Finalmente, si el comportamiento disfuncional es útil no causará caos social; de hecho, puede ser un medio para restaurar bienestar y orden. Aquí, el uso es respetable para los patrones familiares y/o del individuo, pero requiere mucho esfuerzo por parte del terapeuta, el cual debería encontrar una posible utilidad para comportamientos que antes aparentemente eran inútiles y molestos. La transformación terapéutica de los síntomas de inútiles a útiles debería ser convincente para la gente que tendrá que aplicar el nuevo enfoque a sus vidas. Por estas razones, la parte más importante del entrenamiento de un terapeuta debería ser el aprender cómo encontrar posibles significados y aplicaciones útiles para comportamientos que generalmente se consideran disfuncionales, no sólo para desarrollar la habilidad de darse cuenta de lo negativa y destructiva que es cierta conducta. Si el terapeuta realmente ve la parte positiva, el lado desconocido del síntoma, será más fácil convencer a los clientes de que cumplan la terapia con la mínima resistencia. Sirva el siguiente caso de ilustración:

*Renata, una chica agradable y amable, solicitó psicoterapia ya que presentaba una actitud depresiva generalizada que le hacía ver la vida como algo doloroso. Su experiencia pasada de lo que ella consideraba una vida familiar miserable y la pérdida temprana de su madre la convencieron de que jamás sería feliz. Incluso cuando ella recibía consideración y consuelo por parte de sus hermanas, la tristeza e insatisfacción parecían incrementar día tras día. Algunos de sus compañeros universitarios la llamaban e intentaban invitarla a cenar, pero ella siempre rechazaba la invitación.*

*Tal como describió la situación: “Cada vez que alguien me invita, me siento peor, y dado que me es difícil rechazarlos, no contesto al teléfono, o le digo a mi hermana que diga que no estoy en casa. Si acepto la invitación, me siento culpable; si la rechazo, también me siento culpable. Si por alguna razón estoy obligada a aceptar una invitación a una cena o a una fiesta, entonces permanezco en silencio y al margen de los demás durante la noche entera: es como si actuara de un modo que indujera a la gente a no invitarme más.”*

*Después de unas cuantas sesiones se descubrió que el padre de Renata estaba aún más deprimido que su hija. Después de que muriera su esposa, se retiró del trabajo y gradualmente se excluyó de la vida activa. Unos cuantos amigos cercanos vinieron a visitarle, pero él raramente salía de casa y pasaba el tiempo estirado en la cama o sentado en su sillón completamente a oscuras.*

*Una vez le reveló a una de las hermanas de Renata que él hubiera “decidido morir” si sus tres hijas fueran autónomas y capaces de vivir solas. Las declaraciones suicidas del padre jamás fueron posteriormente*

comentadas en familia. En vez de esto, existía un acuerdo secreto entre las tres hermanas de hacer turnos con tal de no dejar el padre solo en casa. Por su parte, el padre intentaba dura y repetidamente convencer a las hijas de independizarse. Sin embargo, por diferentes razones, ninguna de las tres hermanas tenía serias intenciones de marcharse de casa. Renata, debido a sus síntomas, pasa la mayor parte de su tiempo en casa con su padre.

Durante la hipnosis, ella tuvo un sueño desagradable en el que se encontraba atrapada en una tumba junto con su padre. Mientras intentaba escapar, su padre se resignaba a su siesta. Se sintió tan desmoralizada por la resignación de su padre que ella también se rindió.

Entendiendo la parte útil del síntoma, el terapeuta le imploró a Renata que no se deshiciera de su depresión porque temía que su padre se suicidaría si ella se sentía mejor y se independizaba. El no tener citas sería la mejor forma de prevenir el suicidio de su padre. Se le aconsejó el continuar con su vida recluida como la solución más segura.

Renata inmediatamente descartó que esto pudiera ser un chantaje. Ella debería ser libre para marcharse cuando quisiera. Esa misma noche se enfrentó abiertamente a las ideas suicidas de su padre y le invitó a tener el valor suficiente para matarse inmediatamente. Esto trastornó mucho al padre y, por primera vez en meses, salió, dando un portazo y gritando. Volvió tarde por la noche.

En la siguiente sesión de hipnosis, se le pidió que se imaginara sola en una habitación pequeña. Comentó que la habitación estaba cerrada y que su padre estaba empujando la puerta desde fuera con tal de no dejarla salir. Dos días después, tuvieron otra pelea y ella se fue de casa dando un portazo. Se fue a visitar a una amiga e hizo planes para un viaje al extranjero. El terapeuta intentó convencerla de no hacer el viaje por las intenciones de suicidio de su padre, y ella replicó que su padre era libre de hacer lo que quisiera con su vida. Entonces el terapeuta le preguntó si estaba segura de que no se sentiría culpable si su padre se suicidaba mientras ella estaba en el extranjero. Ella, calmada, replicó que esto sería su decisión independientemente del comportamiento de ella.

Renata disfrutó de su viaje y a la vuelta, en su última sesión hipnótica, se volvió a imaginar la pequeña habitación, pero esta vez estaba fuera. Entonces miró dentro y vio a sus hermanas. Tenía miedo de que pudieran estar atrapadas dentro, lo que le preocupó durante un rato. Pero luego concluyó, “Ellas también deberían encontrar la forma de salir solas”.

## LA UTILIZACION DE LA PARADOJA

En la *Utilización de la paradoja*, tal como denominamos esta forma particular de intervención, se observa y reconoce el comportamiento descrito como disfuncional o sintomático en todos sus detalles. El terapeuta busca algún modo de utilizarlo con tal de que el cliente no se vea molestado por las consecuencias indeseables de ese comportamiento en particular; no intenta detenerlo o disminuirlo. Nótese que al prescribir un síntoma el terapeuta no sugerirá todos los tipos posibles de comportamiento (totalidad ilegítima), sino sólo aquellos comportamientos particulares (parcialidad legítima) que clientes y familias consideran fuente de su problema y que son incapaces de prevenir.

El siguiente ejemplo clínico puede ayudar a la aplicación de la *utilización de la paradoja* en terapia:

*Después de las dos primeras sesiones con una familia psicótica resistente, el terapeuta encontró un problema difícil: El paciente identificado, Alfredo, de 22 años, rechazaba sus compromisos, continuaba engañando y hablando un lenguaje incomprensible. Por su parte, la familia participaba en las sesiones pero mostraba una competencia poco frecuente hablando sin expresar ningún significado claro excepto el quejarse del comportamiento extraño de Alfredo.*

*Cada intento de convencer a Alfredo de participar en la terapia y de obtener de la familia interacción significativa terminaba en fracaso. Incapaz de trabajar con este vacío, el terapeuta decidió aceptar la situación y adoptar un acercamiento de utilización. A pesar de ser absurdas, las declaraciones locas de Alfredo parecían ser más adecuadas para terapia que la lógica sin sentido de la familia.*

*Se le pidió al padre de Alfredo, el señor B., que se pusiera en contacto con Alfredo y que le dijera que el terapeuta necesitaba un poco de ayuda. Se le pidió también que si no venía a la próxima sesión de terapia, enviara una frase sugiriendo qué hacer para la terapia. En la próxima sesión, el padre comunicó una frase pronunciada por Alfredo como respuesta a la petición del terapeuta: “Debería mirar en la almohada”.*

*La familia se sorprendió de que la misteriosa afirmación fuera tomada en serio por el terapeuta, el cual literalmente aceptó la sugestión de Alfredo y dedicó la sesión entera a la discusión acerca de las almohadas de la familia.*

*La madre tenía una preferencia especial por almohadas blandas y la gustaba dormir abrazándola. El padre prefería una almohada y colchón duros. A pesar de esto, dado que a su esposa le gustaba el colchón blando, colocaba un tablón de madera bajo su parte de la cama, la cual quedaba dividida en dos partes: la parte dura pertenecía a los dominios del marido, mientras que la parte blanda era el territorio de la esposa. La división*



*hubiera sido satisfactoria si el señor B. hubiera dormido silenciosamente durante la noche, pero la fuerte ansiedad que experimentaba de día continuaba por la noche, y a veces su sueño era tan agitado que frecuentemente cruzaba la frontera y cogía la almohada de su esposa. En estas ocasiones, privada de su cojín, la esposa no podía dormir en toda la noche. A veces, ella se sentía tan mal que se levantaba y cogía la almohada de Alfredo, la cual era lo suficiente blanda, y que él nunca utilizaba porque le gustaba dormir directamente encima del colchón. El hermano de Alfredo, Antonio, tenía su propia almohada (no muy blanda ni muy dura), pero a veces no podía dormir porque tenía miedo de que alguien intercambiara su almohada de forma intencional o accidental con él durante la noche. Debido a este miedo, Antonio pasaba la noche intentando prevenir el cambio de almohadas, y cada noche antes de acostarse inspeccionaba su almohada para ver si era de otra persona. La sugerencia de Alfredo, inicialmente considerada disparatada, le dio al terapeuta la oportunidad de explorar, a través de la metáfora de la almohada, dinámicas familiares previamente consideradas inaccesibles.*

*En las siguientes sesiones, la terapia procedió utilizando las frases “sin sentido” de Alfredo. Demostraron ser mucho más reveladoras sobre la familia que las afirmaciones obtenidas en las sesiones anteriores de los demás miembros de la familia. Después de haber hecho aparecer algunos sentimientos y secretos, como si hubiera terminado con su trabajo indirecto, Alfredo apareció por primera vez en una sesión.*

El acercamiento de utilización generalmente se centra en un síntoma con tal de hacer el síntoma menos absurdo, y a veces es realmente útil en el desarrollo de la terapia. En este segundo caso, el síntoma también se utilizaba para superar la “cortina de humo” familiar y obtener la participación indirecta en la terapia del paciente identificado.

Para concluir: la paradoja terapéutica respeta el comportamiento tradicionalmente considerado como resistencia, y demuestra gradualmente que si el terapeuta es lo suficientemente flexible para utilizar los síntomas como recursos, éstos llegarán a ser el mejor medio para acceder a la fortaleza de los individuos y familias.

---

*El autor realiza un estudio sobre las intervenciones paradójicas dentro del marco de la terapia familiar y el modelo ericksoniano de psicoterapia. Se presenta una nueva perspectiva sobre el concepto de las resistencias en psicoterapia.*

*Palabras clave: hipnosis, Erickson, terapia familiar, paradoja, psicoterapia.*

**Nota Editorial:** Este artículo se publicó como capítulo dentro del libro de J.K. Zeig (Comp.) (1994). *Ericksonian Methods. The essence of the story* (cap. 4, pp. 367-376). New York: Brunel Mazel, con el título “Using Paradox in Hypnosis and Family Therapy”. Agradecemos el permiso para su publicación.

### Referencias bibliográficas:

- ANDERSON, C. M., & STEWART, S. (1983). *Mastering resistance: A practical guide to family therapy*. New York: Guilford.
- BATESON, G., JACKSON, D. D., HALEY, J., & WEAKLAND, J. H. (1965). Toward a theory of schizofrenia. *Behavioral Science, 1*, 521-64.
- ERICKSON, M. H. (1964). An hypnotic technique for resistant patients: The patient, the technique, and its rationale and field experiments. *American Journal of Clinical Hypnosis, 7*, 8-32. Also found in Rossi, E. (Ed.), *The collected papers of Milton H. Erickson on hypnosis*, Vol. I. (pp. 299-330).
- HALEY, J. (1980). *Leaving home: The therapy of disturbed young people*. New York: McGraw-Hill.
- LORIEDO, C., & VELLA, G. (1992). *Paradox and the family system*. New York: Brunner/Mazel.
- MADANES, C. (1984). *Behind the one-way mirror*. San Francisco: Jossey-Bass.
- NEILL, J. R., & KNISKERN, D. P. (Eds.) (1982). *From psyche to system: The evolving therapy of Carl Whitaker*. New York: Guilford.