

REVISTA DE

# PSICOTERAPIA

HIPNOTERAPIA ERICKSONIANA

Epoca II, Volumen VIII - 1er. trimestre 1997

Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ Ψ

29

Ψ

---

# REVISTA DE PSICOTERAPIA

**Director:** MANUEL VILLEGAS BESORA

**Consejo de Dirección:** LLUIS CASADO ESQUIUS, ANA GIMENO-BAYON COBOS, LEONOR PANTINAT GINÉ, RAMON ROSAL CORTES.

**Comité de Redacción:** MAR GOMEZ MASANA, NEUS LÓPEZ CALATAYUD, SILVIA CASTILLO CUESTA, MARK-DANA MUSE, IGNACIO PRECIADO IGLESIAS, M<sup>a</sup> JOSE PUBILL GONZALEZ, M<sup>a</sup> ROSA TORRAS CHERTA.

**Secretaria de Redacción:** EMPAR TORRES AIXALÀ

**Consejo Editorial:** ALEJANDRO AVILA ESPADA, CRISTINA BOTELLA ARBONA, RENZO CARLI, ISABEL CAROGABALDA, LORETTA CORNEJO PAROLINI, GUILLEM FEIXAS I VIAPLANA, VITTORIO F. GUIDANO, JUAN LUIS LINARES, GIOVANNI LIOTTI, GIOVANNI P. LOMBARDO, FRANCESCO MANCINI, JOSE LUIS MARTORELL YPIENS, MAYTE MIRO BARRACHINA, BERNARDO MORENO JIMENEZ, JOSE NAVARRO GONGORA, LUIGI ONNIS, JAUME SEBASTIAN CAPO, ANTONIO SEMERARI.

**Coordinador:** LLUIS BOTELLA GARCIA DEL CID.

---

**EDITA:**

**REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.**

APARTADO DE CORREOS, 90.097 - 08080 BARCELONA

**Epoca II, Volumen VIII - Nº 29 - 1er. trimestre 1997**

Esta revista tuvo una época 1<sup>a</sup>, desde 1981 hasta 1989, con el título de «Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista», con veintinueve números publicados, veinticinco de ellos monográficos. Ha sido desde sus comienzos un importante medio de difusión de aportaciones psicológicas y terapéuticas relacionadas con los principales modelos de orientación humanista, con un enfoque predominantemente integrador en lo terapéutico, y de fomento de rigor científico en lo teórico.

---

Los directores anteriores han sido; Andrés Senlle Szodo (1.981-1.984), fundador de la revista; Lluís Casado Esquiús (1.984-1.987), Ramón Rosal Cortés (1.987-1989)

---

**Portada:** Ana Gimeno-Bayón Cobos

**Fotocomposición, Fotomecánica:** Gabinete Velasco Tel.: 434 0550 BARCELONA

**Impresión:** OFFSET INFANTA, S.L.

Josep Taradellas, 101 - 08029 Barcelona - Tel.: (93) 430 23 09

ISSN 1130 - 5142

Depósito Legal: B. 26.892/1981

---

Precio de este ejemplar 1.800 pts. (incluido I.V.A.)

# SUMARIO

<b>EDITORIAL .....</b>	<b>3</b>
<b>HIPNOSIS ERICKSONIANA. APLICACIONES EN PSICOTERAPIA.....</b>	<b>5</b>
Agustí Camino y Montserrat Gibernau	
<b>VARIETADES DEL DOBLE VÍNCULO .....</b>	<b>21</b>
Milton H. Erickson, y Ernest L. Rossi	
<b>TÍPICAMENTE ERICKSON .....</b>	<b>41</b>
Jay Haley	
<b>HIPNOSIS: ESTADO EMPIRICO Y TEORICO.....</b>	<b>63</b>
Dirk Revenstorf	
<b>UTILIZACION DE LA PARADOJA EN HIPNOSIS Y TERAPIA FAMILIAR .....</b>	<b>83</b>
Camillo Loredio y Gaspare Vella	

# REVISTA DE PSICOTERAPIA

## Dirección y Redacción:

Apartado de Correos 90.097  
08080 Barcelona  
Tel. (93) 321 7532 (martes tarde)

## Administración:

GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS S. L.)  
Revista de Psicoterapia  
c/. Francesc Tàrrega, 32-34  
08027 - Barcelona  
Tel. (93) 408 0464 Fax: (93) 352 4337

## BOLETIN DE SUSCRIPCION

Fecha: .....

Deseo suscribirme a la **REVISTA DE PSICOTERAPIA** por el período de un año, renovable sucesivamente, hasta nuevo aviso.

Apellidos: .....

Nombre: .....

Teléfono: ..... Profesión: .....

Dirección: .....

Ciudad: ..... D.P. ....

- Forma de pago:
- Domiciliación bancaria (Rellenar autorización adjunta)
  - Adjunto cheque bancario núm.: .....
  - Contrareembolso
  - VISA
  - MasterCard



Tarjeta N°:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Fecha caducidad: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Firma:

Precio de la  
suscripción anual para 1997  
para España ..... 5.000 pts.  
para el extranjero ..... 50 \$ USA

## BOLETIN DE DOMICILIACION BANCARIA

Señores:

Les ruego que atiendan, con cargo a mi cuenta/libreta, y hasta nueva orden, el recibo que anualmente les presentará SERVEIS PEDAGOGICS S. A., para el pago de mi suscripción a la revista «REVISTA DE PSICOTERAPIA».

Nombre y apellidos: .....

Código de Cuenta del Cliente:

Entidad:     Oficina:     DC:   Cuenta:

Banco/Caja ..... Agencia n°: .....

Dirección .....

Ciudad ..... D.P. ....

Fecha y Firma:



## EDITORIAL

El número monográfico que presentamos está dedicado a dar a conocer y a profundizar en el conocimiento de la hipnoterapia ericksoniana. A pesar de que no se puede afirmar que Milton H. Erickson elaborara una teoría o un modelo sistemático de terapia, lo que sí se puede decir es que su línea de trabajo constituye para muchos, independientemente del ámbito de trabajo en que cada uno pueda moverse, una fuente de inspiración.

La hipnoterapia no es ciertamente un invento ericksoniano, aunque Erickson la dignificó para la psicoterapia, sacándola del reducto misterioso de lo mágico e integrándola en la praxis normal de la clínica psicológica. Agustí Camino y Montse Gibernau desarrollan en su artículo, con el que se introduce esta monografía, los criterios teóricos y prácticos que guían *las aplicaciones en psicoterapia de la hipnosis ericksoniana*.

Sigue a esta presentación un artículo escrito a dos voces por el propio Milton Erickson y Ernest L. Rossi. En la primera parte Erickson nos cuenta sus orígenes campesinos y la influencia que éstos tuvieron en la manera de entender el mundo. Podríamos decir que la temprana constatación del “principio de realidad” y la comprensión de las relaciones sociales que lo configuran le llevaron a entender las situaciones de doble vínculo y su posible utilización en el ámbito psicoterapéutico. Este es el tema que se desarrolla en su artículo, dedicado a las *variedades del doble vínculo*. En la segunda parte Rossi desarrolla una reflexión teórica, orientada a sistematizar las experiencias ejemplares que Erickson nos cuenta en la primera parte.

A propósito de sistematización Jay Haley se pregunta *¿qué es lo típicamente ericksoniano?* ¿a qué escuela puede ser adscrito su pensamiento? ¿qué tipo de modelo sigue en su praxis? La respuesta que nos da el propio Haley no deja de ser sorprendente: parece que Erickson no tiene más referentes que a sí mismo y a su propia experiencia: no es conductista, ni psicoanalista, ni terapeuta familiar. Erickson sigue su propio camino, crea su propio estilo. Tiene muchos fans o admiradores, pero no se aprovecha de la situación, ni saca partido de ella. La influencia directa o indirecta que ha ejercido y continúa ejerciendo sobre muchos terapeutas tiene más que ver con un compromiso personal sincero y valiente con los pacientes, con un modo de hacer decidido e intuitivo, que con una teoría sistemática y abstracta.

Un poco con el ánimo de dar respuesta a estas preguntas Dirk Revenstorf

se plantea en su artículo cuál es *el estado empírico y teórico de la hipnosis*. El autor nos lleva a la constatación de que existe un trabajo serio y teóricamente fundamentado en este campo, así como una amplia gama de aplicaciones en el ámbito clínico, no sólo psicoterapéutico, sino, también y cada vez más, en el de las enfermedades orgánicas, psicosomáticas y en los trastornos de conducta.

Dado que algunos de los desarrollos posteriores de la terapia ericksoniana han encontrado particular eco en el ámbito de la terapia familiar, parecía oportuno dedicar un espacio a la consideración de la *utilización de la paradoja en hipnosis y terapia familiar*. Este es el título, en efecto, y el tema del quinto de los artículos, cuyo autor es Camilo Lorieo. En él se repasan las formas psicoterapéuticas de utilizar la paradoja para distinguirlas de las patogénicas.

Cierran este número las secciones habituales dedicadas a información útil para nuestros suscriptores.

# HIPNOSIS ERICKSONIANA. APLICACIONES EN PSICOTERAPIA.

Agustí Camino y Montserrat Gibernau  
Instituto Milton H. Erickson de Barcelona  
Córsega, 671, 5º. 08025 - Barcelona

*In the present article a short revision about the concepts of the unconscious is carried out. The basic premises of the Milton H. Erickson psychotherapy are described, illustrated by the study of two cases of anxiety disorders.*

*Key words: hypnosis, unconscious, Erickson, psychotherapy*

---

## INTRODUCCION

Una niña de cuatro años tiene una pesadilla y le dice a su padre, terapeuta de formación psicoanalítica, “Papá veo tiburones por todas partes, hay muchos tiburones”, el padre le contesta: “Tranquila hija, sólo es un sueño; los tiburones te los imaginas dentro de la cabeza”. La niña dándose manotazos en la cabeza grita: “¡Fuera de mi cabeza tiburones, iros de mi cabeza!”. Otro niño de la misma edad sueña con monstruos que le atacan, se levanta y le explica a su mamá, terapeuta con entrenamiento en el enfoque ericksoniano: “mamá, me atacan muchos monstruos, son enormes”, la mamá contesta: “Tranquilo hijo, ¿no te has dado cuenta que en tu sueño hay un cinturón con una espada mágica para matar monstruos?”. El niño se vuelve a dormir para empezar a eliminar monstruos.

Con estas anécdotas hemos querido ejemplificar dos formas de intervenir en el inconsciente, basadas en dos concepciones diferentes. La primera se basa en el análisis consciente del funcionamiento inconsciente, “lo que sucede no es real, es una broma pesada que nos hace la mente cuando dormimos”. La segunda se basa en la utilización de los mecanismos inconscientes, “nuestra mente quiere jugar con nosotros aunque estemos dormidos, qué divertido es aprender con ella”

## CONCEPCIONES SOBRE EL INCONSCIENTE

Entre los antecedentes filosóficos del descubrimiento “científico” del incons-

ciente encontramos a pensadores románticos, como Shelling, (1775-1854) quien exaltaba las cualidades trascendentales de la mente inconsciente, o Von Hartmann (1842-1906), quien aventuraba algunas de sus propiedades, en coincidencia con algunos de los procesamientos mentales que se adjudican actualmente al hemisferio derecho del cerebro. Entre estas propiedades cabe destacar la de que: “es intemporal o que no opera con las categorías temporales, y la de que intención e imaginación son inseparables en el inconsciente”. Shopenhauer, adelantándose a Freud, reconoció la primacía de los afectos y finalmente Nietzsche pensó que la mente consciente era una pequeña provincia dependiente del inconsciente.

Freud describió las funciones y algunos de los principales mecanismos a través de los cuales actúa el inconsciente. También fueron revolucionarias sus aportaciones acerca del origen inconsciente de los síntomas psicológicos psicósomáticos y de conversión. Su concepción del inconsciente es el de un “continente sumergido” que esconde recuerdos, conflictos y deseos que resultan intolerables para la conciencia y son guardados celosamente por un guardián: la represión. A partir de estos descubrimientos desarrolló una técnica psicoterapéutica: el Psicoanálisis, que tenía por objetivo luchar contra ese guardián” para liberar esos conflictos y deseos que, reprimidos, ejercen una influencia negativa sobre el comportamiento humano. Es decir, básicamente se orientaba a hacer “consciente lo inconsciente”.

Milton H. Erickson, teniendo en cuenta los procesos del inconsciente, descritos por Freud, (condensación, desplazamiento, proyección, capacidades asociativas aceleradas), empezó a trabajar con hipnosis, profundizando en el conocimiento del inconsciente y en la formación del síntoma o, mejor dicho, en la resolución del síntoma. Podríamos decir que Freud se centró en el conocimiento de la formación del síntoma, mientras que Erickson se centró en los procesos de resolución del síntoma. A través de la hipnosis y posteriormente con técnicas de comunicación hipnótica aprendió a utilizar terapéuticamente los mecanismos del inconsciente, y con ello llegó a un conocimiento más claro y positivo sobre él. Freud nos habló del lado oscuro de nuestro inconsciente; Erickson nos enseñó a confiar en él y en sus recursos.

Citando las propias palabras de Erickson: “La mente inconsciente es un repertorio de todas las experiencias que uno ha tenido en la vida; la consciente es el estado de percatamiento inmediato (...). La mente inconsciente se compone de lo que aprendimos a lo largo de nuestra vida, parte de lo cual lo tenemos olvidado por completo, pero nos sirve para el funcionamiento automático; gran parte de la conducta consiste precisamente en este funcionamiento automático. El inconsciente es mucho más inteligente que la mente consciente” (Zeig, 1980).

Para Erickson el inconsciente no contiene, sólo, los conflictos reprimidos sino que se refiere a él como a un conjunto de procesos automáticos fuera del control voluntario. Así el paciente puede ser consciente del porqué de un síntoma aunque éste siga permaneciendo fuera de su control, ya que su funcionamiento es automá-



tico. Esto es lo que sucede con una persona que es consciente del problema que causa sus tics, su tartamudez, o sus crisis de angustia, pero las sigue padeciendo. Un abordaje ericksoniano emplea el *trance* para quebrar estas pautas y disposiciones mentales disfuncionales generando los cambios necesarios. Erickson consideraba que para darse un cambio terapéutico no es necesario el análisis consciente de los problemas psicológicos; descubrió que se puede trabajar reorganizando el funcionamiento inconsciente sin necesidad de hacer “consciente lo inconsciente”.

Al igual que las pinturas egipcias, conservadas intactas durante milenios por la oscuridad y el vacío, desaparecieron en cuestión de segundos al recibir el impacto de la luz y el aire; o que los navíos fenicios para protegerse de la desintegración deben seguir sumergidos en aguas marinas, puede que los recursos de nuestro inconsciente, deban ser admirados a distancia, protegidos por la intemporalidad del vacío o el significado oculto de una metáfora o de un sueño.

### **POSTULADOS DE LA PSICOTERAPIA DE MILTON H. ERICKSON**

Congruente con los principios de la Escuela de Nancy (Bernheim, Liébault y Janet), que consideraba el *trance* como un fenómeno enteramente normal atribuido a la influencia de la sugestión, Erickson desarrolló las técnicas hipnóticas clásicas, dándoles un nuevo sentido e inventó técnicas nuevas, como la levitación del brazo. Incorporó todas ellas como parte de un estilo de comunicación terapéutica, eliminando la formalidad y los rituales de la hipnosis clásica. Su trabajo terapéutico se ha descrito como hipnoterapia sin trance. Para él la hipnosis era un tipo de comunicación en la que prevalece el funcionamiento mental de procesos inconscientes. En algunos momentos, al observar los videos de sus terapias sentimos que se trata de una psicoterapia de “inconsciente a inconsciente”, tanto el terapeuta como el paciente se hallan en un estilo de comunicación “hipnoide” que establece un intensísimo rapport sugestivo entre el paciente y terapeuta. Su entrenamiento como hipnólogo desarrolló sus habilidades para la observación, la creencia en el cambio y la capacidad de influenciar. Respecto a la formación como psicoterapeuta J. Haley recomienda que: “Los psicoterapeutas en formación realicen algún tipo de entrenamiento en hipnosis clínica” (Haley, 1996)

Milton H. Erickson no formuló una teoría sobre la personalidad, porque creía que todo sujeto representa un ser irrepetible, con experiencias personales y maneras de percibir y elaborar la realidad totalmente individuales. Por consiguiente consideraba, desde su punto de vista, que el estudio clínico de un sujeto debe tener en cuenta todo esto, las estrategias de intervención deben adaptarse siempre a la persona, a su contexto y a sus experiencias de vida. Esta particular concepción de la terapia le permitió una flexibilidad terapéutica que hizo posible sus creativas innovaciones .

Al comienzo de su carrera usaba principalmente la hipnosis formal y la definía como sueño; después pasó a un trabajo más indirecto, con empleo de *trance*

naturalista, sugerencias indirectas y uso de las metáforas, para comunicarse con la mente inconsciente. Freud en su obra “El chiste y su relación con el inconsciente”, refiere que los medios técnicos que se dan en el chiste son el desplazamiento y la condensación y que en él, se da una supresión momentánea del esfuerzo de represión apareciendo el placer en el oyente del chiste. Estos mismos mecanismos psicológicos se producen en el uso de las metáforas empleado por Erickson, creando una supresión de la represión y de las resistencias dando lugar a procesos psicológicos inconscientes, reordenando y movilizandolos aspectos relacionados con el síntoma. La sugestión indirecta y la metáfora crean un estado de *trance* espontáneo que activa procesos de la elaboración inconsciente que ayudan al paciente a asociar aspectos disociados, encontrando una nueva visión del problema: conectar con una emoción evitada, cambiar la vivencia de un recuerdo, afrontar el futuro con nuevos recursos, etc.

La hipnosis ericksoniana no trabaja sólo con la sugestión (directa o indirecta) o el método catártico de Breuer y Freud en sus primeros tiempos, sino directamente con los mecanismos automáticos que controlan al síntoma: se realiza un reencauzamiento de dichos conflictos inconscientes creando nuevas asociaciones, sin tener que hacerlos necesariamente conscientes. Erickson veía en la hipnosis una comunicación con el inconsciente, por lo tanto, la sugestión es una demanda dirigida al inconsciente para que reorganice un recuerdo o una experiencia y lo convierta en un recurso positivo. Su trabajo con hipnosis para la resolución de los conflictos inconscientes se le ha llegado a llamar “cognitivismo del inconsciente” (Núñez, 1996).

A diferencia de Freud y de quienes lo siguieron, Erickson no creó una escuela cerrada de partidarios con una organización destinada a conservar y custodiar sus contribuciones, siendo muchos terapeutas de diferentes orientaciones quienes han recibido inspiración de él. En lugar de producir “ericksonianos ortodoxos”, estimuló avances que se ramificaron en múltiples direcciones, lo cual ilustra elocuentemente su profundo respeto por la libertad e individualidad de sus alumnos y de sus pacientes (Zeig, 1980).

Siguiendo la sistematización del método Ericksoniano realizada por William O’Hanlon podemos distinguir los siguientes principios básicos de su enfoque:

### **1. Orientación naturalista**

Concepción de la terapia y del trance como procesos naturales. Para Erickson la terapia debía realizarse a través de una conversación convencional, donde el terapeuta puede mostrar su parte más humana como persona, sus sentimientos y pensamientos respecto a lo que le cuenta el paciente; en este sentido la terapia se realiza en el contexto de una conversación “natural”, donde el terapeuta puede evocar anécdotas de su propia experiencia, metáforas o historias.

La terapia es la relación entre dos personas, una que pide ayuda y otra que es

especialista en resolver problemas: “Proponemos que la psicoterapia es un proceso que se da entre dos seres humanos para crecer aprendiendo a usar bien cualidades, defectos, cosas resueltas y cosas por resolver. Estos dos seres humanos son dos expertos que se encuentran para realizar un trabajo en común. Está el experto en sí mismo, que es la persona que consulta, y el experto en las técnicas, el terapeuta, colaborando para ayudar al primero a cambiar desde adentro, en su estilo y a su ritmo, lo que quiere cambiar, para crecer y lograr sus objetivos, aprendiendo a disfrutar la vida, saludablemente” (Robles, 1990).

Dentro de este marco aparecen las conocidas innovaciones psicoterapéuticas de Erickson: cómo utilizar las metáforas como método de diagnóstico, observando cómo reacciona el paciente a determinadas partes de la historia o como método de sugestión indirecta, o la de “sacar la terapia a la calle”, realizando intervenciones en situaciones cotidianas.

En este postulado Erickson se adscribe a la escuela de psicología humanista en su concepción de que lo natural en el ser humano es tender al crecimiento personal. El terapeuta debe crear el contexto adecuado para que puedan emerger las capacidades naturales del paciente, la solución está en el paciente, hay que hacer surgir los recursos inconscientes que lo orientarán al cambio o a la solución.

## **2. Orientación indirecta y directiva**

Aunque este enunciado parezca una contradicción Erickson era muy directivo en cuanto a conseguir que la gente hiciera cosas tendientes a aflojar las rigideces que mantienen el síntoma, pero utilizaba técnicas y sugerencias indirectas, y más que ordenes hipnóticas, daba sugerencias, evocaba en el paciente la posibilidad de cambiar su patrón de conducta. Era directivo en el sentido que asignaba “tareas” a las personas para que descubrieran y aprendieran nuevas formas de pensar, actuar y sentir. Erickson era muy directivo en el abordaje de los síntomas, y muy indirecto en lo concerniente a la manera en que las personas vivirían sus vidas una vez suprimida la sintomatología. Con su peculiar forma metafórica de hablar de su enfoque terapéutico, Erickson ejemplifica su directividad indirecta: “Demasiados hipnoterapeutas lo llevan a uno a cenar y después le dicen lo que tiene que pedir. Yo llevo al paciente a comer y le digo: ‘Pida lo que quiera’”. El paciente elige lo que quiere comer. No le molestan mis instrucciones, que no harían más que obstruir y oscurecer sus procesos interiores” (O’Hanlon, 1989).

En nuestra práctica clínica hemos comprobado la importancia de esta orientación a la hora de centrarnos sobre el problema que nos plantea el paciente, dándole directivas para cambiar al mismo tiempo que se es muy respetuoso con su manera de vivir. Con un paciente que llevábamos tiempo intentando eliminar sus repetidos e incapacitantes ataques de angustia, le sugerimos: “Mira, los ataques de angustia son una señal de alarma. Realmente es muy molesto el sonido intenso de una alarma, nos crea confusión, irritación, nos desconcentra... Debemos apagar la alarma y

luego empezar a buscar lo que la originó... y solucionarlo... porque sino, al rato, la alarma vuelve a dispararse... Yo no sé lo que está pidiendo tu alarma que cambies en tu vida... Tu angustia te avisa de que un pequeño cambio debe realizarse...”. Con esta intervención somos directivos diciéndole al paciente que para solucionar su problema debe realizar cambios pero le dejamos que sea él, libremente, quien descubra qué cambios debe realizar. Aunque nosotros intuyamos qué origina la angustia, pensamos que es mucho mas efectivo que lo descubra él. De hecho, no lo estamos orientando a que localice el foco del problema, sino a que descubra qué cambiar. En este sentido, podemos decir que es una intervención dirigida al cambio y no a la etiología del síntoma.

### **3. Capacidad de respuesta**

Erickson rompió con el mito de que existen personas hipnotizables y otras que no lo son. Estas últimas se considera que son resistentes a aceptar las sugerencias del hipnotizador. Para él toda persona puede responder afirmativamente y colaborar en la terapia, cada persona responde de una forma diferente a un mismo estímulo; una persona puede ser sugestionable a un estímulo y a otro no, lo que es sugestionable para uno no lo es para otro, pero todos poseemos la capacidad de ser sugestionados por diferentes estímulos. En el enfoque ericksoniano es responsabilidad del terapeuta crear el contexto idóneo para cada persona adaptándose a sus necesidades para que ésta “responda” a nuestras sugerencias. Y para que esto sea posible para todo tipo de personas debemos realizar una “terapia cortada a la medida del paciente” (Zeig, 1990).

En este sentido Moris Kleinhauz (1993) ha creado un entrenamiento en técnicas de observación de la conducta no verbal que nos dan pistas de qué sugerencias funcionarán mejor para cada persona. Al igual que Erickson, el Dr. Kleinhauz sufre de daltonismo, dificultad que le ha hecho desarrollar un sentido de la observación muy agudo, detectando las señales mínimas del paciente que nos indican las sugerencias más adecuadas. Este aspecto permite acortar la duración de la terapia ya que conseguimos mas información relevante. Evidentemente esto requiere un entrenamiento en la observación.

Para Erickson no existía la resistencia sino la incomprensión, la incapacidad del terapeuta para conseguir que el paciente responda positivamente. Para él, la resistencia es el resultado de una mala comunicación entre el paciente y el terapeuta, pero es responsabilidad de éste último, que no se dé una comunicación adecuada.

En nuestra practica clínica, si nos encontramos con un adolescente que muestra “resistencia” a hablar de los celos que siente por el “primogénito” de la familia, empezamos a hablarle de nuestra propia relación con nuestros hermanos. De este modo, antes de que terminemos el relato, el adolescente empieza a quejarse de su hermano: “Sí, mi hermano es insoportable...”, cortándonos en medio de nuestro discurso. Hemos podido sintonizar con él, hablándole de nuestra propia

experiencia dentro del subsistema familiar. Si le hubiéramos pedido que nos hablara de la relación con su hermano mayor, posiblemente nos hubiera hablado de otros temas, evitando el del hermano o dándole poca importancia, simplemente comentando que su relación era buena.

#### 4. Orientación de utilización

Erickson era un maestro en el arte de saber utilizar lo que el paciente trae a terapia. Utilizaba las creencias, conductas, exigencias y características rígidas, de modo tal que no sólo dejaban de obstaculizar la senda hacia los resultados deseados, sino que incluso facilitaban la terapia (O'Hanlon, 1989). Lo que para otros terapeutas podía ser una resistencia o un obstáculo para Erickson era una "comunicación" que debía ser utilizada para el beneficio de la terapia. Esta maestría es uno de los aspectos que ha suscitado que sus casos parezcan tan extraordinarios y fuera de la lógica. Es conocido el caso relatado por Jay Haley y otros autores, de un psicótico que hablaba el "esquizofrenés" y cómo Erickson aprendió el lenguaje del paciente y empezó a comunicarse en dicho lenguaje sin sentido, introduciendo poco a poco frases con sentido hasta llegar a estructurar el lenguaje del esquizofrénico en algo inteligible.

Utilizar el lenguaje del paciente nos ayuda a sintonizar con él, allanando el terreno para que éste se sienta cómodo, comprendido y abierto a aceptar nuestras sugerencias. Es importante estar atentos a cómo describe el paciente su síntoma para que podamos utilizar sus propias palabras, para que nuestras sugerencias tengan más fuerza y estén en la misma longitud de onda de nuestro cliente.

Una paciente con problemas psicósomáticos de migrañas y dolores corporales inespecíficos llega a consulta comentando que se siente terriblemente cansada, que ha pasado toda la semana sintiéndose cansadísima. Le comentamos que vamos a hacer una sesión de hipnosis formal. Le sugerimos que puede cerrar los ojos tranquilamente y sentir el cansancio: "Concéntrate en sentir el cansancio al mismo tiempo que te vas relajando cómodamente... Siente ese cansancio... y quizás puedas sentirte cansada de todos sus dolores de cabeza... y cansada de no saber a qué se deben... y cansada de sentir gases en el estómago cada vez que te enfrentas a situaciones nuevas y desconocidas... y cansada de no poder expresar todos esos temores de una forma más saludable para tu cuerpo... Y a medida que te relajas y sientes ese cansancio, aprovecha estos momentos de *trance* para descansar y recuperar fuerzas... eliminando todas esas cosas de las que uno puede estar cansado...". Utilizamos el síntoma que ella nos presenta para inducir un trance en el cual se intercalan sugerencias de expresar las emociones, sus temores de forma más adecuada. Sea lo que fuere lo que la persona presenta, se lo toma como punto de partida para una psicoterapia fructífera y, si es posible, se lo utiliza al servicio del objetivo deseado (O'Hanlon, 1989).

## 5. Orientación hacia el presente y el futuro

Moreno, Berne y Perls fueron los primeros terapeutas en orientar la terapia en el “aquí y ahora” en lugar de focalizarse en el pasado como hacía el psicoanálisis. Erickson se inscribía dentro de esta orientación centrada en el presente y fue pionero en utilizar una orientación dirigida al futuro. No se concentraba en el problema sino en la solución. Al trabajar con jóvenes problemáticos era característico de Erickson establecer un plan terapéutico que tenía como objetivo conseguir en un futuro cercano la independencia del joven.

“El pasado no puede cambiarse, sólo se cambia la interpretación y el modo que tenemos de verlo, e incluso esto se modifica con el paso del tiempo. En consecuencia, en el mejor de los casos, los modos de ver y las interpretaciones del pasado tienen importancia sólo cuando embrutece a una persona en una rigidez. La vida se vive en el presente, para el mañana. Por lo tanto, la psicoterapia se orienta de modo apropiado con respecto a la vida de hoy al preparar el mañana, el mes próximo, el año próximo, el futuro, que en sí mismo impondrá muchos cambios en el funcionamiento de la persona en todos los niveles de su conducta” (Erickson citado por Beahrs, 1971).

Trabajamos con una paciente depresiva, estudiante del último curso de Bellas Artes, en la última fase del tratamiento le encomendamos la siguiente tarea: “Estás logrando muchos cambios positivos en tu vida ... Nos podemos ver de nuevo cuando entres por esta puerta llevando bajo el brazo el “*book*” de tus piezas de escultura”. Un mes más tarde llama por teléfono solicitando una consulta para comunicarnos que ha encontrado trabajo y que está realizando el *book*. En esta etapa final del tratamiento orientamos a la paciente a finalizar su ciclo de estudiante e iniciar su carrera profesional. A pesar de la mejoría que presentaba, la paciente se sentía estancada en la elaboración de su proyecto final de carrera que consistía en realizar una recopilación fotográfica (“*book*”) de sus obras. Evidentemente este proyecto es su tarjeta de presentación al mundo laboral.

## 6. Énfasis en lo positivo

Erickson en su trabajo tendía a destacar lo que hay de positivo en el comportamiento humano (Haley, 1973). Era un maestro en la connotación positiva y del reencuadre, redefiniendo en positivo lo que la gente hace. El arte del reencuadre consiste en asociar un nuevo significado al síntoma: el reencuadre es a la terapia breve lo que la interpretación es al psicoanálisis. Damos una nueva visión sobre el problema, no es una interpretación tal como lo entiende la psicología profunda (Watzlawick, 1980). Creía tan firmemente en la posibilidad de cambio de sus pacientes que éstos terminaban contagiándose, haciendo posible dicho cambio. Suponía que cada persona posee un deseo natural de crecimiento, asumiendo que el paciente colaborará más si se subrayan sus partes positivas. Durante el proceso terapéutico, Erickson se concentra en un aspecto positivo y lo va ampliando hasta

desplazar y minimizar lo negativo, lo sintomático.

## **7. Orientación en el ciclo vital de la familia**

Respecto a la orientación familiar de Erickson Haley comenta: “Los síntomas aparecen cuando el ciclo vital en curso de una familia o de otro grupo natural se disloca o interrumpe. El síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital. Aunque la estrategia terapéutica de Erickson se centra en los síntomas, su objetivo más amplio es la resolución de los problemas de la familia, para que el ciclo vital se ponga nuevamente en movimiento. La admiración por su virtuosidad técnica quizá nos haga perder de vista los supuestos básicos sobre la vida familiar que guían su estrategia”(Haley, 1973).

En un enfoque ericksoniano debemos tener en cuenta el ciclo vital en el que se encuentra la persona y su familia. Nuestros objetivos deben estar dirigidos a que la persona acceda al siguiente estado evolutivo que le corresponde. Con la paciente depresiva, anteriormente citada, realizamos dos entrevistas familiares, en las cuales se trabajó su independencia respecto al núcleo familiar opresivo, en el que ella seguía siendo la niña de su madre. Los objetivos de la terapia eran conseguir una mayor independencia para entrar en el estadio de joven que empieza a preparar su futuro profesional que le permitirá su emancipación.

### **CASO 1**

El motivo de consulta de Jaime de 40 años de edad, son las crisis de angustia que lleva sufriendo hace dos años. Ya ha realizado diferentes tratamientos, y decide iniciar nuestro tratamiento porque considera que la hipnosis puede ser un método más directo. Utilizando sus propias palabras Jaime nos explica: “Una relación antigua pensaba que la tenía resuelta, pero recientemente he apreciado y veo que realmente no la tengo resuelta y me impide tener otras relaciones. Creo que la hipnosis puede ser una vía que me ayude de forma más directa”. Jaime llega a la terapia siendo consciente de las causas que originaron su problema y su dificultad para conectar con los sentimientos que lo mantienen, pero sin poderlos resolver. Así describe su síntoma: “es como una sensación de bloqueo, no sé lo que siento en aquel momento, es como un remolino, como una niebla, no veo nada. Cuando desaparece la niebla marcha todo lo que siento. Antes cuando me pasaba esto no recordaba lo que había pasado. Ahora porque lo he trabajado con anteriores terapias soy consciente en qué momentos me pasa y después me acuerdo y sé lo que ha pasado”.

Actualmente Jaime tiene una pareja más joven que él y con la que no se siente demasiado bien, mostrándose dubitativo a dar el paso hacia el compromiso con su pareja. Describe así su relación de pareja: “Somos muy diferentes a nivel intelectual; ella tiene una forma de ser que lo llena todo, incluso físicamente, me ahoga y me envuelve. Cuando estamos sentados ella está más alta y de frente; incluso últimamente sexualmente tenemos dificultades, porque una cosa lleva a la otra.

Ahora me encuentro en un momento en que me gustaría aclararme”.

Observamos que su discurso y demanda es confusa. En esta primera sesión, aprovechando la metáfora de la niebla, el terapeuta inicia una primera intervención hipnótica indirecta, con el objetivo de clarificar la demanda: “Ver niebla es una situación angustiante porque no sabes lo que hay detrás.... También podría describirse como una sensación de oscuridad... Tú sabes que cuando estás en una habitación a oscuras primero no se ve nada, pero después de un rato nuestras pupilas se adaptan y consiguen vislumbrar formas...”. Esta inducción incluye diferentes intervenciones, se inicia utilizando la metáfora de la niebla presentada por el propio paciente, reencuadrando la sensación de angustia: lo angustiante no es la niebla sino el no saber qué hay detrás de ella. Por otro lado, se da la sugestión indirecta con la metáfora de la oscuridad de que, al principio, uno no sabe lo que siente, pero poco a poco puede ir diferenciando las formas de lo que siente. Esta intervención se basa en la hipótesis de que Jaime tiene miedo de su futuro, su compromiso con su pareja y tiene dificultad para conectar con los sentimientos de tristeza por la pérdida de lo pasado.

Jaime comenta que hace poco se encontró casualmente con su antigua pareja. Pensaba que era una situación que tenía resuelta, pero se da cuenta de que no es así: “Hace 8 años conocí a mi antigua pareja, empezamos a salir y desde el principio ella mantenía una relación con otro hombre. Tanto él como yo lo sabíamos. Pasamos un tiempo así hasta que finalmente ella decidió ir a vivir con el otro. Para mí fue muy duro, pero continuamos viéndonos. Finalmente cortaron, entonces fue el momento en que yo tenía que decidirme a concretar nuestra relación, pero no lo hice, no estaba seguro. Pasó un tiempo y ella decidió ir a vivir con otra nueva pareja. Desde entonces no nos volvimos a ver y para mí fue terrible.

Hace dos años nos encontramos, en una fiesta de verano, ella se acercó a mí y me dijo: “¿Qué tal te va?...”. Me quedé blanco, no podía respirar, me quedé bloqueado, no dije ni una palabra y me fui. Después le escribí una carta explicándole (ella le había escrito cartas al final de su relación), y ahora hace quince días iba por la calle con unos amigos y la vi llevando un cochecito de niño. Ella ya hacía tiempo que quería tener un hijo y yo lo sabía; la saludé discretamente con la mano y continué caminando; mis amigos me hablaban y no les escuchaba. Verla me creó un shock.

En el lenguaje utilizado por Jaime detectamos cómo su relato está anclado en el pasado, mientras que la situación que nos describe de la antigua pareja ejemplifica la situación que está viviendo en la actualidad con su pareja: se siente “*down*” y siente miedo e inseguridad a comprometerse para consolidar una pareja estable. Si colocamos dentro del ciclo vital familiar la situación existencial de Jaime, vemos que está atrapado en el paso de la etapa de galanteo juvenil a la de compromiso de pareja. Todas estas interpretaciones, que envuelven la angustia de Jaime, no son verbalizadas en la consulta. A partir de las explicaciones de Jaime elaboramos un



plan terapéutico de enfoque ericksoniano, que da lugar a las siguientes sesiones:

### **1.1. “No se puede avanzar mirando hacia atrás”**

“Cuando yo era pequeño lloraba mucho en la escuela y en casa, pero dejé de llorar cuando tenía ocho años hasta el día de la ruptura con mi antigua pareja que estallé a llorar. Esta manera de ser en relaciones anteriores también me producía dificultades. Y ahora veo que no he cambiado, que todo este tiempo no ha servido para nada, vuelvo a ser como antes”. El paciente se siente estancado y con dificultades para expresar sus emociones de tristeza y pérdida.

El terapeuta propone expresar la sensación de estancamiento descrita. Inicia una inducción formal en la que se le pide que se visualice a sí mismo en una línea del tiempo imaginaria, donde hay un pasado, un presente y el futuro: “Imagínate que estás en esta línea del tiempo.... Visualízate... ¿dónde te encuentras?... ¿en qué posición te ves?... ¿cómo te sientes en esta posición?”. Al finalizar la inducción comenta lo que ha experimentado: “Me he visto en un *impasse*, en el que me siento parado”. Se representa psicodramáticamente dicho *impasse* para que podamos ayudar a Jaime a encontrar una posición que le permita salir del estancamiento que siente. Jaime se sitúa de pie con el cuerpo mirando hacia adelante donde se sitúa su futuro, pero con la cabeza vuelta hacia atrás, mirando hacia el pasado. Le sugerimos que intente caminar hacia delante manteniendo esta postura. Jaime descubre lo incómodo y difícil que es avanzar en esta postura; se muestra sorprendido al descubrir que esté paralizado por su insistencia en mirar hacia el pasado. Sugerimos que encuentre la postura más cómoda para caminar hacia delante. Jaime gira la cabeza sintiendo la seguridad de avanzar mirando al frente.

Al sentarse, después de la escenificación, observamos que está en un estado de *trance* espontáneo, aprovechando estos momentos de elaboración inconsciente evocamos la siguiente metáfora: “Es importante tener un espejo retrovisor para poder conducir tranquilamente..., pero es imposible avanzar mirando todo el tiempo hacia atrás... Si uno vuelve la mirada hacia atrás corre el peligro de convertirse en una estatua de sal... Vivir es separarse... y tenemos que dejar algunas cosas atrás para poder seguir avanzando...”.

Jaime es una persona que está anclada en el pasado. A medida que avanza la terapia el motivo de consulta se va aclarando y definiéndose como una dificultad de desprenderse del fantasma” de su antigua pareja.

### **1.2. Completando un sueño**

“Recuerdas que te comenté que no recuerdo los sueños, pues hoy al despertarme me he acordado: Estaba en un Mercado llevaba pantalones cortos de color amarillo y una camiseta, pero no era verano. Me encuentro con Marta (Marta es la antigua pareja de Jaime). Ella se me acerca y me dice: “¡Sí, sí es verdad!”. La esquivo y ella empieza a seguirme. Salgo del mercado y me encuentro en un campo abierto,

empiezo a correr y pienso que voy vestido para correr. De repente, dejo de sentir que me sigue y aparecen unos animales en el campo: una cabra medio enferma y un perro; los dos están comiendo.

**Terapeuta:** *¿Cómo te has sentido en el sueño?*

**Jaime:** *Ponerme a correr ha sido huir, y la verdad me he sentido estúpido.*

**T:** *¿De qué manera no te hubieras sentido estúpido?*

**J:** *No salir corriendo.*

El terapeuta propone trabajar con el sueño en estado de *trance*. Empieza la inducción recordando el sueño. Se sugiere que puede el paciente modificar cualquier escena del sueño vivido por otra escena. El relato del sueño es el mismo, hasta el momento del encuentro con Marta, en que Jaime habla con ella y le pregunta : “¿Es cierto que has tenido un hijo?”. Ella responde: “Sí, sí es verdad”. El terapeuta interviene en la conversación ensoñada, fomentando que Jaime exprese todo aquello que necesita expresar y que hasta ahora había quedado en el aire formando una niebla. Jaime logra “ventilar la niebla” expresando la pena y rabia vivida por el desenlace de la relación, cerrando así los asuntos pendientes que había entre ellos. En la descripción del sueño evidentemente aparecen muchos elementos simbólicos que podían haber sido interpretado desde otros enfoques terapéuticos. Nosotros, desde un enfoque ericksoniano, dejamos a un lado las interpretaciones y utilizamos el sueño para ayudar a Jaime a terminar con el fantasma de Marta, solucionando “sus asignaturas pendientes”.

Durante las siguientes sesiones, una vez eliminado el “fantasma” de Marta, trabajamos con las dificultades de Jaime con su pareja actual, aprendiendo a confrontar, expresando las emociones necesarias para evitar las “asignaturas pendientes”. Elabora sus miedos al compromiso, exploramos sus relaciones actuales con su familia de origen y trabajamos sus dificultades para asumir decisiones con respecto a sus relaciones. Jaime inicia una etapa de cambios y creatividad musical. En la actualidad vive con su pareja.

## CASO 2

Alberto de 34 años se define como un hipocondríaco de toda la vida. Hace cuatro años se divorció por las continuas discusiones que tenían, y se siente culpable porque la dejó por otra mujer, su actual esposa. Hasta hace dos años era un ejecutivo que dirigía su propia empresa que fundó a los 22 años, en la que trabajaba su padre, su hermano y su anterior mujer. Pero las discusiones entre ellos eran continuas. Cierra voluntariamente la empresa e inicia estudios universitarios. Explica: “El ritmo de vida que llevaba como empresario era imposible..”. El motivo de consulta se centra sobre las fuertes crisis de ansiedad que lleva sufriendo desde hace tres años coincidiendo con una etapa en la que han desaparecido sus preocupaciones hipocondríacas y realiza fuertes cambios en su vida, cerrando la empresa y separándose de su mujer. Describe así su situación: “Yo había sido siempre una

persona muy activa, espontánea y explosiva, con muchas ganas de hacer cosas; me gustaba hacer deporte, pero ahora tengo miedo de sufrir un ataque de corazón..., de morirme. Ahora con estas crisis me voy limitando, no puedo hacer viajes largos en coche, y aún tenemos pendiente el viaje de novios con mi actual mujer porque yo no me veo con fuerzas para coger el coche. Llevo dos años sin trabajar desde que cerré la empresa, sólo estudio. Estar sin trabajo junto a la incertidumbre del futuro... son muchos cambios. Fue la gota que colmó el vaso y empezaron las crisis”.

Actualmente está tomando medicación ansiolítica (Trankimacin, 0,75), tres tomas diarias, por prescripción del psiquiatra que nos lo ha derivado, al cual Alberto le preguntó si su problema se podría solucionar con hipnosis. Las crisis de ansiedad que sufre se han ido estructurando en miedos a realizar diferentes actividades: miedo a lugares cerrados (ascensores, almacenes, supermercados), miedo a conducir, a quedarse solo en casa y a realizar deportes. Alberto siente cómo su vida se va limitando: “En las crisis me sudan las manos, se me acelera el corazón, tengo la sensación de que me voy a morir y después me queda una gran sensación de debilidad. Intento buscar el porqué de cada cosa, quiero saber porqué me pasa esto a mí, le busco una lógica y no la encuentro”.

Seguidamente describimos la técnicas hipnóticas utilizadas en este caso.

## **2.1. Inducción metafórica sobre los cambios**

Evidentemente Alberto tiene dificultades para digerir los cambios que se están produciendo en su vida. Realizamos una primera inducción hipnótica utilizando la metáfora del curso de un río. Elegimos esta metáfora porque en la entrevista previa Alberto explica que ya no puede viajar hasta su pueblo natal donde le gustaba relajarse al lado de un río. Se incluyen sugerencias indirectas de tranquilidad, seguridad y capacidad de elaborar los cambios de “curso” que da la vida. Ilustramos una secuencia de la inducción:

“Un río tiene sus diferentes cursos..., caudales..., cauces a lo largo de su viaje... Hay momentos en que la pendiente del suelo hace que las aguas se aceleren..., produciendo rápidos... En esos momentos el agua se acelera..., mostrándose turbia..., produciendo espuma. En estos momentos una hoja que baja por el río va dando tumbos... sin control... Ese cauce acelerado puede ir apaciguándose... cuando el suelo deja su pendiente...; entonces el agua encuentra otro equilibrio... un movimiento más apaciguado... Poco a poco el agua se va aclarando... la arena del subsuelo removido se van sedimentando... y esa hoja mareada por los rápidos es conducida tranquilamente a través de la superficie cristalina del agua... En esos momentos el agua puede reflejar el azul del cielo... las nubes blancas que parecen ir en dirección contraria del curso del río... puede que el río encuentre un salto en su camino y... produzca una gran y hermosa cascada... produciendo un sonido... que es el sonido de la naturaleza... de su fuerza... El agua deja de ser turbia y cristalina... ahora es blanca y enérgica... finalmente formando un estanque tranquilo..., donde

el agua vuelve a ser cristalina... y así es como cada río tiene sus propios ritmos... sus propios cambios...”.

## **2.2. Regresión de edad y reparentamiento**

Al inicio de la segunda sesión, descubrimos, al realizar el genograma familiar, la dramática historia de su vida. Cuando tenía dos años su madre murió de un ataque al corazón. Recuerda la imagen de verla estirada en la cama. Su padre emigra a otra provincia en busca de trabajo y deja a sus dos hijos: Alberto, de dos años, y a José, de un año, en un colegio internos, dirigido por monjas. Durante el tiempo que pasan en el internado Alberto cuida y protege a su hermano menor. Recuerda que cuando muere una monja, obligan a los niños a besar la mano de la difunta. El colegio está situado dentro de un hospital de niños. Hasta los doce años vive rodeado de niños enfermos y moribundos. A partir del nuevo matrimonio del padre, los hijos vuelven con él. Alberto tiene muy buena relación con la esposa de su padre, pero cuando él tiene 23 años su madrastra muere de un cáncer de pulmón. Sorprende la actitud distante y racional que muestra en el relato de su historia de niñez, sin asociar ninguno de sus eventos de vida a sus problemas hipocondríacos y actuales crisis de ansiedad.

Se realiza una inducción de regresión de edad, imaginando todos los aprendizajes esenciales (empezar a caminar, hablar, etc.) que un niño adquiere junto a su madre, a largo del curso de la vida se van sumando otros aprendizajes, que su madre no le pudo transmitir. Mediante la técnica de reparentamiento bajo hipnosis, descrita por Erickson (Rossi, 1987), se van incorporando el sentimiento básico de protección que da toda madre a su hijo mientras va creciendo. Ilustramos brevemente como se realizó: “Mientras tu madre te enseñaba a hacer el nudo de los zapatos..., también hubiera seguido enseñándote todas esas cosas que un niño a tu edad necesita saber... para sentirse protegido y confiado..., enseñándote a perder el miedo a la oscuridad..., a la noche..., a ese perro que pasea por el parque...”.

## **2.3. Perder miedo al miedo: técnica paradójica**

En esta etapa del tratamiento Alberto se siente mejor, las crisis de angustia han remitido, sólo le queda la incertidumbre y el miedo de tener otra crisis. La medicación ha sido reducida, y el terapeuta comenta que tan sólo es necesario eliminar el “miedo al miedo”. Para ello se utiliza la técnica de evocar y neutralizar la angustia bajo hipnosis (Kleinhaus, 1993). Es una técnica paradójica a través de la cual se hace experimentar al paciente que si puede evocar la angustia también la puede neutralizar. El objetivo de esta técnica es enseñar al paciente a tener más control sobre sus malestar, entrenando a la persona a evocar la angustia para después neutralizarla con sensaciones de calma y bienestar. Dicha técnica comparte aspectos comunes con la llamada técnica de “desensibilización sistemática”.

## 2.4. Romper la profecía: Reencuadre del pasado

A medida que va superando sus miedos a realizar diferentes actividades (viajar, hacer deporte, ir en ascensor, etc.) aparecen nuevos miedos que tienen que ver con el ciclo familiar en el que se encuentra: “De pequeño pensaba que no me casaría nunca y no tendría hijos; creía que cuando uno tiene hijos tiene que morir, casarse no es bueno. Ahora siento temor de tener hijos, sólo la idea ya me crea ansiedad”. Es importante destacar que ahora él tiene la misma edad en que murió su madre. Durante esta sesión se trabaja esta creencia que se originó en sus tempranas experiencias con la muerte. Para romper con esta profecía mágica se utiliza la técnica de reeducar el pasado. En estado de trance se dan la siguientes sugerencias: “Tú, Alberto, de niño necesitabas una explicación de lo que le pasó... y todos sabemos que el modo de pensar de un niño es diferente al de un adulto... Y tú, como adulto, puedes comprender... ahora los legítimos miedos de ese niño... y con la perspectiva del tiempo puedes encontrar una explicación más ajustada a la realidad... El pasado es el pasado... y lo que pensaste en el pasado y sentiste en el pasado es diferente a lo que piensas y sientes ahora, como adulto”.

A lo largo de las 14 sesiones que duró el tratamiento, también se trabajaron las dificultades que tenía Alberto en distinguir las sensaciones de las emociones, permitiéndose sentir tristeza por las pérdidas que había sufrido precozmente. La angustia se presentaba como un conglomerado de emociones indiferenciadas, de tal modo que un sentimiento de tristeza o rabia podía desencadenar una crisis. También se trabajaron sus preocupaciones hipocondríacas, conectándolas con su miedo a la muerte y sus experiencias de vida. Un año después de finalizar el tratamiento se realiza un seguimiento telefónico. Alberto nos comunica que su mujer está embarazada de cinco meses, esperan un niño que se llamará igual que el padre, y quedamos en que nos llamarán para comunicarnos el peso del bebé.

---

*En el presente artículo se realiza una breve revisión sobre los conceptos de inconsciente. Se describen los postulados básicos de la psicoterapia de Milton H. Erickson, ilustrándolos a través del estudio de dos casos que presentaban trastornos de angustia.*

*Palabras clave: hipnosis, inconsciente, Erickson, psicoterapia.*

## Referencias bibliográficas:

- ASSOUN, P.L. (1982). *Freud. La filosofía y los filósofos*. Barcelona: Paidós.
- BEARHS, J. (1971). The hypnotic psychotherapy of Milton H. Erickson. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 14, 73-90.
- ERNEST, E.L. (Comp.) (1980). *Collected Papers of Milton H. Erickson Vol I-IV*. New York: Irvington.
- FREUD, S. (1969). *Autobiografía*. Madrid: Alianza Editorial.
- FREUD, S. (1981). *Obras Completas* (Tomos I, II, III). Madrid: Biblioteca Nueva.
- HALEY, J. (1980). *Terapia no convencional: Técnicas psiquiátricas de M.H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- HALEY, J. (1996). *Learning & Teaching Therapy*. New York: The Guilford Press.
- KERSAW, C.J. (1994). *La danza hipnótica de la pareja. Creación de estrategias ericksonianas en terapia conyugal*. Buenos Aires: Amorrortu.
- KLEINHAUZ, M. (1993). Comunicación personal.
- O'HANLON, W.H. (1989). *Raíces profundas: Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona: Paidós.
- NUÑEZ, R. (1996). Comunicación personal.
- REVENSTORF, D. (1994). Conception of the Unconscious from Freud to Erickson. *Journal of European Society of Hypnosis Vol. XXI* (2), 91-105
- ROBLES, T. (1990). *Concierto para cuatro cerebros*. México: Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México.
- WATZLAWICK, P. (1989). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
- ZEIG, J. K. (1985). *Un seminario didáctico con Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.

# VARIEDADES DEL DOBLE VÍNCULO

Milton H. Erickson, y Ernest L. Rossi  
23708 Harbor Vista Drive. Malibu, CA 90265, USA

*Personal and autobiographical memories are used in this article by Milton H. Erickson as the rationale to explain the use of hypnosis and paradox in psychotherapy. In the second part of this article Rossi tries to explain in a more systematic way the basis and implications of ericksonian approach to psychotherapy.*

*Key words: Erickson, paradox, double bind, hypnosis, hypnotherapy*

---

Cuando era un niño, en la granja, mi padre solía decirme: “¿Quieres dar de comer primero a los pollos o a los cerdos?; y después, “¿Quieres recoger primero la leña o bombear agua para las vacas?. Lo que yo percibía como real en ese momento era que mi padre me ponía ante de una elección que yo podía decidir a mi gusto; tenía el privilegio de decidir qué tarea tenía que hacer primero.

No me daba cuenta, en ese momento, de que este privilegio personal se basaba totalmente sobre la aceptación secundaria de las tareas. Sin darme cuenta, me estaba comprometiendo a llevarlas a cabo, reservándome el “privilegio” de decidir en qué orden.

No era consciente de que estaba aceptando la posición de un doble vínculo. Las tareas tenían que hacerse sin escapatoria alguna. La cocina económica quemaba leña para cocinar y las vacas necesitaban beber. Estos eran hechos dados por descontado contra los cuales no podía rebelarme. Pero tenía el privilegio enormemente importante, un privilegio como individuo, de decidir en qué orden tendría que hacerlas y querría hacerlas.

La concepción de lo que era un doble vínculo se me escapaba, aunque muchas veces me preguntaba asombrado por qué yo aparentemente prefería, en forma “voluntaria”, limpiar las picaduras de las patatas antes que jugar.

Mi primer uso intencional, que recuerde bien, del doble vínculo ocurrió en mi temprana infancia. Un día de invierno, con temperatura bajo cero, mi padre sacó un ternero del corral para que bebiera.

Después que el ternero satisfizo su sed volvieron al corral, pero en la puerta el ternero se encalló. Se plantó sobre sus patas y a pesar de los desesperados esfuerzos

de mi padre, tirando del cabestro, no lograba mover al animal. Yo estaba afuera jugando en la nieve y, observando esa situación sin salida, comencé a reír a carcajadas.

Mi padre me desafió a conseguir que el ternero entrara al corral.

Reconociendo la situación como una resistencia tenaz e irracional, decidí permitirle al ternero que tuviera plena libertad de resistir, ya que eso era aparentemente lo que quería hacer. De acuerdo con esto metí al ternero en un doble vínculo agarrándolo por la cola y tirándolo hacia afuera del corral, mientras mi padre seguía tirándolo hacia adentro. El ternero rápidamente eligió resistir a la más débil de ambas fuerzas y me arrastró hacia adentro.

Cuando crecí comencé a emplear este doble vínculo en mis desprevenidos hijos para asegurarme su ayuda en las tareas del campo. En la escuela secundaria usé la misma técnica para ordenar cuidadosamente la ejecución de mis tareas escolares para el hogar.

Me puse a mí mismo en un doble vínculo al hacer primero los deberes de contabilidad, que no me gustaban, y la geometría como premio, después. Yo me daba a mí mismo una recompensa pero el doble vínculo estaba planeado para cumplir con toda la tarea escolar.

En la escuela secundaria me interesé más y más en el “doble vínculo” como fuerza motivacional para mí y para los demás. Comencé a experimentar sugiriendo a mis compañeros la realización de dos tareas simultáneas que hubieran sido rechazadas si las hubiese presentado por separado. Sin embargo, ellos ejecutaban una u otra si yo condicionaba rehusar una a la aceptación de la otra.

Después comencé a leer autobiografías y descubrí que esta forma de manejar el comportamiento era muy antigua. Era un conocimiento psicológico que no pertenecía a nadie en particular.

Coincidiendo con el desarrollo de mi interés en la hipnosis comencé a darme cuenta de que el “doble vínculo” podía ser usado en diversas formas. En la hipnosis el doble vínculo puede ser directo, indirecto, obvio, oscuro o incluso irreconocible. Descubrí que el doble vínculo tenía una fuerza notable pero era una peligrosa arma de doble filo. En situaciones negativas, forzadas y competitivas, el doble vínculo arrojaba resultados desafortunados.

Cuando yo era chico, por ejemplo, sabía donde estaban los mejores lugares para recoger moras. Me ofrecía a mostrárselos a mis compañeros si podía quedarme con todo lo que recogía más la mitad de lo que recogían ellos. Aceptaban entusiasmados el trato pero después lo lamentaban profundamente cuando veían lo que yo me llevaba. En el colegio a mí me interesaba debatir pero cuando trataba de emplear el doble vínculo siempre perdía. Los jueces siempre me buscaban después del debate para decirme que aunque en realidad había ganado me había ganado también su antagonismo hasta tal punto que ellos no podían hacer otra cosa que votar en contra mío. El resultado fue que nunca pude entrar en el equipo de debate



del colegio, a pesar de haber sido frecuentemente propuesto. Yo notaba en estos concursos-debate que los argumentos de doble vínculo conducían a reacciones desfavorables cuando eran a mi favor y en contra de mis oponentes. Aprendí que la persona que debate competentemente era la que presentaba un doble vínculo en favor de su oponente y después demolía la ventaja que le había dado.

*Me llevó bastante tiempo darme cuenta que cuando el doble vínculo era usado para lograr ventajas personales conducía a malos resultados.* Cuando el doble vínculo era empleado en beneficio de la otra persona, en cambio, podía conseguir beneficios permanentes. Por consiguiente comencé a practicarlo frecuentemente en favor de mis compañeros de estudio y profesores y sabiendo que yo eventualmente lo usaría para ayudar a mis pacientes.

Cuando comencé con psiquiatría y con la experimentación hipnótica a nivel clínico (el nivel experimental había sido previamente explorado en forma extensa) el doble vínculo llegó a ser una técnica de amplio interés para obtener fenómenos hipnóticos y respuestas terapéuticas.

Esencialmente, el doble vínculo suministra una libertad ilusoria de elección entre dos posibilidades, ninguna de las cuales es realmente deseada por el paciente pero que son necesarias para su bienestar.

Quizás el ejemplo más simple lo constituye la resistencia de los chicos para irse a la cama. Si se les dice que deben irse a la cama a las 8 tienen la sensación de haber sido coaccionados pero si a estos mismos chicos se les pregunta “¿*Quieres ir a la cama a las 8 menos 1/4 o a las 8?*” la gran mayoría responderá escogiendo por su “propia voluntad” lo último (lo cual es en realidad la hora prevista por los padres). Independientemente de la hora específica escogida por el niño, se compromete a ir a la cama. Por supuesto el niño puede decir que no quiere ir en absoluto a la cama pero entonces se puede emplear otro doble vínculo. “¿*Quieres bañarte antes de ir a la cama o ponerte el pijama en el baño?*” Este último ejemplo ilustra el uso de una falacia en un doble vínculo.

Se acepta generalmente el menor de los dos males. Sin embargo tanto una como otra elección confirman que ir a la cama es inevitable, cosa que el niño ha aprendido a través de una larga experiencia. Tiene una sensación de libre elección acerca de ello, pero su comportamiento queda determinado. Los pacientes psiquiátricos a menudo presentan resistencia y escamotean información relevante indefinidamente.

Cuando yo observo esto les digo enfáticamente que ellos no deben revelar esta información esta semana, de hecho yo insisto en que ellos deben retenerla hasta la última parte de la semana próxima. Como ellos tienen la necesidad subjetiva de resistir dejan de evaluar adecuadamente lo que les dije antes; no lo reconocen como un *doble vínculo que les requiere al mismo tiempo resistir y cooperar*. Si la intensidad de su resistencia subjetiva es suficientemente grande, ellos pueden aprovechar el doble vínculo para revelar rápidamente el material resistente. De este

modo consiguen cumplir con su doble propósito de comunicación y resistencia. Los pacientes raramente reconocen el doble vínculo cuando se les presenta, pero a menudo comentan lo fácil que les resultó comunicarse o manejar sus sentimientos de resistencia. En los casos que siguen un lector crítico puede cuestionar la efectividad del doble vínculo porque se halla en realidad en un nivel secundario cuando lee *acerca* de él. El paciente, que llega a terapia con muchas necesidades emocionales está, en cambio, en un nivel primario cuando se lo expone al doble vínculo; generalmente no es capaz de analizarlo intelectualmente y, por lo tanto, su comportamiento queda estructurado por él. El uso del doble vínculo es facilitado en gran medida por la hipnosis y se agrega a la multitud de formas en la cual ésta puede ser utilizada.

### CASO 1

Un hombre de 26 años, graduado (M.A.) en psicología, acudió reactivo a hipnoterapia por imperativo de su padre. Su problema era que se comía las uñas, problema que comenzó a los 4 años como una medida de escapar a cuatro horas de práctica de piano. Se comía las uñas hasta tal punto que sus dedos sangraban, pero su madre se quedaba impasible frente a las manchas de sangre sobre las teclas. Continuó con el piano y con el hábito de comerse las uñas hasta que éste último se volvió incontrolable. Se resistió mucho a ser enviado a la hipnoterapia y así lo expresó espontáneamente.

Comencé por asegurarle que estaba justificado en su resentimiento, pero me llamaba la atención de que se hubiese permitido participar en esta frustración durante 22 años. Me miró perplejo, así que le di la siguiente explicación:

*“Para evitar tocar el piano usted se comía las uñas hasta que quedaran en carne viva y esto llegó a ser un hábito inquebrantable a pesar del hecho de que usted hubiera deseado tener uñas largas. En otras palabras, durante 22 años usted literalmente se privó del placer de morder sacando un buen pedazo de uña, uno que realmente se hubiera adaptado satisfactoriamente a sus dientes.”*

El joven rió y dijo: *“- Ya veo qué es lo que usted realmente me está haciendo. Usted me está poniendo en la posición de dejarme crecer las uñas lo suficientemente largas como para que me pueda dar el gustazo de morderlas, mientras que el insignificante mordisco que yo les estoy dando es aún más frustrante.”*

Después de una discusión semihumorística reconoció que no estaba realmente seguro de que quisiera experimentar una hipnosis formal. Yo lo acepté, rehusándome firmemente a efectuar esfuerzo formal alguno. Esto constituyó un doble vínculo inverso: él pedía algo que no estaba seguro de desear. Le fue rehusado. Por lo tanto, él estaba compelido a quererlo, ya que ahora lo podía hacer sin peligro.

En la conversación siguiente, sin embargo, *su interés se mantuvo elevado y su atención quedó rígidamente fija*, cuando se le dijo con la mayor seriedad y atentamente que podía dejarse crecer una uña larga. Podía sentirse infinitamente

orgullosa en dejarla lo suficientemente larga como para darle un buen mordisco. Al mismo tiempo podía frustrarse a placer mordisqueando fútilmente los pedacitos de uña de los otros nueve dedos.

A pesar de que no se indujo ningún trance formal, su gran atención indicaba que estaba en lo que podríamos llamar “el trance común cotidiano” que se produce cuando uno está en una actividad o conversación absorbente.

Esta sugestión de trance leve fue reforzada mediante la estimulación con comentarios casuales e irrelevantes y luego repitiendo las instrucciones. ¿Cuál es el propósito de esta medida? Cuando uno repite casualmente sugerencias en el estado de vigilia, inmediatamente después que el paciente las oyó en trance, el paciente se dice a sí mismo: “*Oh!, sí, yo esto ya lo sé, está bien*”. Diciéndose algo así a sí mismo el paciente está en realidad efectuando el primer paso importante hacia la internalización y refuerzo de la sugestión como un aspecto de su propio mundo interno. Es esta internalización de la sugestión la que la hace un agente efectivo en el cambio de conducta. Muchos meses después el paciente volvía a exhibir uñas normales en cada mano. Su explicación, aún cuando insegura y tentativa, es adecuadamente descriptiva del efecto del doble vínculo: “*Al principio todo esto me pareció muy gracioso, aun cuando usted fue muy serio en su actitud. Después yo me sentí como si me estiraran en dos sentidos. Yo quería diez uñas largas. Usted me dijo que yo podía tener solamente una y que tendría que terminar por mordérmela y sentir la boca llena de uña. Eso me desagradó pero me sentí obligado a hacerlo y a continuar royendo mis otras uñas. Esto me frustró dolorosamente. Cuando una uña comenzaba a crecer yo me sentía satisfecho y feliz pero estaba más resentido que nunca ante el pensamiento de cortarla con los dientes pero sabía que me había comprometido a hacerlo. Eventualmente le di como la vuelta a esto dejándome crecer una segunda uña lo cual dejaba ocho dedos para roer y yo no tendría que mordisquear esta segunda uña larga. No lo voy a aburrir con detalles. Las cosas se hicieron más confusas y frustrantes. Continué dejándome crecer más uñas y mordisqueando en menos dedos, hasta que me dije “¡al infierno con eso!”. Esta compulsión a dejarme crecer uñas, mordisquearlas y sentirme cada vez más frustrado se hizo insoportable. ¿Cuáles fueron exactamente las motivaciones que usted hizo trabajar en mí y cómo funcionaron?*”.

Ahora, más de ocho años después, ha avanzado bien en su profesión, está bien adaptado, es un amigo personal y tiene uñas normales. Está convencido de que el autor lo hipnotizó en alguna medida porque aún recuerda la “*sensación de no poder moverme cuando usted me estaba hablando*”.

## CASO 2

Un padre y una madre me trajeron a su hijo de 12 años y me dijeron: “*Este chico moja la cama todas las noches desde que era un bebé. Nosotros se lo refregamos por la cara; le hemos hecho lavar sus cosas; le hemos pegado; lo hemos dejado sin*

*comer y sin beber; le hemos dado toda clase de castigos, pero sigue mojando la cama". Yo les dije: "Ahora él es mi paciente. No quiero que ustedes interfieran con cualquier terapia que yo haga con su hijo. Dejen a su hijo solo y permítanme hacer todos los acuerdos con él. Mantengan la boca cerrada y sean corteses con mi paciente."*

Bueno, los padres estaban absolutamente desesperados, de modo que accedieron. Le dije a Joe cómo instruir a sus padres y él se sintió contento acerca de eso. Entonces le dije: *"Sabes Joe, tu padre mide 1,85; es un hombre grande, fuerte y fornido, y tú eres solamente un chico de 12 años. ¿Cuánto pesa tu padre? 100 kilos y no está nada gordo. ¿Cuánto pesas tú? 77 kilos". Joe no podía ver bien hacia dónde yo lo estaba conduciendo.*

Dije: *"¿Supones que no implica un montón de fuerzas y energía construir ese chasis grande y hermoso en un chico de 12 años? Piensa en los músculos que has desarrollado. Piensa en la altura que has alcanzado, la fuerza que has adquirido. Has estado invirtiendo una enorme cantidad de energía en construir esto en 12 cortos años. ¿Qué crees que serás cuando seas de la edad de tu padre? ¿Alguien que simplemente mida 1,85 m y pese solamente 100 kilos o crees que serás más alto que tu padre y más pesado que él?"* Se podía ver la mente de Joe dando volteretas en todas las direcciones y dando una nueva imagen corporal de sí mismo como un hombre. Entonces, yo dije: *"Con referencia a tu mojar la cama has tenido este hábito desde hace tiempo y hoy es lunes ¿Crees que podrás dejar de mojar la cama, tener una cama permanentemente seca a partir de mañana a la noche? Yo no lo creo y tú no lo crees. Nadie que tenga cerebro creará algo así. ¿Crees que tendrás la cama seca del todo a partir del miércoles? Yo no lo creo. Tu no lo crees. Nadie lo cree. De hecho, yo no espero que tengas una cama seca en absoluto esta semana. ¿Por qué deberías tenerla? Tú has tenido un hábito que ha durado toda tu vida y yo simplemente no espero que consigas tener la cama seca esta semana. Yo espero que tengas la cama mojada cada noche de esta semana y tu también lo esperas. Nosotros estamos de acuerdo, pero yo espero que esté mojada el próximo lunes también, pero tú sabes que hay una cosa que me deja perplejo y realmente estoy totalmente perplejo: ¿Tendrás accidentalmente la cama seca el miércoles o será el jueves o tendrás que esperar hasta el viernes a la mañana para encontrarla?"*

Joe había estado escuchándome y no estaba mirando a las paredes, la alfombra, o el cielo raso o la luz de mi escritorio o cualquier otra cosa. Estaba en un trance común, cotidiano, escuchando todas estas nuevas ideas. Cosas que él nunca había pensado antes. Joe no sabía que yo estaba introduciendo un doble vínculo porque la pregunta no era, *"¿Tendré la cama seca?"* La pregunta realmente era, *"¿Qué noche?"*. Estaba en un esquema mental de referencia en el cual debía encontrar *qué noche* él tendría la cama seca. Continué, *"Vendrás el próximo viernes a la tarde y me dirás si fue el miércoles o el jueves, porque yo no lo sé, tú no lo sabes. Tu mente inconsciente no lo sabe. Tu mente consciente no lo sabe. La espalda de tu mente no*

lo sabe. La frente de tu mente no lo sabe. Nadie sabe. Nosotros deberemos esperar hasta el viernes por la tarde. Así “nosotros” esperamos hasta el viernes por la tarde, y Joe entró radiante y me dijo la cosa más deliciosa: “*Doctor, usted estaba equivocado, no fue ni el miércoles ni el jueves, fue tanto el miércoles como el jueves*”.

Yo dije, “*Solamente dos camas secas seguidas no significa que tú tengas una cama permanentemente seca. Para la próxima semana habrá pasado la primera quincena de enero y ciertamente en la segunda quincena de enero podrás aprender a tener una cama permanentemente seca y febrero es un mes muy corto*” (No importa la plausibilidad de este argumento, porque febrero es un mes corto) “*No sé si tu cama empezará a estar seca a partir del 17 de marzo, que es el Día de San Patricio, o a partir del 1º de abril, que es el Día de los Inocentes. No lo sé, y tú tampoco, pero hay una cosa que quiero que sepas y es que cuándo esto ocurra no es de mi incumbencia. Y nunca, nunca, nunca será de mi incumbencia.*”

Ahora bien ¿Por qué tendría que importarme saber el día a partir del cual su cama empezaría a estar seca? Esto fue en realidad una sugestión post-hipnótica que lo acompañaría por el resto de su vida. Ahora bien, esto era lo que uno llama un doble vínculo. El pequeño Joe no podría haber entendido que era un doble vínculo y triple vínculo siempre como parte de una estrategia psicoterapéutica. Uno presenta nuevas ideas y nuevas comprensiones y lo relaciona en alguna forma indiscutible con el futuro remoto. Es importante presentar ideas terapéuticas y sugestiones post-hipnóticas en una forma que las haga contingentes con algo que sucederá en el futuro. Joe se hará mayor en edad y más alto. Irá al colegio secundario y a la universidad. Yo nunca le mencioné el colegio secundario. Yo mencioné la universidad, el futuro remoto y la idea de ser un jugador de fútbol.

No quería que él estuviera pensando sobre la cama mojada. Quería que pensara acerca del futuro remoto y las cosas que podría hacer en vez de pensar: “*¿Qué es lo que voy a hacer esta noche?: mojar la cama*”.

### CASO 3

El pequeño Lal, de aproximadamente 8 años de edad, pensaba considerablemente en temas tales como el poder, la dominación, la fuerza, la realidad y la seguridad. Unos minutos antes de cenar, se acercó a su padre y le preguntó: “*¿Los maestros siempre les dicen a los chicos qué tienen que hacer?*” El padre respondió con un “*sí*” interrogativo. Lal continuó: “*¿Los papás y las mamás siempre, siempre, les dicen a los hijos lo que tienen que hacer?*” Y otra afirmación interrogativa. A continuación, Lal dijo: “*¿Y obligan a sus hijos a hacer lo que les dicen?*” El padre asintió interrogativamente otra vez. Plantándose firmemente sobre sus pies, Lal declaró a través de sus apretados dientes: “*Entonces, tú no puedes obligarme a hacer ni una sola cosa y para demostrártelo, no voy a cenar y no podrás obligarme a hacerlo*”. Se le respondió que su propuesta parecía ofrecer una

razonable oportunidad para determinar los hechos pero que esto podría ser probado en otra forma igualmente adecuada si él declaraba que no podía ser obligado a tomar un gran vaso de leche. Mediante este test -se le explicó- él podría disfrutar de su cena, no tendría que pasar hambre y podría definitivamente establecer si podía o no ser obligado a tomar su leche. Después de pensarlo un poco, Lal estuvo de acuerdo pero declaró nuevamente que estaba dispuesto a insistir en su primera resolución si había la más mínima duda en la mente de su padre acerca de la firmeza de su declaración. Se le aseguró enfáticamente que aquel gran vaso de leche sería un test muy adecuado.

Se puso un vaso grande de leche sobre la mesa donde podía ser bien visto y la cena transcurrió lentamente mientras el padre exponía el cotejo propuesto de deseos. Esta exposición se hizo cuidadosamente y se le preguntó al niño si aprobaba o no cada parte de lo dicho, de modo que no hubiera malos entendidos. El acuerdo final fue que el asunto sería decidido por el vaso de leche y que él, Lal, afirmaba que su padre no podía obligarlo a tomar la leche, *que él no tenía que hacer ni una sola cosa que su padre le dijera que debía hacer con la leche*. A su vez, el padre dijo que él podía obligar a Lal a hacer cualquier cosa que él quería que Lal hiciera con la leche *y que había algunas cosas que podía obligar a Lal a repetir varias veces*.

Cuando se logró un acuerdo completo y se decidió que podía comenzar el juego, el padre ordenó: *“Lal, toma tu leche”*. Con tranquila determinación Lal respondió: *“No tengo porqué hacerlo y no puedes obligarme”*. Este juego fue repetido muchas veces. Entonces, el padre simplemente le dijo: *Lal, derrama la leche*”. Lal se mostró perplejo cuando se le recordó que debía hacer cualquier cosa que se le dijera acerca de la leche. Meneó la cabeza y declaró: *No tengo porqué hacerlo*”. Este juego se repitió también varias veces con la consiguiente firme negativa. Entonces se le dijo a Lal que arrojara el vaso de leche al suelo para que se le rompiera y así se derramara la leche. El rehusó con gesto adusto. Nuevamente se le recordó que debía hacer con la leche lo que se le dijo y esto fue seguido de una severa admonición. *“No levantes tu vaso de leche”*. Después de pensarlo un momento, con gesto desafiante, levantó el vaso. Inmediatamente se le dio la orden: *“No bajes el vaso”*. Estas dos órdenes se repitieron varias veces y provocaron siempre la consiguiente acción desafiante. Acercándose al pizarrón que había en la pared el padre escribió: *“Levanta tu vaso”* en un extremo y en el otro escribió: *“Baja tu vaso”*. El padre dijo a continuación que iba a tomar nota de cada vez que Lal hiciera algo que se le hubiera ordenado. Se le recordó que ya se le había dicho que hiciera estas dos cosas repetidas veces, pero que ahora se llevaría un registro con marcas de tiza cada vez que hiciera una de las dos cosas que previamente se le habían ordenado. Lal escuchó atentamente. El padre continuó: *“Lal, no levantes tu vaso”* y marcó con tiza debajo de *“Levanta tu vaso”*, lo cual Lal desafiantemente ya había hecho. Después dijo: *“No bajes tu vaso”* y puso una marca debajo de *“Baja tu vaso”* cuando lo hizo. Después de algunas repeticiones, mientras Lal observaba el

creciente tamaño del puntaje para cada tarea, su padre escribió en el pizarrón: “*Bebe tu leche*” y “*No bebas tu leche*” y explicó que se llevaría un nuevo registro con estas nuevas instrucciones. Lal escuchó atentamente pero con una expresión desesperanzada. Se le dijo amablemente: “*No bebas tu leche ahora*”. Lentamente él llevó el vaso a sus labios pero antes que pudiera tomar el primer sorbo se le dijo: “*Bebe tu leche*”. Con alivio él bajó el vaso. Se hicieron dos marcas de tiza, una debajo de “*Baja tu vaso*” y la otra debajo de “*No bebas tu leche*”.

Después de algunos “rounds”, se le dijo que no sostuviera el vaso de leche sobre su cabeza y que lo derramara sobre el piso. Lenta y cuidadosamente lo levantó sobre su cabeza. Inmediatamente se le ordenó no mantenerlo ahí. Entonces el padre se fue a otro cuarto, volvió con un libro y otro vaso de leche y dijo: “*Yo creo que todo esto es absurdo. No bajes tu vaso*”. Con un suspiro de alivio Lal depositó el vaso sobre la mesa, observó los registros del pizarrón, suspiró nuevamente y dijo: “*Dejemos, papá*”. “*Ciertamente, Lal. Esto es un juego absurdo y no es realmente divertido y la próxima vez que tengamos una discusión, hagamos de ella algo importante sobre lo que podamos pensar y hablar con sensatez*”. Lal asintió con la cabeza. Tomando su libro el padre bebió el segundo vaso de leche antes de salir de la habitación. Lal observó esto y silenciosamente alzó su vaso y se lo bebió.

Realidad, seguridad, definición y puesta de límites. Todo esto merece una consideración importante en el desarrollo de comprensiones en la infancia. Hay una necesidad desesperada de definir el propio self y el de los otros. Lal, con un gran sentido de respeto a sí mismo como persona y más aún como persona inteligente, desafió a un oponente a quien consideraba muy importante y quien, para beneficio de Lal, no demostró inseguridad alguna cuando le desafió invitándolo a competir.

La competitividad era en defensa de un principio considerado muy valioso por uno de los contrincantes, opinión que fue rigurosamente respetada, pero considerada errónea por el otro oponente. No era una lucha intrascendente por el poder entre dos personas intrascendentes. Estaba en juego el valor de un principio. Se trazaron líneas, se determinaron reglas de juego y el enfrentamiento se basó en la clarificación de una controversia que finalmente se demostró errónea y sin importancia ulterior para ambos competidores.

Han transcurrido ya más de 20 años y Lal tiene hijos. Recuerda esta experiencia como placentera y divertida y una inmensa satisfacción personal. La define como “*Una vez en que sentí que realmente aprendía mucho. No me gustó lo que estaba aprendiendo pero me alegré mucho de aprenderlo. Realmente me hizo sentir bien interiormente como le gusta sentirse a un niño pequeñito. Incluso me gustaría relatarlo como un niño*”.

#### **CASO 4**

Un día, uno de mis hijos miró las espinacas que había sobre la mesa, a la hora de cenar, y dijo: “*¡Yo no voy a comer nada de eso!*”. Estuve totalmente de acuerdo

con él: “*Por supuesto que no, No tienes edad suficiente, no eres suficientemente grande, no eres suficientemente fuerte*”. Este es un doble vínculo que convierte su posición en menos sostenible y hace más deseables las espinacas. Su madre tomó partido sosteniendo que él era suficientemente grande y entonces el asunto se convirtió en una discusión entre su madre y yo. El niño, por supuesto, estaba de parte de ella. Finalmente yo ofrecí la opción de permitirle que se sirviera la mitad de una cuchara.

Ellos replicaron que era una oferta insatisfactoria, así es que permití que se sirviera medio plato. El comió tan rápido como pudo y enseguida pidió más. Yo me mostré reticente pero su madre estuvo de acuerdo con él. Murmurando admití: “*Eres mayor y más fuerte de lo que pensaba*”. Esto ahora le dio un nuevo status ante sus propios ojos. Yo no le pedí directamente que revisara su autoimagen, pero esto ocurrió *indirectamente* mediante:

a) dándole una oportunidad, un escenario (los dos partes de la discusión entre su madre y yo) en el cual él podía ver y cuidadosamente considerar una *revisión de su propio comportamiento*, y b) las implicaciones del cambio en este comportamiento que *construyó por sí mismo* a partir de mi reticente admisión de su crecimiento. La esencia de esta técnica indirecta es que permite al sujeto hacer sus propias elecciones adecuadas.

## **APROXIMACIÓN CLÍNICA ERICKSONIANA AL DOBLE VÍNCULO**

Una revisión de la fascinante presentación de Erickson de su aproximación al doble vínculo revela las siguientes características:

1- Los temas en los que está involucrado el paciente son normalmente de preocupación inmediata y profunda. Existe una “alta motivación” que Erickson estructura en la forma de un doble vínculo que puede ser usado para un cambio de conducta. Esto es evidente en todos los casos desde el incidente de su infancia de tirar de la cola del ternero hasta el tratamiento de problemas con pacientes resistentes.

2- Erickson siempre “acepta” la realidad inmediata del paciente y sus marcos de referencia. Forma una “fuerte alianza” con “muchos lados y niveles diferentes” dentro del paciente.

3- El paciente tiene un problema porque tiene diferentes tendencias a responder que están en conflicto de tal forma que el cambio de conducta queda paralizado. Erickson “facilita la expresión de todas las tendencias a responder de tal forma que el conflicto paralizante se “quiebra”. Esto fue particularmente evidente en el caso del pianista que se comía las uñas quien quería: a) frustrar a sus padres, y aún así b) destruir su hábito de comérselas, c) disfrutar de tener uñas largas, y aún así, d) disfrutar el mordisco de una larga. El quería e) resistir el mandato paterno para hacer hipnosis, y aún así f) someterse a ella para sus propios propósitos y a su propia manera.



4- Erickson siempre añade algo nuevo a la situación que se relaciona con las motivaciones centrales del paciente de tal forma que el paciente queda fascinado. El paciente se abre a la curiosidad acerca del nuevo punto de vista que Erickson le presenta: “desarrolla un momento creativo (Rossi, 1972), o un contexto de aceptación para todas las sugerencias que siguen”. El paciente escucha con tanta atención que a menudo es innecesaria una inducción formal a trance. El paciente escucha con esa clase de atención focalizada que Erickson reconoce como “el trance común cotidiano”.

5- El doble vínculo se construye mediante implicaciones que estructura las elecciones críticas dentro de la propia matriz asociativa del paciente. Esto fue particularmente evidente en la forma en que el padre estructuró el desafío de su hijo Lal en un tema apropiado donde un doble vínculo inverso podría operar dentro del hijo. El padre entonces “ejerció” el set inverso para asegurarse de que “tuviera lugar” antes de dar la sugestión crítica. La importancia de estructurar y utilizar las propias respuestas internas del paciente para facilitar sugestiones fue enfatizada en el pianista que se comía las uñas cuando Erickson “casualmente” repitió sugestiones importantes de modo tal que el paciente afirmaría con naturalidad que ya las había recibido.

6- Erickson generalmente ofrece una cantidad de dobles o triples vínculos. El doble vínculo no funciona mágicamente. Solamente funciona cuando satisface una necesidad apropiada o marco de referencia dentro del paciente. El simple caso en el que un doble vínculo se adecúe tan exquisitamente como para efectuar un cambio de conducta preciso y predecible como en el caso de Lal es probablemente raro. Erickson no siempre sabe de antemano qué doble vínculo o sugestión serán efectivos.

Generalmente usa un giro por aproximación dando muchas sugestiones pero de una manera inocua (vía implicaciones, casualidades, etc.) que el paciente no las reconoce. Observando a Erickson ‘ofrecer’ una serie de doble vínculos y sugestiones, Rossi frecuentemente tenía la impresión de estar en presencia de un cerrajero de la mente probando suavemente ahora una llave y luego otra. El observa al paciente en forma concentrada y ‘expectante’ siempre tratando de captar los sutiles cambios de la expresión facial y de los movimientos corporales que provean una indicación de que los mecanismos de la mente del paciente hicieron “clic” hasta encontrar una llave que funciona para su deleite y el de su paciente.

7- Erickson trata de atar el doble vínculo y las sugerencias posthipnóticas de cambio conductal a razonables contingencias futuras. La sugestión se hace probable sobre algo inevitable.

Erickson entonces usa por un lado el tiempo y por otro el propio comportamiento inevitable del paciente como vehículos para las sugestiones. Nuevamente notamos que la efectividad de la técnica de Erickson es la forma en que vincula sus sugestiones a procesos que ocurren realmente dentro del paciente. La sugestión

efectiva es la que está hecha a medida para encajar en la propia matriz asociativa del paciente. Erickson siempre se ocupa de observar el mejor encaje.

## **VARIEDADES DEL DOBLE VÍNCULO Y LA TEORÍA DE LOS TIPOS LÓGICOS DE RUSSELL**

La primera exposición de Erickson a los dobles vínculos revela una característica fundamental de todos los dobles vínculos: hay una elección libre a un nivel “primario u objetivo” que es reconocido por el sujeto, pero el comportamiento es altamente estructurado en un nivel “secundario o metanivel” en una forma en que frecuentemente es irreconocible. Otros investigadores (Bateson, 1972; Haley, 1963; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967; Watzlawick, Weakland y Fish, 1974) han relacionado esta característica fundamental del doble vínculo a la Teoría de los Tipos Lógicos de Russell en “Lógica Matemática” (Whitehead y Russell, 1910), que fue desarrollada para resolver muchos problemas clásicos y modernos de tipo paradójico en lógica y matemática.

El doble vínculo, desde este punto de vista, puede ser entendido como una clase de paradoja que el sujeto no puede resolver fácilmente de modo que la “sobrelleva” y permite que su comportamiento quede determinado. En este sentido el doble vínculo puede ser reconocido como un determinante fundamental del comportamiento de otra persona con otros factores básicos como reflejo, condicionamiento y aprendizaje.

La elección libre en el primer nivel de decisión entre dar de comer a las gallinas o a los cerdos primero estaba en realidad contenida dentro de un marco de referencia más amplio, el nivel secundario o metanivel, de “tareas que han de ser hechas”.

El pequeño Erickson podía cuestionar qué es lo que quería hacer en el primer nivel y podía sentirse orgulloso de que se le permitiera elegir en este nivel. Lo que Erickson no podía cuestionar era el metanivel de “tareas que tiene que hacerse”. Nadie podía cuestionar el metanivel, probablemente ni siquiera su padre, porque era un marco de referencia mental que estaba construido sobre el metanivel o nivel inconsciente como una suposición básica de su forma de vida. Estos primeros ejemplos de doble vínculo pueden por lo tanto ser descritos como ‘una elección libre de alternativas comparables’ en un nivel primario con la aceptación de una de las alternativas determinadas en un metanivel.

## **ELECCIÓN LIBRE DE ALTERNATIVAS COMPARABLES**

Podríamos hacer una lista y mostrar con propósitos didácticos cómo gran cantidad de dobles vínculos de este tipo puede usarse para facilitar hipnosis y terapia. El metanivel positivo determina que una de las libres elecciones entre alternativas comparables ‘será aceptada’ en la situación terapéutica misma.

Porque vamos a la terapia por nuestra propia libre voluntad, por nuestro propio bien, ‘aceptaremos’ al menos alguna de las elecciones terapéuticas que se nos

ofrecen. La “transferencia” y el “rapport” son también fuerzas vinculantes que generalmente operan en un metanivel o nivel inconsciente. En la hipnosis podemos considerar que es la situación misma de trance el metanivel que determina que deberá aceptarse alguna elección de entre las alternativas comparables presentadas por el hipnoterapeuta en el nivel primario. En los ejemplos siguientes se ofrece una libre elección en el nivel primario acerca del “cuándo” y del “cómo” del trance, pero queda determinado el metanivel respecto a la experiencia del trance.

*“¿Quiere usted entrar en trance ahora o más tarde?”*

*“¿Quiere usted entrar en trance de pie o sentado?”*

*“¿Quiere usted experimentar un trance liviano, medio o profundo?”*

*“¿Quién de ustedes en este grupo quiere ser el primero en experimentar un trance?”*

*“¿Quiere usted mantener sus ojos abiertos o cerrados mientras experimenta un trance?”*

Se puede ver fácilmente de los ejemplos citados más arriba que existe un número infinito de estos dobles vínculos que pueden ser contruidos en forma de una simple pregunta que ofrece una elección libre entre alternativas comparables, una de las cuales será elegida. La habilidad del terapeuta está en reconocer qué posible conjunto de alternativas serán las más efectivas para que el paciente elija. Para la aproximación experimental de Erickson al fenómeno de trance se prepara la pregunta de doble vínculo unívocamente. Así:

*“Dígame si Vd. comienza a experimentar la insensibilidad más en la pierna derecha o en la izquierda”*

*“¿Su mano derecha se levantará o presionará hacia abajo o se moverá lateralmente primero? ¿o será su mano izquierda?. Simplemente esperemos y veamos cual será”.*

*“¿Sus párpados se pondrán pesados y se cerrarán o permanecerán confortables y abiertos en esa posición?”.*

*“¿Quiere Ud. que la hipnosis elimine todo el dolor o quiere dejar un poco de dolor como una señal importante acerca de la condición de su cuerpo?”*

*“El tiempo puede tener intensidad variable. ¿Será condensado? ¿Expandido?”*

*“¿Qué parte de su cuerpo se hará más pesada? ¿Más cálida? ¿Más liviana?, etc.”*

## **EL DOBLE VÍNCULO EN RELACIÓN CON LO CONSCIENTE Y LO INCONSCIENTE**

Probablemente los doble vínculos más fascinantes para el psicoterapeuta son aquellos que de alguna manera tratan con la frontera entre lo consciente y lo inconsciente (Erickson, 1964). Muchos de ellos son inducciones a trance, tales como:

*“Si su inconsciente quiere que Vd. entre en trance se levantará su mano derecha. Si no se levantará su mano izquierda.”*

Ya sea que uno obtenga un **sí** (mano derecha) o un **no** (mano izquierda) como respuesta a esta petición, uno ha comenzado de hecho a inducir un trance ya que cualquier respuesta verdaderamente autónoma (levantar cualquiera de las dos manos) requiere la existencia de un estado de trance. Esta es una curiosa situación porque en este caso el doble vínculo al nivel consciente primario efectúa un cambio al nivel inconsciente o metanivel. Es precisamente debido a esta posibilidad que los seres humanos quedan atrapados en paradojas. Las paradojas, por supuesto, presentan problemas, pero también pueden ser utilizadas para facilitar los primeros escalones del proceso terapéutico donde a veces es necesario destruir marcos de referencia antiguos e inadecuados del paciente (sus metaniveles) para facilitar la posibilidad de crear marcos nuevos y más adecuados (Erickson, 1954; Rossi, 1972, 1973; Watzlawic, Weakland y Fisch, 1974).

Los doble vínculos pueden también utilizarse para facilitar una interacción creativa entre consciente e inconsciente. Cuando un paciente está bloqueado o limitado en el nivel consciente, el terapeuta puede simplemente señalar que la limitación está solamente en el nivel consciente y facilitar el inconsciente aproximadamente así:

*“Ahora realmente no importa qué es lo que su mente consciente haga porque es su inconsciente el que va a encontrar nuevas posibilidades de las cuales su mente consciente no está advertida o que pueden haber sido olvidadas”.*

*Ahora Vd. no sabe qué son estas nuevas posibilidades, ¿no es cierto? pero a pesar de eso su inconsciente puede trabajar en ellas por sí mismo. ¿Y cómo estarán comunicadas con su mente inconsciente? ¿Vendrán en un sueño o en un tranquilo momento de reflexión? ¿Los reconocerá Vd. fácilmente a un nivel consciente o quedará Vd. sorprendido? ¿Estará Vd. comiendo, haciendo compras o conduciendo un automóvil cuando ellas lleguen?. Usted no sabe pero estará contento de recibirlas cuando lleguen”.*

En esta serie de doble vínculos la conciencia está depotenciada mediante el “no saber” y el inconsciente facilitado por una cantidad de “verdades” acerca de la autonomía del inconsciente y las muchas formas posibles que existen para comunicarse con la conciencia. La persona está en un doble vínculo con un metanivel positivo de expectativa para hacer un trabajo constructivo. Pero ya que su conciencia no puede tratar directamente con el inconsciente, las limitaciones del nivel consciente se mantienen a prueba hasta que el inconsciente pueda proporcionar una solución a través de la resolución de un problema original.

Weitzenhoffer (1960) señaló convincentemente que el término “inconsciente” en contextos tales como los aquí utilizados, no es el mismo “inconsciente” de Freud. Nuestro uso del término inconsciente es similar a su uso de señalar con el dedo y el péndulo de Chevreul (Cheek y LeCron, 1968) donde la definición de

Prince (1929) “subconsciente” o “co-consciente” como cualquier proceso “del cual la personalidad no se da cuenta” pero “que es un factor en la determinación de fenómenos conscientes y corporales” es más apropiada. Para conceptualizar adecuadamente el doble vínculo y los fenómenos hipnóticos en general, sería bueno que en el futuro el término “metanivel” pudiera reemplazar ventajosamente rótulos tales como “inconsciente”, “subconsciente” o “co-consciente”, ya que los metaniveles pueden ser definidos más precisamente y por tanto permitimos aplicar las herramientas de la lógica simbólica, matemática y la teoría de los sistemas a problemas humanos.

## **EL DOBLE VÍNCULO**

Erickson utilizaba frecuentemente el tiempo como un doble vínculo para facilitar un proceso psicoterapéutico. Ejemplos típicos son los siguientes: “*¿Quiere superar este hábito esta semana o la próxima? Esto puede parecer demasiado pronto. Tal vez le gustaría un período más largo de tiempo, como 3 ó 4 semanas*”.

*“Antes de que la entrevista de hoy finalice su inconsciente encontrará una forma segura y constructiva de comunicar algo importante a su mente consciente. Y usted realmente no sabe cómo o cuándo usted lo expresará. Ahora o más tarde”.*

Al explicar el uso de tales doble vínculos terapéuticos, Erickson siente que son técnicas que permiten al paciente cooperar con el terapeuta. El paciente experimenta una gran incertidumbre, miedo y agonía interna al no saber cómo liberarse de un síntoma o revelar material traumático. El doble vínculo terapéutico da al inconsciente del paciente el poder de decisión y otorga a la mente consciente la oportunidad de cooperar.

## **EL SET DEL DOBLE VÍNCULO INVERSO**

Erickson dio una cantidad de ejemplos de la situación de doble vínculo inverso:

- (a) Invirtiendo la dirección del ternero tirando de su cola;
- (b) Permitiendo a los pacientes revelar material ordenándoles no hacerlo;
- (c) Utilizando el set inverso de Lal para hacer que tomara la leche.

Analizaremos el ejemplo de Lal para ilustrar cómo la Teoría de los Tipos Lógicos puede manejar el set del doble vínculo inverso.

1)- El padre reconoce inmediatamente el desafío de Lal a partir de su comportamiento y provocación verbal acerca de no cenar.

2)- Reconociendo que es una cuestión de principios, el padre desplazar el campo de batalla de una cena completa a un mero vaso de leche. Entonces, el padre define las reglas del juego en forma tal que el desafío se cristaliza verbalmente en un set inverso: Lal “*no tiene porqué hacer una sola cosa que su padre le haya dicho acerca de la leche*”

3)- El padre reconoce el set inverso pero el hijo no.

El hijo cree que el desafío es acerca de tomar la leche; él está en el nivel primario u objetual con esa creencia. El hijo no reconoce el set inverso que está operando dentro de él en un metanivel.

4)- Entonces el padre le da al hijo la posibilidad de ejercitar el set inverso de modo que la operación se establezca firmemente dentro de él. El padre está ahora dando órdenes al hijo en el nivel primario mientras lo fija firmemente en su set inverso en un metanivel.

5)- El padre estableció un registro para demostrarle claramente a su hijo “*que había ciertas cosas que le obligaría a hacer varias veces*”. Lal comienza a sentirse “desesperanzado” con esta repetida demostración, él sabe que en cierto modo está perdiendo pero no sabe porqué o cómo ya que el set inverso está operando sobre un metanivel, que es inconsciente.

6)- El padre finalmente da la orden crucial “*No bebas tu leche*” que completa el doble vínculo. Lal levanta el vaso para tomar pero el padre irrumpe para salvar la autoestima de Lal justo a tiempo diciéndole “*que beba*” para que no tenga que hacerlo.

7)- Finalmente Lal bebe la leche, pero solamente cuando cambia el nombre del juego a “*bebamos la leche juntos*”. El desafío original de Lal se transforma; el conflicto entre padre e hijo es finalmente resuelto como un comportamiento conjunto de tomar la leche juntos.

## **EL DOBLE VÍNCULO NON SEQUITUR**

La falta de lógica continúa presente en las inserciones casuales que hace Erickson de toda clase de “non sequiturs” y “reducciones al absurdo” en la forma de doble vínculos. Como se ha ilustrado en los ejemplos de Erickson “Yendo a la cama” con niños, él dará a menudo una serie de doble vínculos cuando uno solo no es suficiente. Frecuentemente, cuantos más da más absurdos se vuelven pero la conciencia no reconoce su carácter absurdo y es eventualmente estructurada por ellos. En el doble vínculo “non sequitur” hay una similitud en el “contenido” de las alternativas ofrecidas aun cuando no existe conexión “lógica”. Así Erickson dice: “¿Quieres tomar un *baño* antes de ir a la cama o prefieres ponerte el pijama en el cuarto de *baño*?” Uno podría sentir vértigo tratando de descubrir el sentido o la lógica de tal proposición. Pero uno no puede encontrar el sentido y por tanto no puede refutarlo, de modo que uno tiene que aceptarlo.

## **EL DOBLE VÍNCULO ESQUIZOGÉNICO**

La relación entre el uso que le da Erickson al doble vínculo y los estudios hechos por Bateson et al. (1956) en la génesis de la esquizofrenia ofrece un interesante estudio de similitudes y contrastes (ver Tabla 1).

<b>TABLA 1</b>	
<b>EL DOBLE VÍNCULO ESQUIZOGÉNICO DE BATESON</b>	<b>EL DOBLE VÍNCULO TERAPÉUTICO DE ERICKSON</b>
<p><b>1 Dos o más personas</b> El niño "víctima" es generalmente atrapado por la madre o una combinación de padres y hermanos.</p> <p><b>2 Experiencia repetida</b> El doble vínculo es un acontecimiento repetido más que un simple evento traumático.</p> <p><b>3 Una instrucción negativa primaria</b> "No hagas esto o aquello o te castigaré"</p> <p><b>4 Una instrucción secundaria</b> en conflicto con la primaria a un nivel más abstracto (metanivel) y la primera reforzada por castigos o señales que amenazan la supervivencia.</p> <p><b>5 Una instrucción negativa terciaria</b> que prohíbe a la víctima escapar del campo.</p> <p><b>6</b> Finalmente, el conjunto completo de ingredientes no es necesario cuando la víctima aprendió a percibir su universo en patrones de doble vínculo.</p>	<p><b>1 Dos o más personas</b> Generalmente el paciente y el terapeuta están protegidos por una relación positiva.</p> <p><b>2 Una experiencia única o una serie de experiencias</b> Si uno no es suficiente, se ofrece una serie de dobles vínculos hasta que uno funcione.</p> <p><b>3 Una instrucción positiva primaria</b> "Estoy de acuerdo en que continúes haciendo esto o aquello"</p> <p><b>4 Una sugerencia positiva secundaria</b> en metanivel que facilita una interacción creativa entre el nivel primario (consciente) y el metanivel (inconsciente). Respuestas permitidas en ambos niveles para resolver conflictos paralizantes.</p> <p><b>5 Un acuerdo positivo terciario</b> (rapport, transferencia), que vincula al paciente con su tarea terapéutica pero le deja la libertad de irse si así lo desea.</p> <p><b>6</b> El paciente deja la terapia cuando su cambio conductual lo libera de la transferencia y los dobles vínculos evocados.</p>

Puede notarse, en resumen, que el doble vínculo esquizogénico lleva "instrucciones negativas que son reforzadas" en un metanivel o nivel abstracto que está fuera del control de la víctima en un nivel primario. El doble vínculo terapéutico de Erickson, por el contrario siempre enfatiza "un acuerdo positivo en el metanivel y ofrece alternativas que pueden ser rechazadas en el nivel primario". Erickson dijo que *"cuando yo pongo a un paciente en una situación de doble vínculo él siente, inconscientemente, que yo nunca, pero nunca, voy a mantenerle en él. El sabe que no me voy a dar nunca por vencido. Yo le pondré luego en otro doble vínculo en alguna otra situación para ver si él puede darle un uso constructivo porque se adecúa más a sus necesidades"*. Para Erickson, entonces, el doble vínculo es una útil herramienta que ofrece al paciente las posibilidades para un cambio constructivo. Si un doble vínculo no encaja él probará con otro y otro hasta que encuentre uno que lo haga.

## ÉTICA Y LIMITACIONES EN EL USO DEL DOBLE VÍNCULO

Como Erickson indicaba en sus primeras exploraciones del doble vínculo, existen limitaciones significativas para su uso. Cuando el doble vínculo es usado en un medio terapéutico existe un sentimiento positivo asociado con el metanivel terapéutico que determina que se efectúe alguna elección. A causa de este contexto básicamente positivo o metanivel el paciente aceptará una alternativa aun cuando no tenga preferencia por ninguna. Aceptará la medicina amarga si es buena para él. Cuando se ofrece una elección libre entre varias alternativas sin un metanivel positivo que estructure la situación el sujeto queda libre para rechazar todas las elecciones. Si encaramos a un extraño y le preguntamos “¿Me daría Ud. una moneda de 10 centavos o un dólar?” obviamente seremos rechazados en la mayoría de los casos porque no hay aquí un metanivel que obligue al extraño a aceptar una de las alternativas ofrecidas. Si resulta, que esa persona es caritativa, sin embargo, la característica de su caridad puede funcionar como un metanivel positivo que determinará que al menos nos dé la moneda de 10 centavos.

Cuando la relación o metanivel es *competitivo o negativo*, sin embargo, podemos siempre esperar un rechazo de todas las alternativas doble vinculantes, ofrecidas en el nivel primario. Esta situación competitiva en un debate arroja resultados negativos, como comprobó Erickson, a menos que las alternativas favorezcan a la otra parte.

En la situación extremadamente negativa de guerra o daño, “¿Quieres un golpe en la nariz o un puntapié en los dientes?” podemos esperar un rechazo universal de las alternativas. La utilidad terapéutica del doble vínculo, entonces, se limita a situaciones que están estructuradas por un metanivel positivo. La presencia estructurante de un metanivel positivo junto con la libre elección en el nivel primario también define el uso ético del doble vínculo.

## INVESTIGACIÓN SOBRE EL DOBLE VÍNCULO

Ya que el uso exitoso del doble vínculo a nivel clínico depende en gran medida del rapport y el reconocimiento de la individualidad única del paciente, podemos anticipar dificultades si queremos asegurar resultados positivos en un trabajo experimental en que pudieran usarse técnicas estandarizadas con grandes grupos de sujetos con poco o ningún conocimiento de sus diferencias individuales. Las estadísticas en el grado de éxito de un doble vínculo dado en una situación de laboratorio estandarizada tendrán entonces poca aplicación en la situación clínica. Una situación estandarizada de tests que emplea una *serie de dobles vínculos*, todos dirigidos a facilitar uno o varios comportamientos estrechamente relacionados tendrá menos oportunidad de producir un efecto experimental significativo que un doble vínculo único.

Una segunda dificultad importante en esta investigación consiste en definir y reconocer qué es exactamente un doble vínculo para un individuo dado. Bateson



(1974) comentó que “se han llevado a cabo una buena cantidad de investigaciones más bien sin sentido por personas que piensan que pueden contar la cantidad de dobles vínculos en una conversación. Esto no puede hacerse por la misma razón que no se puede contar la cantidad de chistes”.

Para ser capaz de contar la cantidad de dobles vínculos o posibles chistes en una conversación uno debería teóricamente tener acceso a la estructura asociativa entera de una persona, lo que no es factible ni con una computadora.

Puede ser, sin embargo, posible realizar programas de computadoras para doble vínculos que pudieran operar en la estructura asociativa finita construida dentro del programa de la computadora. En otro nivel anticipamos que se puede realizar una investigación más fascinante investigando los parámetros que influyen al doble vínculo del tipo set inverso ilustrado en el caso de Lal. Además de la relación que hace Bateson (1972) del doble vínculo con el deuterio-aprendizaje, el trabajo experimental con animales y seres humanos en desplazamientos inversos y no inversos (Kendler y Kendler, 1962) sugiere otros paradigmas de investigación que relacionan el doble vínculo con problemas fundamentales de aprendizaje. La naturaleza fundamental del doble vínculo en la estructuración de todas las formas de comportamiento humano indica que tal investigación debería tener una alta prioridad.

---

*Milton H. Erickson justifica el empleo de la hipnosis y la paradoja en psicoterapia en base a sus experiencias personales y autobiográficas. En la segunda parte del artículo Rossi intenta establecer de una forma más sistemática las bases e implicaciones del enfoque ericksoniano para la psicoterapia.*

Palabras clave: Erickson, paradoja, doble vínculo, hipnosis, hipnoterapia

Traducción: Jose Deym

**Nota Editorial:** Este artículo se publicó en *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 17, 3, 1975, y fue traducido posteriormente para la revista *Rapport*, 4, 1992. Buenos Aires: Instituto Milton H. Erickson de Buenos Aires. Agradecemos el permiso para su publicación.

## Referencias bibliográficas:

- BATESON, G., JACKSON, D., HALEY, J., & WEAKLAND J. (1956). Toward a theory of schizophrenia. *Behavioral Science, 1*, 251-264.
- BATESON, G. (1972). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books.
- BATESON, G. (1974). Personal communication letter.
- CHEEK, D., & LE CRON, L.. (1968). *Clinical Hypnotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- ERICKSON, M.H. (1964). A hypnotic technique for resistant patients: The patient, the technique and its rational and field experiments. *American Journal of Clinical Hypnosis, 1*, 8-32.
- HALEY, J. (1963). *Strategies of psychotherapy*. New York. Grune & Stratton.
- KENDLER, H., & KENDLER, T. Vertical and horizontal processes in problem solving. *Psychological Review, 69*, 1-16.
- PRINCE, M. (1929). *The unconscious*. New York: Macmillan.
- ROSSI, E. (1972). *Dreams and the growth of personality. Expanding awareness in psychotherapy*. New York: Pergamon Press.
- ROSSI, E. (1973). Psychological shocks and creative moments in psychotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis, 16*, 9-22.
- WATZLAWICK, P., BEAVIN, J., & JACKSON (1967). *The Pragmatics of human communication: A study in interactional patterns, pathologies and paradoxes*. New York: W. W. Norton.
- WATZLAWICK, P., WEAKLAND, J., & FISCH, R. CHANGE (1974). *Principles of problem formation and problem resolution*. New York: W.W. Norton.
- WEITZENHOFFER, A. (1960). Unconscious or Co-conscious? Reflections upon certain recent trends in medical hypnosis. *American Journal of Clinical Hypnosis, 2*, 177-196.
- WHITEHEAD, A., & RUSSEL, B. (1910). *Principia mathematica*. Cambridge: Cambridge University Press.

# TÍPICAMENTE ERICKSON

Jay Haley, The Family Therapy Institute of Washington  
P.O. Box 8094, La Jolla, Ca 92038-8094.

*The author investigates the origins that gave place to the psychotherapeutic innovations achieved by Milton H. Erickson. Carrying out a parallelling between the classical psychotherapeutic views and the particular ericksonian prespective.*

*Key words: psychotherapy, Erickson, hypnosis, therapeutic change, family therapy.*

---

Cuando estaba planeando este artículo, encontré que me resultaba difícil pensar en algo nuevo acerca de Milton Erickson. Decidí hablar acerca de lo que todo el mundo conoce como “típicamente Erickson”. Presentaré algunos aspectos de su enfoque y de cómo difiere de otros. Algunos de los casos y de las ideas serán conocidos, porque estaré repitiendo casos publicados. Dado que tristemente, no tendremos más casos nuevos de Erickson, debemos continuar compartiendo y disfrutando el número finito de los que nos legó.

Hace muchos años, en los años 50, Ray Birdwhistell, una autoridad en el campo de la expresión corporal, estimó que Erickson tenía 5.000 fans. Estaba sorprendido del tamaño de esa multitud y del hecho de que un psiquiatra pudiese tener fans. A pesar de hallarse fuera de la corriente principal de la terapia de aquellos días, Erickson era conocido por un gran número de personas. Si alguien mencionaba a Erickson, la otra persona decía, “¿Has oído el caso de aquel hombre que sólo podía orinar en un tubo de madera de 24 pulgadas?” (Haley, 1985, p. 154). Entonces se discutía su manera particular de resolver aquel problema. Cuando el caso era contado nuevamente uno se podía dar cuenta enseguida de que era un caso de Erickson, porque era típico de él. Siempre había algo que ningún otro terapeuta hubiera hecho.

En una ocasión, afirmé que los casos de Erickson eran tan característicos como una pintura de Picasso. Al verla se podía saber enseguida quién era el autor de aquella obra de arte. El estilo era intrépido y distinto del de cualquier otro artista. Por continuar con el paralelismo, se debería considerar la evolución de la obra de un artista, ya que los estilos cambian a lo largo de los años. La obra de juventud de Picasso, cuando estaba aprendiendo la técnica, era bastante tradicional y diferente

de su estilo más tardío. En su primeras obras también estaba influido por otros artistas de aquel período.

¿Qué decir a propósito de las ideas de Erickson? ¿Las desarrolló a partir de la nosología tradicional psiquiátrica hacia una mayor valoración de las situaciones sociales y del mundo real? ¿O estuvo siempre orientado hacia la vida cotidiana? ¿Qué decir de su enfoque terapéutico? ¿Cambió y se desarrolló a través de los años? Pienso que quizás no. No se puede distinguir claramente un caso de la primera época de Erickson de un caso de sus últimos años.

## **LOS MENTORES DE ERICKSON**

¿Fue Erickson influido por otros terapeutas y maestros de su época? Aparentemente no. Cuando examinamos el trabajo de Erickson, se plantean varias cuestiones. ¿De dónde venía? ¿Quiénes eran sus predecesores y maestros? ¿Dentro de qué tradición estaba trabajando? Se había formado como psiquiatra, pero no pensaba como sus colegas que habían recibido la misma formación. Cuando intentamos situarlo dentro de algún marco ideológico, no conseguimos encajarlo dentro de ninguna escuela de psicoterapia de su tiempo.

La mayoría de los terapeutas reconocen un maestro en su desarrollo. Erickson no da referencias de un maestro ni de ninguna influencia de otra persona, al menos que yo lo recuerde. Pienso que deliberadamente minimizó a cualquiera que podría haberle influido. Decía que aprendió hipnosis como estudiante de college cuando Clark Hull dió una demostración en la Universidad de Wisconsin. ¿Se podría decir entonces que Hull fue su maestro? Erickson lo negaría. Erickson contaba que después de la demostración tomó al sujeto de Hull, lo llevó a su habitación, y lo hipnotizó él mismo. En el otoño asistió a otro seminario de Hull. ¿Quiere esto decir que Hull fue su maestro? No necesariamente. Erickson contaba que el seminario se centró en las técnicas que él mismo había desarrollado durante el verano. Por lo tanto, Erickson debía de haber estado enseñando a Hull.

## **UNA PERSPECTIVA DEL CAMBIO**

Cuando se habla de terapia, es útil asumir que hay dos tipos de teorías en el campo de la psicoterapia que no deberían confundirse. Una es la teoría de por qué la gente se comporta como lo hace y cómo llegan a tomar ese camino. La otra es la teoría del cambio, o qué hacer para promoverlo. Estas dos teorías no tienen por qué estar relacionadas. Lo característico de Erickson era que, incluso cuando compartía dentro del campo de la psicoterapia una teoría de cómo la gente llega a ser lo que es, sus ideas acerca de cómo cambiar a las personas eran muy diferentes de las de cualquier otro. ¿Quién en 1940 hubiera ayudado a un joven, que sólo podía orinar a través de un tubo de madera, de la forma en que Erickson lo hizo? Le cambió el material, el tamaño, la longitud del tubo, hasta que el paciente descubrió que su propio pene era un tubo. ¿De dónde surgió este enfoque?

Este caso data de los días en los que Erickson servía en la Junta de Destacamento Militar; por lo tanto, no pertenece a su desarrollo tardío. En aquella época, las únicas ideas clínicas en el campo de la psicoterapia eran psicodinámicas. La terapia familiar y la terapia de la conducta todavía no habían nacido. Cualquier otro terapeuta de aquel tiempo hubiera asumido que una persona que se comporta como este hombre era debido a ideas inconscientes reprimidas, que debería traer a la conciencia a base de interpretaciones. ¿Cómo hubieran explicado el tubo de madera y qué terapia hubieran hecho? De hecho, no se hubieran centrado en el tubo porque se asumía que uno debería focalizarse en el problema presentado. Habrían desarrollado una rica psicopatología tras el tubo y su significado simbólico. ¿Dónde aprendió Erickson a centrar su terapia en el problema manifiesto?

Erickson aceptaba algunas ideas psicodinámicas e incluso experimentaba con ellas. Había probado la psicopatología de la vida diaria usando hipnosis, sugiriendo una idea al inconsciente y observando su efecto en el comportamiento. En aquel tiempo, Erickson aparentemente asumía que algunas personas tenían síntomas como resultado de ideas inconscientes construidas en su pasado. Lo que Erickson hizo para provocar el cambio no se parecía a nada de cuanto hubiera hecho cualquier otro terapeuta que aceptase esa hipótesis.

El ejemplo clásico es la fobia. Se asumía que una fobia era causada por un trauma pasado que la persona había reprimido en su inconsciente. La terapia ortodoxa consiste en traer a la conciencia ese trauma y los sentimientos relacionados con él. Si alguien describe una intervención terapéutica de ese tipo, debería saber que no es típica de Erickson. Aun cuando él podría aceptar la premisa de que una fobia tiene una causa pasada, lo que hubiera hecho es totalmente diferente. Por ejemplo, podría citar el caso de una joven inhibida que era fóbica a la relación sexual. La hipótesis era que la madre la había asustado con discursos para prevenirla contra el sexo; siendo todavía niña la madre murió. Erickson hizo regresar a la mujer a su infancia, a un tiempo donde la madre le había dado las advertencias que la habían asustado. Entonces le habló de cómo las madres advierten de tal forma que sólo cubren partes de un problema, y ellas mismas más tarde ofrecen una enseñanza más completa cuando saben que sus hijas están lo suficientemente maduras para recibirlos. Cuando Erickson llevó a la joven atrás en el tiempo, cuando su madre le asustaba con aquellas advertencias, primeramente demostró estar de acuerdo con lo que la madre le había dicho. Entonces discutió con la joven lo que su madre le hubiese dicho acerca del sexo en el futuro si hubiese vivido. La hija entonces hubiera sido lo suficientemente madura como para hacer juicios correctos en relación al sexo y su madre le hubiera hablado de aspectos positivos del mismo. Su desafortunada muerte le impidió a la madre poder completar la educación de su hija. Ahora, la joven mujer estaba preparada para aceptar lo que Erickson podía darle: una visión más positiva del sexo que la madre le hubiera dado si la mujer hubiera vivido.

Las ideas de Erickson acerca de cómo cambiar a la gente lo sitúan aparte en

el campo de la psicoterapia. Otras personas ofrecían *insights* sobre el pasado. Erickson no estaba orientado a cambiar el pasado, como en este caso, y como en otros casos del Hombre de Febrero (Haley, 1986, p.179). Era también típico de Erickson aceptar y estar de acuerdo con los comentarios negativos, por ejemplo con los que la madre hacía sobre el sexo y después cambiarlos. Erickson no condenó a la madre ni su visión del sexo cuando eran tan importantes para la hija. La idea de Erickson era que se debían usar técnicas de aceptación para cambiar a la gente que estaba confundida en ese momento, y que todavía lo está. Otros terapeutas argumentarían que no se debería aprobar una visión sobre el sexo de una madre con la cual no se está de acuerdo. Erickson argumentaría que no aceptarla le hubiera incapacitado para comunicarse adecuadamente con la hija. De modo similar, era típico de Erickson ser duro con un cliente acostumbrado a que la gente fuese dura con él. Lo consideraba necesario para la comunicación. ¿De quién de nuestra amable profesión aprendió Erickson esta idea?

La perspectiva de Erickson acerca de cómo cambiar una fobia parece siempre asumir que la situación fóbica debe ser trabajada con la persona distraída y experimentando un nuevo grupo de emociones y expectativas. Podía tener la persona entrando a un ascensor mientras la concentraba en las sensaciones de las plantas de sus pies, o podía tener a una persona preparada para la situación fóbica imaginando miedos en una pantalla y, por lo tanto, distanciándolo de las emociones que lo asustan. También podía salir al mundo y realizar una acción para resolver la fobia. Por ejemplo, tenemos el caso de un doctor ya mayor que acudió a Erickson para recuperarse de un miedo a los ascensores (Haley, 1986). Este médico trabajaba en un hospital en el quinto piso. Siempre había subido por las escaleras, a pesar de que los ascensores eran manejados por una competente mujer joven y eran lugares seguros. Se estaba volviendo viejo y frágil, y no podía continuar subiendo por las escaleras.

Existen diversos modos mediante los cuales un terapeuta puede conceptualizar el miedo y sus causas y existen diferentes formas para pensar cómo inducir un cambio. ¿Qué se debería considerar como un acercamiento típicamente Ericksoniano al problema? Permítaseme hacer una lista de lo que yo creo eran algunas de sus presupuestos y observaciones según los casos.

1. Erickson no preguntaba acerca de traumas pasados, sino que se concentraba en un cambio mediante una acción en el presente. Asumía que la fobia podía ser eliminada si el cliente usaba un ascensor sin experimentar miedo a los ascensores.

2. Dado que Erickson se centraba en los síntomas, estaba interesado en los detalles. Supo que el doctor era capaz de entrar y salir de un ascensor. Solamente se asustaba si el ascensor comenzaba a moverse.

3. Como siempre, Erickson observó a su cliente muy cuidadosamente, y percibió que el anciano doctor era muy correcto, un hombre extremadamente rígido en sus comportamientos.

Dadas estas observaciones y presupuestos, ¿podemos imaginar cuál sería la intervención típica de Erickson? Erickson fue al hospital con el anciano médico y observó los ascensores con él. Dado que el doctor podía entrar y salir de los ascensores, Erickson eligió un ascensor y le pidió a la joven ascensorista que lo mantuviese en ese piso. Hizo que el doctor entrase y saliese del ascensor, y el doctor demostró que podía hacerlo. Erickson pidió al doctor que entrase y saliese una vez más. Esta vez cuando el doctor entró la ascensorista cerró la puerta. Ella le dijo, “No puedo controlarme, siento un irrefrenable deseo de besarle”. El mojiगतo médico le contestó, “Aléjese de mí, compórtese”. La joven mujer dijo, “Siento impulsos de besarle”. El doctor contestó, “¡Abra este ascensor ahora mismo!” Ella pulsó la palanca y el ascensor comenzó a subir. Entre los pisos ella volvió a parar el ascensor y le dijo, “Estamos entre dos pisos, nadie puede verme besarle”, “Ponga en marcha este ascensor”, replicó el doctor, y ella lo hizo. El miedo del doctor a tomar un ascensor terminó con una sola intervención.

## **EL EMPLEO DE ERICKSON DE PERSONAL AUXILIAR**

Una hipótesis típica de Erickson era que la terapia de una sola sesión era posible. Erickson también usaba habitualmente personal auxiliar para lograr sus objetivos, como peluqueros, modistas, o ascensoristas. ¡Qué diferente era de los terapeutas de aquel tiempo que ni tan siquiera le hubieran hablado a un familiar del paciente, y mucho menos implicar a alguno de ellos en la terapia! ¿De dónde tomó Erickson esa idea de usar personal auxiliar cuando nadie lo hacía? De hecho, él implicaba a sus hijos en la terapia, lo que nadie hubiera hecho entonces, ni quizás ahora. En aquellos días, incluso cuando un paciente preguntaba si el terapeuta tenía hijos no se le contestaba. El terapeuta podía contestar, “Me pregunto por qué pregunta usted eso”. La sala de espera de Erickson fue durante años la sala de estar de la familia.

Erickson pensaba que era importante para un terapeuta estar personalmente implicado en la terapia. No pensaba que el terapeuta debía ser una pantalla blanca o un observador neutral. Era su implicación personal en la terapia lo que a menudo conducía al cambio buscado.

## **ERICKSON Y EL INSIGHT**

Cuando afirmamos que Erickson no pertenecía a la escuela psicodinámica, deberíamos tener en cuenta la diferencia entre el insight en la terapia psicodinámica y el insight del enfoque educacional de Erickson. Nunca hacía interpretaciones en el sentido usual de la palabra. Si un terapeuta decía, “¿Te has dado cuenta de que la forma con que respondes a tu jefe es parecida a la forma con que respondías a tu padre?” uno podía estar seguro de que no era Erickson. Nunca usaba frases como “No es interesante que...” o “Te has dado cuenta de que...” o “Me pregunto por qué te boicoteas de esa forma”. A menudo educaba a los pacientes sobre sí mismos.

Erickson nunca ayudaría a un chico enclenque a darse cuenta de que estaba celoso de su hermano, pero sí le ayudaría a descubrir que era rápido y mucho más ágil que su grande y musculoso hermano.

Una diferencia primaria entre el enfoque educacional de Erickson y el insight psicodinámico es que primero enfatiza el descubrimiento del lado positivo. Pero, ¿de dónde tomó Erickson esta idea? En aquel período inicial en el campo clínico se exploraba sólo lo negativo.

Erickson no ofrecía insights habituales, demostrando que el cambio podía ocurrir sin que la gente tuviese entendimiento alguno de por qué tenían un problema o cómo debían superarlo. Cambiar a alguien sin enseñarle la causa del problema era lo más típico de Erickson y lo más opuesto a aquellos terapeutas que creían que solamente el autoconocimiento conducía a la curación.

Parece que Erickson consideraba que las interpretaciones eran demasiado rudas. Una característica distintiva de su terapia era que solía ser muy cortés. Si había un terapeuta que aceptase el delirio de un paciente, y trabajara con de él, ese terapeuta era Erickson. Por ejemplo, una mujer dijo que había un gran oso de peluche en el centro del pequeño despacho de Erickson (Haley, 1985). Dado que nadie más podía verlo, se hubiera podido pensar que se trataba una alucinación, bajo un punto de vista psiquiátrico. En cualquier caso, Erickson no violaría el espacio de ese oso de peluche. En presencia de la mujer, Erickson cuidadosamente caminaba alrededor del oso si tenía que dejar la habitación. Otros terapeutas rechazarían participar de semejante delirio, y le dirían a la mujer que ese oso no estaba ahí, y comenzarían a discutir cómo la mujer percibía el mundo. Algunos considerarían tal signo como algo intratable y pensarían que la mujer solamente podía ser medicada. A otros les parecería poco ético no intentar corregir ese delirio. Erickson parecía asumir que la introducción de un oso de peluche como una forma de comunicarle algo y él aceptaba la metáfora.

Me gustaría citar un ejemplo que mucha gente conoce porque ha sido publicado (Haley, 1986, p. 197). Una madre acudió a Erickson y le dijo que su hija adolescente se había retirado del mundo y que no podía dejar la casa ni ir a la escuela ni a ningún sitio. Tenía la idea de que sus pies eran demasiado grandes y que no debía mostrarlos en ningún lugar. En aquellos días un terapeuta estaba incapacitado por la regla de que uno solamente debe ver clientes en su estudio. Algo típico de Erickson es que siempre hacía lo que tenía que hacer dentro de los límites de su fortaleza. Acudió a la casa por dos razones obvias: una, que la chica no iría a su despacho, y dos, Erickson quería ver el tamaño de sus pies. Erickson observó que los pies de la niña eran de un tamaño normal. Usó la excusa de que su madre no se encontraba bien y que como médico le hacía una visita a domicilio. Examinó a la madre y entonces le pidió a la hija que le ayudase estando detrás de él sosteniendo toallas, o cualquier cosa que pudiese necesitar.

A partir de un determinado momento Erickson decidió lo qué hacer. Manióbró



hasta que la niña estaba justo detrás suyo, y dando un paso hacia atrás la pisó tan fuerte como pudo, hasta que la niña gritó de dolor. Erickson se giró y le dijo agriamente “si tus *pies* fueran lo suficientemente *grandes* como para que un hombre pudiera verlos, no te hubiera pisado”. Continuó examinando a la madre mientras la hija parecía pensativa. Más tarde, la madre le llamó a Erickson y le dijo que su hija le había preguntado si podía salir a ver una película y posteriormente salió. Al día siguiente fue al colegio. El problema estaba superado.

Algunos de nosotros hemos tenido el privilegio de haber conocido a Erickson cuando estaba físicamente activo. Podía fácilmente conducir por la ciudad y visitar clientes o volar a otro lugar para dar un taller. Aquellos que solamente le conocieron en una silla de ruedas no pudieron apreciar que una intervención típica de Erickson consistía en una visita domiciliaria, algo no considerado por terapeutas adecuadamente entrenados. Parecía asumir que un psiquiatra debería ser como un médico de familia a la antigua, y estar disponible cuando fuese necesario.

Erickson a menudo provocaba cambios, en este caso y en otros, sin ningún conocimiento o comprensión de lo que había pasado. No solamente ofrecía cambios sin consciencia de los mismos, sino que también lo hacía sin permiso. De acuerdo con la ortodoxia, el cambio sin insight o educación era imposible, no era definido como verdadero cambio. No solamente los psicodinámicos objetarían este enfoque, sino que también lo harían los terapeutas cognitivos, los terapeutas conductuales, los terapeutas cognitivo-conductuales, los terapeutas orientados hacia la resolución de problemas, o incluso los constructivistas.

Permítaseme resumir algunas de las diferencias entre Erickson y los terapeutas de su tiempo y plantear la cuestión de dónde aprendió a hacer lo opuesto de sus colegas. Se centraba en el problema presentado cuando ellos no lo hacían. Buscaba la terapia de una sola sesión siempre que fuese posible, y nunca pensó que una terapia a largo plazo fuese mejor o más profunda. Usó personal auxiliar. Estaba personalmente implicado. No hacía interpretaciones ni proporcionaba insights. Otros terapeutas estaban ayudando a la gente a recordar cada miserable momento de su pasado, y consideraban que ayudar a la gente a olvidar era erróneo. Erickson inducía amnesia para problemas actuales y pasados. Aceptaba lo que el cliente le ofrecía y no corregía sus ideas prematuramente. Hacía visitas familiares. Finalmente, no ofrecía meramente reflexiones, sino que realizaba acciones y daba directrices.

Asistiendo a una gran encuentro en honor de Erickson con profesores prominentes de las más importantes escuelas de psicoterapia, uno se da cuenta de que incluso en la actualidad la mayoría de ellos no son entusiastas del típico enfoque de Erickson. De hecho, están impresionados por el cambio sin comprensión y prefieren un enfoque más racional de tratar con problemas irracionales. Aparentemente disponen de una fuente ortodoxa de ideas. Pero ¿de dónde surgen las ideas de Erickson?

## LA INFLUENCIA SIN CONCIENCIA

¿Qué hay de las otras escuelas de psicoterapia desarrolladas en los años 50? En aquel tiempo, comenzaron a surgir nuevas innovaciones. Una de las ventajas de ser viejo es que uno ha visto nacer y morir varias ideologías y formas de hacer terapia. Recuerdo un ejemplo temprano de los comienzos de un nuevo enfoque terapéutico y un serio argumento contra el cambiar a alguien más allá de su conciencia. Sucedió en un hospital de veteranos en los años 50, cuando yo estaba en el proyecto de investigación en comunicación de Gregory Bateson. Estábamos llevando a cabo una terapia de orientación familiar. Compartíamos el edificio con unos psicólogos investigadores que estaban desarrollando lo que más tarde se llamaría terapia conductual.

En una de nuestras charlas de investigación a la hora de la comida, dos jóvenes psicólogos dijeron que querían presentar una nueva idea. La audiencia consistía en el personal del hospital, la mayoría de ideología psicodinámica. El líder del grupo era el Director de la Formación. Era un analista anciano y conservador.

En su exposición, los dos jóvenes psicólogos ofrecieron un modo para incrementar la expresión de emociones, algo que era considerado muy importante en aquella época. Si quieres que un paciente exprese más emoción, decían ellos, cada vez que exprese emoción asientes con la cabeza y sonrías; mientras no lo hace, permaneces impassible. Ellos decían que si se hacía éso, se tendría un paciente muy emocional al final de una hora. El director de la Formación y sus colegas psicoanalíticos reaccionaron con indignación ante esta exposición. El director dijo que era inmoral, casi canallesco. Influir a una persona sin que la persona sepa que está siendo influída es simplemente inadecuado. Uno de los hombres jóvenes dijo, “Bien, hacemos esto de cualquier modo. Si un paciente hace lo que queremos, respondemos positivamente, y si no lo hace, no respondemos”. El director de la Formación respondió, “¡Si lo haces y no sabes que lo estás haciendo, está bien!

El estudio de Erickson, muestra que el uso de sugerencias fuera de la conciencia del cliente ha sido algo típicamente ericksonianos durante años. Erickson diría que las directivas son más difíciles de resistir si los sujetos no saben que las están recibiendo.

Erickson argumentaba que un terapeuta debería saber influir en un cliente de ambos modos, dentro y fuera de la conciencia comunicándose tanto directa como indirectamente a través del control y de la elección de las palabras y de las inflexiones vocales. Un terapeuta también debería comunicarse deliberadamente con sus posturas y sus movimientos. Con ese control, podría enfatizar ciertas palabras en una frase y, por lo tanto, estar diciendo una cosa mientras se está sugiriendo otra con su movimiento corporal. ¡Qué diferente era ésto de los terapeutas que consideran comunicación sólo las palabras!.

Hay dos temas característicos de Erickson. Uno, que estaba dispuesto a cambiar a la gente fuera de su conciencia. Dos, que no usaba refuerzos positivos en

el sentido usual de la palabra. ¿Estaban en sus orígenes las teorías del aprendizaje de las escuelas conductistas? Pienso que no. Erickson usaba técnicas conductuales antes de que se descubriesen en las terapias de aprendizaje, pero no usó el típico refuerzo positivo que está en el corazón de esta escuela. Erickson no decía, “Lo hiciste bien...” o “¡Excelente!” o “Me gusta la forma en que hiciste eso...” ni usó chocolatinas para reforzar una respuesta. Siempre se podía saber cuándo Erickson estaba contento con lo que uno había hecho. Con todo no puedo recordar a Erickson diciendo “Lo hiciste bien”.

### **Erickson y el Refuerzo**

Erickson en una ocasión me dijo que no se debería de felicitar a los pacientes por actuar normalmente. Pienso en ello cuando oigo a mis estudiantes decirle a un cliente “Es estupendo, has llegado a la hora”. No puedo generalizar a partir de ahí y decir que Erickson no empleaba los refuerzos positivos habituales porque creía que el individuo debía asumir la responsabilidad por sus acciones. Por lo tanto, si una persona lo hacía bien, Erickson respondía atribuyendo esa nueva acción a la persona, no al terapeuta. Quien refuerza toma el poder.

La idea que actualmente predominante en nuestra cultura es que el comportamiento puede ser modelado por refuerzos positivos, y por lo tanto, los padres, los terapeutas y todas las personas implicadas en trabajo humano felicitan a la gente que está haciendo lo que ellos quieren. No creo que Erickson hiciese eso. Quizás otros puedan recordar a Erickson expresando un refuerzo positivo, pero yo no puedo recordarlo. Si lo hacía, era cuando el cliente estaba en trance. Entonces enfatizaba el sentirse satisfecho con cierto comportamiento.

Ciertamente, Erickson adecuaba el comportamiento y persuadía a la gente para que hiciese lo que él quería o incluso más. ¿Cómo lo hacía? Si hacía que un niño copiase una frase mil veces para mejorar su escritura, no felicitaba al niño cuando traía el trabajo. No le decía, “Lo hiciste estupendamente”. En vez de eso le diría: “Aquí se lee claramente una “O” o esa “Z” es mejor que esta otra. Ésta era la forma en la que enfatizaba un ítem en la clase de reforzamientos positivos sin decir la clase.

Incluso cuando no usaba refuerzos positivos, cualquiera podía saber cuando Erickson estaba agradecido. Por ejemplo, yo trabajé intensamente durante años y finalmente terminé de escribir *Terapia no convencional*. Se lo envié a Erickson y no recibí ninguna felicitación de su parte. A pesar de todo, supe que el había comprado muchas copias para darlas a otras personas. Su felicitación fue una acción diferente del refuerzo verbal.

Erickson tampoco ofrecía crítica directa como un modo de enseñanza. Por citar un ejemplo personal, yo estaba tratando a una mujer con un dolor fantasma en el brazo, dolor que no estaba ahí. La hipnoticé haciendo levitar su dolor fantasma. Ella me indicó donde se encontraba según iba ascendiendo. Pensé que había sido una intervención inteligente, y que por lo tanto merecía un artículo. Le conté a

Erickson el caso, pero no dijo nada en especial. Habló de otras cosas. Algún tiempo más tarde, me habló de que no se debería hipnotizar a una persona focalizándose en el dolor, sino que debería hacerse centrándose en algo agradable. Aquella tarde, o quizás el día siguiente, me di cuenta de que no debería de haber hipnotizado a esa mujer focalizándola sobre el dolor de su brazo.

Sin los refuerzos positivos necesarios, uno no puede estar en la escuela de la terapia de la conducta. De algún modo, Erickson parecía resistirse a ellos y seguía su propio camino. Este no es un asunto menor. Erickson tenía un gran poder de persuasión. La gente hacía lo que él quería que hiciese. Si no conseguía sus objetivos reforzando el comportamiento que quería, ¿cómo lo hacía? Pienso que hay un proyecto de investigación por hacer, que consiste en descubrir nuevas formas de motivar a la gente: la forma del Dr. Erickson.

Si Erickson no se encontraba dentro de la ideología conductista, ni en la ideología psicodinámica, ¿qué hay de la teoría de sistemas? ¿Podríamos decir que sus ideas estaban basadas en este enfoque terapéutico?

Antes de profundizar en este tema, permítaseme continuar por un tiempo con la idea de cambiar a la gente más allá de su conciencia. Existe una justificada controversia sobre este asunto, y Erickson se encuentra en el corazón de la misma. En cualquier caso, es más que un aspecto ético de las técnicas de Erickson. La naturaleza de la terapia se define por este tema.

Siempre he pensado que se debe evitar que los terapeutas ayuden a gente que no quiere ser ayudada. De cualquier modo, nunca reflexioné acerca de cómo Erickson enfocaba este tema. Yo le conocí como una persona amable que tomaba la responsabilidad de lo que hacía y cuyos juicios eran sólidos, o al menos estaban de acuerdo con los míos. Esto no significa que otros terapeutas que tratan de seguir a Erickson sean necesariamente tan amables, ni tan sólidos en sus juicios acerca de lo que la gente necesita o indirectamente solicita.

Entre los muchos e importantes aspectos que forman parte del influir en alguien fuera de su conciencia, aparte de los aspectos éticos, existen dos que merecen destacarse. Uno, si se puede cambiar o no a la gente sin que sean conscientes de ello; dos, si la influencia y el cambio en psicoterapia implican o no siempre colaboración.

Consideremos un ejemplo. Una pareja tiene un problema sexual y no lo quieren discutir explícitamente. Pese a todo quiere cambiar su comportamiento sexual. Si Erickson decidía que debían cambiar, los influía indirectamente con una metáfora. Por ejemplo, discutía una actividad paralela, como ir a cenar juntos, de tal forma que influyese en su problema sexual. Erickson preguntaba si les gustaba tomar un aperitivo antes de cenar para estimular su paladar, o si les gustaba simplemente lanzarse sobre la carne y las patatas. En otros casos daba sugerencias y posteriormente provocaba amnesia de tal forma que el cambio se mantenía fuera de la conciencia del paciente. Erickson estaba dispuesto a tomar la responsabilidad

de cambiar lo que pensaba que debía cambiar.

Cuando un terapeuta influye en un cliente con intervenciones sutiles y deliberadamente mantenidas fuera de la conciencia de éste, el terapeuta se encuentra en el engañoso terreno de cambiar a la gente sin su permiso, o sin que haya un contrato para poder cambiarlos.

Hay terapeutas que argumentan que no se debe cambiar a nadie sin su permiso para hacerlo. A Erickson le gustaba trabajar sin ese permiso explícito. Por ejemplo, era típico de Erickson decir que si un paciente viene quejándose de dolor de cabeza, y si tiene marcas en los brazos que indican que es un consumidor de drogas intravenosas, es la obligación del terapeuta tratar de curar esa drogadicción. No se debe explicitarlo al cliente. Si el hombre presenta el dolor de cabeza como el problema, éste debe convertirse en el foco terapéutico; y es necesario encontrar modos indirectos para trabajar con la adicción. Una vez más, la terapia de Erickson debería denominarse la terapia de la cortesía. No forzaba a la gente a formular problemas de la misma forma que no forzaba a sus clientes a interpretar su movimiento corporal.

A diferencia de otros terapeutas de su época, Erickson creía que el terapeuta es responsable de los resultados de su terapia. Eso implicaba la obligación de usar su poder para inducir cambios cuando se puede. También era consciente de que el poder era el resultado de la colaboración. Es en el área de la colaboración que la naturaleza de la influencia fuera de la conciencia resulta una cuestión interesante. Es una sobresimplificación decir que se puede hacer terapia haciendo al cliente consciente de todo lo que se haciendo, o que se puede hacer sin que la persona sea consciente de nuestras intervenciones. Quienes argumentan que se debe hacer consciente al cliente de todo lo que hace el terapeuta no han reflexionado acerca de la situación en su globalidad. Un cliente nunca puede ser plenamente consciente de todo lo que el terapeuta hace. De hecho, el terapeuta no puede ser consciente de todo lo que el cliente hace. Incluso cuando el terapeuta trata de revelarlo todo exponiéndoselo al cliente, si examinásemos la situación con una grabación a cámara lenta, resultaría obvio que el intercambio es demasiado complejo para la comprensión consciente. Ray Bridwhistell estimó que dos personas en una conversación intercambian 100.000 bits de información por minuto. Esto parece razonable si se estudian detalladamente grabaciones de sesiones de terapia. Por ejemplo, un cliente dice algo, y el terapeuta mira fuera incómodamente, y el cliente cambia de tema. El terapeuta ni tan siquiera sabe que ha ejercido una influencia; por lo tanto, difícilmente la va a poder compartir con el cliente.

Existe otro aspecto de la comunicación que es todavía más complejo. Si un terapeuta comunica una metáfora para que el sujeto responda más allá de la conciencia, ¿puede realmente suceder más allá de la conciencia? ¿Cómo puede el cliente responder a la sugestión y ser influido si no es consciente de la sugestión? La sugestión podría no haber sido recibida.

Permítaseme citar un ejemplo de un área de investigación típica de Erickson. Se dio cuenta de que si se hipnotizaba a un sujeto y se le daban sugerencias para una alucinación negativa de una mesa de la habitación, el sujeto no veía la mesa. La mesa estaría fuera de su conciencia. Aún así, el sujeto caminaría alrededor de la mesa. Erickson describe esto como “conciencia inconsciente”. Le sugerí que era una contradicción. Por definición, si uno es consciente de algo, no puede ser al mismo tiempo inconsciente de eso mismo. Me pareció, y todavía me lo parece, que los términos de “consciente e inconsciente” son demasiado vagos para tratar este tipo de situaciones.

¿Qué relevancia tiene esto para la terapia? Si se dan directivas a un sujeto fuera de su conciencia, y el sujeto responde correctamente a esas directivas, en algún nivel de la mente del sujeto ha recibido el mensaje y está cooperando. Parecería que se da una colaboración implícita cuando se influye a alguien fuera de su conciencia. Se puede ofrecer una metáfora, por ejemplo, que una pareja discuta acerca de la cena puede concebirse como una analogía del intercambio sexual. Así, la pareja elige dentro del mensaje metafórico ideas que son relevantes para ellos y para el problema que les atañe. Ellos *eligen* colaborar más en ese sentido que en el de ser robots respondiendo a las directrices del terapeuta. De hecho, Erickson enseñaba que si la pareja se está volviendo consciente de los paralelismos de la metáfora, el terapeuta debería rápidamente dejar el tema y volver a él más tarde. Incidentalmente, yo siempre he asumido que cuando un cliente comenzaba a darse cuenta de que Erickson le quería sugerir algo, Erickson le estaba permitiendo al cliente centrarse en ese tema de tal forma que no percibiese otra sugerición, que es la que él quería que el cliente recibiese a un nivel más profundo.

De la misma forma que el sujeto que debía ver la mesa para no poder verla, el sujeto que recibe una directiva metafórica debe ser consciente de la analogía para poder responder a ella sin ser consciente de que lo hace. Por ejemplo, cuando Erickson decía a la pareja que debían verdaderamente disfrutar de la cena juntos, asumía que la pareja conectaría esta recomendación con el disfrutar del sexo, dado que ellos eran conscientes, aunque fuese inconscientemente, de la sugerición. Todas las técnicas de relatos de Erickson implican comunicación a través de metáforas, con o sin conciencia del receptor de los mensajes que están siendo enviados. Erickson solía contar historias como una parte fundamental de su terapia, a diferencia de otros terapeutas de su época, muchos de los cuales difícilmente hablaban, sino era para decir: “Hablame más de eso”. ¿De quién aprendió a contar historias?

Otro aspecto de la colaboración debe enfatizarse. No sucedía simplemente que Erickson daba una directiva y el sujeto la seguía. Solía suceder que Erickson daba una directiva y el cliente la llevaba a cabo introduciendo modificaciones.

En resumen, existen algunas generalizaciones acerca de este tema que son típicamente ericksonianas. Erickson aceptaba la comunicación indirecta de una

persona como un indicador del problema, y estaba preparado para asumir la responsabilidad de crear formas en las que un paciente debería cambiar. Por ejemplo, en sus demostraciones hipnóticas, a menudo, daba una señal, de tal modo que, si el sujeto voluntario necesitaba ayuda, él la suplía indirectamente sin que la audiencia lo supiese. Erickson tenía mucha confianza en su propio juicio acerca de lo que se debía hacer. Cuando hacía sugerencias para influir a una persona fuera de su conciencia, lo hacía con la presuposición de que existía una conciencia inconsciente que guiaba hacia sus directivas. Algunas personas temen la idea de que un terapeuta pueda imponer sus ideas a un cliente más allá de su conciencia sin su permiso; estas personas deberían considerar esta cuestión como una colaboración más compleja de lo que habitualmente se piensa que es la terapia.

Este tema es de hecho más amplio e incluye la concepción que podamos tener de la profesión de cura. Muchos terapeutas eligen educar a sus clientes en las teorías del terapeuta. Cuando se hace esto, el paciente pasa a formar parte de una élite especial con conocimientos de psicología no compartidos por la población general. En contraste, se puede tener como objetivo que el paciente sea una persona normal sin especiales conocimientos de la ideología terapéutica. Erickson solía considerar las ideas sobre terapia como un asunto del terapeuta, no del cliente, incluso cuando un cliente quería saber qué estaba haciendo el terapeuta. En este caso Erickson, se lo explicaría al paciente -siempre y cuando no interfiriese con la terapia. Recuerdo que decía que si examinásemos una muestra normal de mujeres y hombres exitosos, veríamos que son personas con poco interés en su infancia o en teorías sobre psicología.

## **SISTEMAS Y TERAPIA FAMILIAR**

A Erickson le gustaba decir, particularmente a mis estudiantes cuando lo visitaban, que no era un terapeuta familiar. Sin embargo, obviamente, había hecho terapia con parejas y familias enteras. ¿Cómo se puede explicar esto? Una explicación posible es que Erickson nunca se definió a sí mismo como un Terapeuta Gestáltico, ni como un Terapeuta Psicodinámico, Rogeriano, o Existencial, o como un Terapeuta Breve. Tampoco dijo nunca que fuese un Terapeuta Grupal. Pienso que no quería ser clasificado en ningún tipo determinado de terapia. Como la mayoría de los buenos terapeutas, Erickson deseaba maximizar su libertad de acción. Esto significa ver pacientes con una amplia gama de recursos y enfoques diferentes.

Erickson prefería acercarse a cada caso de un modo único, más que siguiendo un método. La mayoría de los terapeutas de su tiempo querían un método que se pudiera aplicar a todo tipo de pacientes. Erickson no. Tener una etiqueta, como “Terapeuta Familiar”, significaba no poder hacer toda una serie de intervenciones sin ser acusado de heterodoxo dentro de la etiqueta. También significa estar en un campo con colegas que uno no aprobaría. Yo nunca he elegido ser llamado

Terapeuta Familiar porque tal etiqueta organiza y limita el enfoque de un terapeuta. Obviamente, cualquier terapeuta de una inteligencia media trata con la familia, y no se necesita estar en una categoría terapéutica para poder hacer eso.

Erickson creía que un terapeuta recibía lo que esperaba de un cliente. La Teoría de Sistemas se basa en la idea de un sistema gobernado de un modo auto-correctivo que previene del cambio. Si un marido va muy lejos, la esposa reacciona; si la esposa va muy lejos, el marido reacciona. Si ambos van muy lejos, los niños reaccionan. A Erickson no le gustaba que los terapeutas esperasen que la gente no cambiase porque de este modo estaban estabilizando el sistema. Consideraba que el terapeuta debía lidiar con varios tipos de resistencias, pero si le comprendí bien, no estaba interesado en transformar las resistencias en teoría.

Desde un punto de vista académico se puede plantear la cuestión de si la terapia de Erickson tiene su origen en la terapia familiar. Para poder contestar a esta pregunta, primero debemos definir qué es la terapia familiar. Esto es bastante difícil. Erickson habitualmente trabajaba con familias, pero no como otros terapeutas familiares. De cualquier modo, esto también puede decirse de otros terapeutas familiares, dado que existen diferentes escuelas de terapia familiar, cada una de las cuales trabaja de un modo diferente con las familias.

En mi investigación en la terapia de Erickson, lo animé a que me hablase de sus entrevistas a las familias enteras, porque eso era novedoso en el campo de la terapia familiar en aquel tiempo. De cualquier modo, solía ver a los miembros de la familia por separado. En el corazón de la terapia de Erickson estaba el individuo. Era la unidad en la que normalmente se focalizaba. El terapeuta siempre es el agente de alguien, y Erickson se veía a sí mismo normalmente como el agente del individuo. También estaba dispuesto a expandir esa unidad para incluir a dos personas. Estas personas podían ser el marido y la esposa, la madre y el hijo, o el terapeuta y el cliente. Generalmente Erickson no extendía su unidad problema a tres personas, en gran medida debido a que Erickson no pensaba en términos de coaliciones, como algunos terapeutas familiares hacen. Por supuesto, había excepciones, pero ahora estoy hablando de su modo habitual de trabajo.

A modo de ejemplo, en una ocasión Erickson nos presentó a John Weakland y a mí el caso de una mujer con inhibiciones sexuales extremas. Erickson la ayudó a cambiar y a tener un modo de ser más erótico-sexual, llegando a persuadirla para que bailase desnuda en su dormitorio. Erickson no trató a su marido. Nosotros le preguntamos si no estaba preocupado por la reacción del marido ante una esposa que súbitamente desplegaba un gran entusiasmo sexual. Estábamos pensando dentro de una visión sistémica y asumiendo que la esposa y el marido tenían un contrato para la inhibición de ella. Esta podría ser la forma de ella de salvarle a su marido de tener que entregarse sexualmente. Cuando ella cambió y le demandó cambios sexuales en su relación con su marido, el matrimonio podría bien haberse roto. ¿No era acaso una responsabilidad del terapeuta hacer frente a ese riesgo? Erickson replicó que no



pensaba de esa manera. Dijo que el marido había aceptado pasivamente las inhibiciones de su mujer, y ahora que había cambiado, pasivamente aceptaría el cambio. Aparentemente Erickson no asumía que el problema de la mujer tuviese una función en la relación con el marido, como tampoco asumía que él estuviese triangulando la relación de pareja al aliarse con la mujer y no con el marido. Simplemente se centró en una mujer afectada por inhibiciones sexuales individuales.

De todos modos, en otros casos de parejas, ésta no era necesariamente su premisa. Por ejemplo, una mujer fue a verle por el problema de que su marido siempre tenía una erección cuando iban a la cama (Haley, 1986, p. 159). Esto sucedía independientemente de cualquier cosa que ella dijera. Erickson dispuso las cosas para que el hombre se masturbase excesivamente y fuese a la cama sin erección alguna. La mujer se sentía complacida al poder estimular a su marido. El marido se sintió complacido de la reacción de su mujer. ¿Es esto terapia familiar? Nunca he visto un caso semejante en las revistas de terapia familiar.

Permítaseme tratar este tema históricamente. Conocí a Erickson en uno de sus seminarios en 1953, el mismo año que participé en el proyecto de investigación en comunicación de Gregory Bateson. Comenzamos a investigar la hipnosis y John Weakland y yo íbamos regularmente a Phoenix a hablar con Erickson o él nos visitaba cuando venía a San Francisco. Esto comenzó en 1955 y continuó a través de los años. Comenzamos a darnos cuenta de que Erickson tenía un enfoque especial en terapia y nos comenzó a interesar tanto como la hipnosis en sí misma. En 1956, comencé a hacer terapia con la familia de un esquizofrénico en el proyecto de Bateson. También comencé mi práctica privada ese año como hipnoterapeuta y como terapeuta de pareja. Pasé tiempo en 1957 con Erickson hablando de casos porque necesitaba supervisión para mi práctica en terapia breve. Erickson era el único terapeuta que yo conocía que hiciese terapia breve.

La familia que yo estaba viendo en el proyecto de 1956 era de hecho terapia individual, con los padres en la terapia porque el paciente los temía. (Este era el paciente que envió a su madre una tarjeta el Día de la Madre diciendo “Siempre has sido como una madre para mí”; Haley, 1959, p. 357). No consideramos aquella terapia como una terapia de familia. Sin embargo, hacia Abril de 1957 estábamos haciendo terapia con familias enteras y llamándola terapia familiar. Habíamos comenzado a pensar en términos de teoría de sistemas. Consulté a Erickson durante muchos años, y hacia 1956 o 1957 comencé a hacer terapia con familias enteras. ¿Estaba Erickson haciendo ya terapia familiar? Depende de lo que llamemos terapia con familias.

Hacia 1959, el proyecto Bateson preparó una conferencia especial con Erickson, que versaba sobre el matrimonio y la terapia familiar. En aquel momento, nosotros lo considerábamos una autoridad en la materia. Había sólo uno o dos terapeutas familiares más en el país. Por aquel entonces, estábamos haciendo uso de sus ideas sobre terapia familiar, y quizás él también estuviese usando las nuestras.

Erickson ya había estado tratando con parejas y familias antes de que discutiésemos todos estos casos con él, por lo que nosotros no podíamos ser la única fuente de sus ideas.

Volviendo a su enfoque típico en terapia, a menudo presentaba un caso como un problema individual y entonces nos dábamos cuenta que también trataba con miembros de la familia implicados en el problema.

Permítaseme citar un ejemplo de este período. Yo estaba trabajando en Palo Alto, y un anciano educado vino a preguntarme si podría tratar a su hija que tenía algunos problemas. Me dijo que tenía otra hija que había sido tratada exitosamente por otro terapeuta. Le pregunté porqué no había llevado su segunda hija al mismo terapeuta, ya que había ido bien. El anciano me dijo que no se atrevía a hacerlo. Cuando le pregunté por qué, me dijo que era porque cuando llevó a su hija a ver aquel terapeuta, el terapeuta lo puso bajo arresto domiciliario durante seis meses. Es fácil adivinar quién era aquel terapeuta. Le dije que podía volver a Erickson y rechazar el arresto domiciliario. Me miró sorprendido por mi inocencia. Finalmente, le sugerí que visitara de nuevo a Erickson con su segunda hija, y así lo hizo. Es interesante señalar que Erickson mantenía suficiente buena relación con el anciano como para alojarse en su casa cuando lo visitaba en Palo Alto. ¿Podría llamarse este caso terapia familiar? No he visto nunca el arresto domiciliario en los catálogos de terapia familiar. Erickson estaba obviamente haciendo terapia con la familia para ayudar a la hija, de lo contrario no hubiera implicado al padre de ese modo.

El enfoque terapéutico de Erickson pone en cuestión no sólo si hizo o no terapia de familia, sino qué tipo de terapia familiar hizo. He aquí algunos casos:

1. Con un hombre se quejaba constantemente de su miedo de morir de un ataque al corazón, a pesar de no tener ningún problema cardíaco, Erickson hizo que su esposa distribuyese literatura mortuoria y sobre funerales por la casa siempre que el hombre se quejase de su corazón (Haley, 1986, p. 178). El hombre se recuperó de su miedo. ¿Fue una terapia familiar o individual?

2. Inicialmente la terapia familiar se basó en la teoría de la represión. En consecuencia se estimulaba a los miembros de la familia a hablar y expresar sus sentimientos hostiles mientras el terapeuta señalaba lo negativamente que se trataban unos a otros. La regla era que todos los miembros de la familia podían decir lo que quisieran dado que estaban liberándose de esos sentimientos profundos.

Erickson no parecía compartir esa visión de las familias o de ese tratamiento. Se centraba en organizar la familia de forma que se lograsen sus objetivos específicos. Cuando Erickson trataba con la familia al completo, lo hacía de un modo que le permitía controlar lo que sucedía. Por ejemplo, tuvo un padre, una madre y una hija que se gritaban continuamente quejándose unos de otros. Lejos de estimular tales comportamientos, Erickson les programó pidiéndoles que se quejasen cada uno 20 minutos. El padre, la madre y la hija, cada uno tenía su turno.

En otro enfoque que era típico suyo, impidió la libre expresión en una entrevista con la familia al completo. Eran la madre, el padre y dos hijos, uno de los

cuales tenía un problema. La madre no podía parar de hablar ni podía permitir a ningún otro hablar. Erickson le preguntó si podía mantener sus dedos pulgares a una distancia de un cuarto de pulgada. Ella replicó que por supuesto que podía hacerlo. Y lo hizo. Erickson le dijo que mientras estuviera haciendo eso, él hablaría con el resto de la familia y que ella podría escuchar de tal forma que podría tener la última palabra. Erickson le habló a uno de los hijos, y la madre contestó, pero cuando lo hizo sus pulgares se separaron más de un cuarto de pulgada. Erickson le señaló lo que sucedía y ella volvió a situar los pulgares a la distancia adecuada, de tal forma que se estuvo quieta mientras él hablaba con el padre y los hijos, dándole entonces la última palabra. ¿Podría un terapeuta familiar organizar una sesión de este modo?

Muchos terapeutas familiares de aquella época hubieran argumentado que no se debe organizar una entrevista de ese modo. Impedir a los miembros de una familia hablar era chocante en un tiempo en el que la libre expresión era el objetivo. Recuerdo al comienzo de los años 60 que Don Jackson, un gran terapeuta familiar que trabajaba con nosotros, se encontraba entrevistando a una madre y a su hija de 17 años diagnosticada de esquizofrenia y que había sido recientemente expulsada del colegio. Durante la entrevista, Jackson estaba hablando con la madre cuando la hija interrumpió. Jackson le dijo a la hija que permitiese hablar a su madre, y continuó hablando con su madre. Jackson no tenía como objetivo la libre expresión, pero estaba organizando la familia para hacer que la chica volviese al colegio. Un número de terapeutas de aquel tiempo estarían sorprendidos de que un terapeuta impidiese hablar a alguien, particularmente a una hija joven con problemas.

En la misma entrevista, la madre comenzó a llorar, la hija comenzó a llorar, y el padre comenzó a llorar. Jackson educadamente los sacó del despacho, pero estaba claramente irritado. Muchos terapeutas familiares se hubieran sentido satisfechos de que la familia entera llorase porque eso significaba que habían entrado en contacto con sus sentimientos. Jackson estaba interesado en superar el llanto para lograr fines terapéuticos. Pero, a pesar de eso, nadie se atreviría a decir que Jackson no era un terapeuta familiar.

Erickson no estimulaba la expresión de sentimientos como un objetivo de la terapia. No tenía ningún interés en hacer llorar a la gente. De hecho, en una ocasión me preguntó qué podía hacer para que dejase de llorar una mujer si el llanto se prolongaba en exceso. Pero yo no tenía ningún procedimiento para remediarlo. Erickson me dijo que la haría dejar de llorar tomando sus kleenex y diciendo, “En Navidades reparto kleenex verdes”. Semejante intervención haría dejar de llorar a cualquiera.

3. Una pareja con un problema de bebida acudió a Erickson, quejándose de que los fines de semana en casa eran una porquería. Él los envió fuera los fines de semana a navegar en barca en un lago y a disfrutar del aire fresco. Esto podría ser considerado terapia familiar. A menudo se oye que terapeutas aconsejan a parejas y familias hacer juntas cosas agradables, encontrar más placer, hacer viajes juntos,

buscar unas vacaciones sin los niños, etc.

El preparativo que hizo Erickson con la pareja que fue a navegar a un lago no está en la tradición de la terapia familiar. Habitualmente aconsejaba a las familias hacer lo que no querían hacer. Pidió a esta pareja ir en bote cuando sabía que a ninguno de los dos les gustaba ir en bote. Ambos odiaban el remar en barca en un lago. Cuando siguieron sus recomendaciones y fueron a navegar en barca, lo encontraron desagradable y trataron de persuadir a Erickson de que les permitiese ir de camping. No recuerdo que Erickson simplemente enviase a la gente a disfrutar juntos de las vacaciones. Es difícil pensar en alguna escuela de terapia familiar que no estimule directamente comportamientos más agradables en la familia. ¿Es el enfoque de Erickson un enfoque de terapia familiar?

4. Una enfermera de hospital salió a pasear detrás de un edificio y encontró a un hombre joven, también miembro del hospital allí. Sentados en un banco y charlando, descubrieron que ambos compartían la misma situación -él era gay y ella lesbiana. Esto era un problema para ambos ya que había un gran prejuicio contra esa orientación sexual en aquella época. Perderían sus trabajos si se sabía, y las sospechas ya habían comenzado. Tras hablar un rato, se convirtieron en amigos y finalmente decidieron casarse como una forma cooperativa de esconder su orientación sexual. Se podría pensar en este relato como en un afortunado encuentro entre dos personas. Lo cierto es que Erickson había dispuesto el encuentro. Había sugerido a la enfermera que diese un paseo detrás del edificio, sin decirle porqué, y haciendo que el joven también estuviese allí. ¿Podríamos llamar a esto intervención familiar?

5. Se trataba de una niña pequeña que no conseguía hacer nada y que iba mal en la escuela. Erickson fue a su casa una tarde y estuvo jugando con ella a distintos juegos, como saltar a la cuerda, etc. (Haley, 1986, p. 205). Sus padres miraban al suelo en cada uno de estos juegos. ¿Es esto terapia familiar? Si no lo es, ¿Se convertiría en terapia si uno opera como Erickson contrariando a los padres al unirse con la niña de esta manera?

6. En otro ejemplo típico de Erickson, una madre y un padre tenían un hijo que mojaba la cama (Haley, 1986, p. 206). Erickson relata que la madre era una mujer amable que trataba de ayudar a su hijo. El padre era un hombre arrogante, que decía que el había mojado la cama hasta que tuvo 16 años y que porqué el niño no iba a hacer eso. Erickson dijo que entrevistó al padre por separado y que le escuchó durante largo tiempo. El padre le hablaba como si estuviese a 20 metros de distancia. Después de haber escuchado al padre, Erickson sentó al padre a su lado, y trabajó con la madre y el niño para resolver el problema. Claramente, él estaba pensando que tanto el padre, la madre como el niño debían de implicarse en la terapia. También estaba satisfecho de la respuesta positiva del padre después del éxito. Esto podría ser llamado terapia familiar.

7. En una ocasión Erickson pidió a un hombre joven que dejase todo y que se

fuese a vivir durante un año a la cima de una montaña en total soledad. ¿Puede ser esto terapia familiar? Se muestra claramente una voluntad de romper toda la red social de un hombre joven.

8. En 1950, muchas mujeres estaban inhibidas en lo sexual y Erickson fue uno de los primeros terapeutas en hacer explícitamente terapia sexual para ayudarlas a sobreponerse de sus miedos. No existía la terapia sexual en aquel tiempo, por lo que el trabajo de Erickson parecía radical. También trató con hombres que tenían inhibiciones. En un caso, un joven marido y su mujer fueron a verle con la queja de que su marido era mojigato y no disfrutaba de los pechos de su mujer (Haley, 1991). Erickson pidió al joven marido que le diese un nombre al pecho izquierdo de su mujer, o él mismo le proporcionaría un nombre que le dejaría helado. ¿Fue esto terapia familiar?

### **Diferencias**

Me gustaría presentar algunas diferencias entre Erickson y otros terapeutas familiares a la hora de concebir los problemas. Hay dos premisas que Erickson no parece tener en cuenta a la hora de tratar con familias. No pensaba en una unidad de tres personas, y no describía al niño como atrapado entre la madre y el padre, o expresando un conflicto entre el terapeuta y los padres. No pensaba en términos de triangulaciones, por lo que no veía que un terapeuta aliado con un joven contra sus padres pudiese incrementar el problema del joven. Aparentemente tampoco se basaba en la teoría de motivación que desarrolló la terapia familiar, según la cual los hijos estabilizaban el sistema familiar con sus problemas. Erickson ayudaba a los padres, provocándoles. Si un joven se inyecta heroína, o es un delincuente, se puede asumir que está protegiendo a la familia de alguna forma. Si una hija hace algo extraño o escapa, se puede imaginar que es una forma de ayudar a una madre deprimida. Si una esposa evita el sexo, se puede imaginar que está protegiendo a su marido de tener un problema. Erickson no parecía tener esta visión de la motivación. Al no tener esta visión, no suponía que si un terapeuta perturbaba a unos padres, el niño podría tener una recaída como una forma de ayudarles. Una forma de provocar a los padres era situarse del lado del niño contra ellos.

Para plantearlo de una forma más sencilla. Si se supone que un chico ayuda a sus padres a través de sus fallos, se pueden dar dos enfoques. Uno es ayudar a los padres de tal forma que el joven no necesite hacer eso. En algunas ocasiones, Erickson podía simplemente decirle al chico que le dejase a él el cuidado de sus padres mientras el joven se podía dedicar a sus propios asuntos. El otro enfoque consiste en desenganchar al chico de los padres y trabajar sólo con él, permitiendo a los padres que solucionen sus propios problemas. Erickson trabajaba con ambos enfoques, pero pienso que algunos de sus fracasos se produjeron al aliarse con el niño contra los padres y no darse cuenta de que los padres necesitaban ayuda para ayudar a su hijo. A Erickson le gustaban tanto los niños y se irritaba tanto con los

padres que se comportaban equivocadamente que a veces trataba de salvar al niño de sus padres.

Erickson tenía éxito con niños problemáticos de todas las edades, y además personalmente disfrutaba mucho con los niños. La visión típica familiar sería que él no se daba cuenta de que estaba triangulando con el niño y los padres, como tampoco era consciente del efecto que tenía en los padres la terapia exitosa. Erickson hubiese dicho simplemente que los padres necesitaban adaptarse a los cambios de su hijo hacia la normalidad.

A diferencia de los terapeutas de orientación sistémica, Erickson podía algunas veces decirle a una persona joven que no “cortase” con sus padres. Podía prohibir la comunicación entre los padres y el hijo. De la misma forma en que, a veces, decía a una esposa que abandonase a un marido abusivo, indicaba a jóvenes que lo hiciesen con sus padres abusivos. Creía que a veces el comportamiento de los padres podía llegar a ser tan detestable e inmutable que era mejor el joven dejara simplemente de tener contacto con ellos.

## CONCLUSIÓN

En suma, ¿Qué diferenciaba el trabajo de Erickson de otros terapeutas al hacer una terapia de orientación familiar? No entrevistó miembros de la familia conjuntamente ni les dejó que expresasen sus sentimientos como muchos terapeutas familiares hacían en aquella época inicial. En cambio, Erickson solía ver a los miembros de la familia por separado y sólo ocasionalmente juntos. No siempre trataba de que los miembros familiares se comunicasen unos con otros si no estaban hablando, como los terapeutas de orientación sistémica hubieran hecho. Erickson estaba dispuesto a separar a distintos miembros de la familia y a bloquear el contacto entre ellos. Habitualmente no aceptaba que la gente se dañara a sí misma para ayudar a otros. No imaginaba las familias en triangulaciones sino en términos del individuo o díadas.

Mientras repaso aspectos de Erickson que yo considero típicos, soy consciente de que lo que es típico de Erickson para mí no tiene por qué serlo para otros que le conocieron. Otros, por ejemplo, podrían estar inmersos en su forma de trabajar con la hipnosis, modo de trabajo que no he enfatizado aquí particularmente. Uno de los factores es el período en que conocí a Erickson. Le conocí en los años 50 cuando estaba activo y vigoroso dando seminarios en todo el país y ocupado con la práctica privada. Otros le conocieron en su época más madura en una silla de ruedas cuando continuaba lleno de fuerza pero más limitado que antes.

Generalizar acerca de Erickson es un problema especial dado que él fue distinto en diferentes épocas para gente diferente. Solía hablar con el mismo lenguaje de las personas a las que estaba enseñando, y educaba con metáforas dentro de las cuales diferentes personas encontrarían diferentes significados. Naturalmente, cuando tratamos de comprenderle, intentamos situarlo dentro de una categoría

determinada en el campo de la psicoterapia. Aun así, parece claro que no operaba dentro de ningún principio de ninguna ideología terapéutica de aquel tiempo. No basaba sus ideas en la teoría psicodinámica ni usaba la herramienta básica de ese enfoque, la interpretación del inconsciente. Tampoco aceptaba las premisas básicas de la terapia de la conducta, ni usaba su herramienta principal, el refuerzo positivo explícito. Erickson no aceptaba la teoría sistémica familiar y su idea básica de que el comportamiento de cualquier miembro en un sistema es el producto del comportamiento de otro miembro. De la misma forma que desarrolló su modo único de hacer hipnosis, desarrolló también su propio enfoque terapéutico. En el momento presente todavía no conseguimos encajarlo fácilmente en ninguna escuela psicoterapéutica pasada o actual.

Es notable que un terapeuta pueda ser tan reconocido y sus casos tan ampliamente conocidos y relatados, mientras su ideología básica permanece en muchos aspectos oscura. Fue un hombre que creó sus propios caminos. De cualquier modo, puedo recordarlo diciendo que había sido influido por un hombre en particular. Cuando Erickson era un niño, un amable doctor lo curó de un dolor y le dio una moneda. Fue cuando Erickson decidió convertirse en doctor. Quizás aquel amable médico no solamente lo situó en su carrera, sino que además le ofreció un modelo. A pesar de su sofisticación, en muchas formas Erickson trabajó como un amable e inteligente médico rural.

---

*El autor investiga los orígenes que dieron lugar a las innovaciones psicoterapéuticas realizadas por Milton H. Erickson, realizando un paralelismo entre las líneas de psicoterapia clásicas y el particular enfoque ericksoniano.*

*Palabras clave: psicoterapia, Erickson, hipnosis, cambio terapéutico, terapia familiar.*

Traducción: José Maria Sansinenea Méndez

**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.1, pp. 3-24). New York: Brunel Mazel., con el título “Typically Erickson”. Agradecemos el permiso para su publicación.

## Referencias bibliográficas:

- HALEY, J. (1959). The family of the schizophrenic: A model system. *Amer. J. Ment. and Nerv. Dis.*, 1129, 357-374.
- HALEY, J. (Ed.) (1985). *Conversations with Milton H. Erickson, Vol. 1*. Rockville, MD: Triangle Press.
- HALEY, J. (1986). *Uncommon therapy*. New York: Norton.
- HALEY, J. (Ed.) (1991). *Milton H. Erickson. Sex Therapy: The Male*. Audiotape. Rockville, MD: Triangle Press.



# HIPNOSIS: ESTADO EMPIRICO Y TEORICO

Dirk Revenstorf

Eberhard - Karls - Universität Tübingen - Psychologisches Institut  
Gartenstrasse 29. D-72074 Tübingen 1

*In this article historical, theoretical and empirical basis of clinical hypnosis are analyzed. Different applications to organic, psychosomatic, psychological and behavioral disorders are also specifically considered.*

*Key words: hypnotherapy, psychosomatics, psychological disorders.*

---

## 1. Introducción

Mucha gente cree que la hipnosis es una especie de “abracadabra” y no sabe que constituye un método clínico serio. A veces hasta se abusa de ella como espectáculo en teatros o en la televisión (en países como Suecia e Israel, se ha llegado a prohibir este tipo de uso de la hipnosis).

Otra fuente de descrédito de la hipnosis fue el hecho de que Freud abandonó este método al creer que había complicaciones en la relación entre el cliente y el terapeuta. Tenía miedo a que se desarrollara una atadura erótica entre los dos porque, después de la inducción al trance, el cliente cambia el modo de su actividad mental. Abandona una orientación a la realidad (proceso secundario), llegando a una orientación a la fantasía (proceso primario). Y en este estado, los deseos parecen realidad, por lo que pueden surgir sin censura racional, sentimientos de transferencia.

La terapia del comportamiento también había tenido preocupaciones respecto a la hipnosis, aunque diferentes a las del psicoanálisis. Es decir, a este método basado en los mecanismos de información inconscientes le faltaba el momento de completo operacionalismo, como había sido costumbre en la ciencia del comportamiento hasta entonces. Mientras tanto, la terapia del comportamiento ha llegado a incluir las intervenciones mentales, que tampoco cumplen las condiciones de dicho operacionalismo.

Queda ahora, que una legitimación científica de este método de terapia sea la prueba de su eficacia. A este respecto, es cierto que la hipnosis tiene una posición

respetable como se señalará más adelante. También se observarán algunas hipótesis interesantes que acercan este método a una ciencia cognitiva y a una psicología socio-biológica.

Actualmente existe un gran número de experimentos e investigaciones de laboratorio que han demostrado las condiciones y las bases fisiológicas del estado hipnótico. Sobre todo, se ha comprobado la utilidad de este método en diferentes campos de aplicación. Asimismo, la hipnosis ha dejado de ser un rito rígido para convertirse en una herramienta con la capacidad de adaptarse a varios problemas conductuales, emocionales y psicosomáticos.

## **2. Orígenes de la hipnosis**

El manejo de la hipnosis, del trance y de la sugestión se remonta a unos dos mil años antes de nuestra era. Existen indicios de que en esa época, yoguis y faquires empleaban técnicas de trance en un marco de prácticas religiosas que permitían alcanzar estados de profundidad espiritual (Edmonston, 1986). Además, los chamanes de diferentes culturas naturistas realizaban rituales de curación donde empleaban técnicas de trance para reconocer a los demonios y combatir las enfermedades en las que éstos se proyectaban.

Franz Anton Mesmer (1734-1815) intentó explicar la hipnosis como producto de fuerzas naturales externas (magnetismo animal), y fue entonces cuando ésta dejó de pertenecer al ámbito mágico-religioso, pasando a formar parte del ámbito de la ciencia. A mediados del siglo XIX, una serie de cirujanos ingleses y escoceses emplearon la hipnosis como un medio analgésico, hasta que dicha técnica fue sustituida por otros medios adormecedores o anestésicos, como el éter, cloroformo y óxido nítrico.

Charcot (1825-1893), neurólogo francés, se dedicó de manera intensiva a la hipnosis; la consideró una variante transitoria de la histeria y por lo mismo, como un fenómeno psicopatológico. Liébeault (1823-1904) y Bernheim (1840-1919) expresaron su posición, contraria a la reconocida corriente parisiense. Ellos mantenían la opinión de que la hipnosis se trata de un fenómeno psicológico normal que tiene su base en la sugestión. En lo sucesivo, muchos reconocidos psiquiatras europeos investigaron y emplearon la hipnosis. También Freud experimentó con la misma, pero dejó de hacerlo porque no la consideró un método suficientemente fiable y seguro, y que conllevaba además una serie de complicaciones al provocar una fuerte reacción de transferencia (Ellenberger, 1985). Otra forma de empleo de la hipnosis se dio en el método de autohipnosis del Entrenamiento Autógeno desarrollado por J.H. Schulz (Schulz, 1932).

En los años treinta se inició una importante actividad dentro de la investigación experimental en diversas universidades angloamericanas, siendo uno de los objetivos el lograr una explicación más exacta y teórica de la hipnosis así como el conocimiento psicométrico de este fenómeno. Para la interpretación de la natura-

leza de la hipnosis se desarrollaron dos posiciones principales: autores como Hilgard (1986), Orne (1977) y Erickson (1981) propugnaban la idea de que el trance hipnótico era un estado especial o alterado de la conciencia; mientras que otros autores, como Sarbin, Barber y Spanos (Barber y DeMoor, 1972; Spanos, 1986) rechazaban esta idea y buscaban explicar el fenómeno hipnótico como un mecanismo sociopsicológico. Hoy en día se le da preferencia a un modelo sociobiológico, que implica ambas hipótesis (Lynn y Rhue, 1991; Fromm y Nash, 1992, ver páginas siguientes).

Además de los esfuerzos de tipo experimental-científico existentes respecto a la hipnosis, después de la Primera Guerra Mundial hubo un auge en su aplicación clínica en el tratamiento de las neurosis post-traumáticas. Alrededor de 1950 se empezaron a tratar de manera creciente los problemas conductuales, las neurosis y las enfermedades psicósomáticas haciendo uso de la hipnosis. El psiquiatra M.H. Erickson (1901-1980) ha contribuido considerablemente a la aplicación flexible y múltiple de la hipnosis (Erickson y Rossi, 1981). Este psiquiatra padeció durante toda su vida graves limitaciones corporales (poliomielitis), no resignándose nunca en su empeño por superarlas. Desarrolló una postura terapéutica básica, en la que la resistencia del cliente se considera más bien un producto de un déficit de trabajo del terapeuta que como una consecuencia de la falta de deseos de cooperación del cliente. Por ello, fue un representante de la individualización de la psicoterapia y desarrolló una serie de variantes multi-usuales así como métodos indirectos de la hipnosis, entre otros, para el manejo del dolor. Asimismo, desarrolló una serie de métodos psicoterapéuticos, los cuales lo convirtieron en antecesor importante de un enfoque integrativo de la psicoterapia (Zeig, 1988).

### 3. Fundamentación teórica

Los efectos terapéuticos de la hipnosis tienen dos raíces -una biológica y otra social. Investigadores como Hilgard, Orne y Erickson defienden la posición de que en el estado de trance el individuo responde de manera más involuntaria y tiene la capacidad de mejorar la memoria e influir sus propios órganos del cuerpo. Esta hipótesis contiene la afirmación de que existen distintos estados y niveles de conocimiento. Está claro que varias drogas, como por ejemplo, el alcohol, el diazepam, los antidepresivos, las anfetaminas, el LSD o la heroína producen efectos mentales muy diversos.

La atención es uno de los dos factores importantes para distinguir niveles mentales; la amplitud de la atención puede estar enfocada, normal o ampliada. El otro factor que influye en la calidad de la producción mental consiste en que la mente se encuentre *activa o receptiva*. Los dos aspectos deben distinguirse en la aplicación de la hipnosis (Fromm y Hart, 1981). Como mínimo existen cuatro formas de producción mental dejando de lado la conciencia normal y los sueños. Estas pueden reconocerse como varios estados de trance, y pueden ser utilizadas en la terapia:

1) *Atención fija/mente activa*: Inducción al estado de trance, fijándose la mirada en un punto.

2) *Atención fija/mente receptiva*: Imaginando el proceso de curación de un órgano enfermo del cuerpo.

3) *Atención amplia/mente activa*: Regresión a experiencias de éxito en la biografía de la persona para cambiar su comportamiento en situaciones fóbicas o de confrontación.

4) *Atención Amplia/mente receptiva*: Buscando un significado nuevo para una situación inmutable o una orientación fija.

Acerca de los estados de trance las suposiciones biológicas son las siguientes:

### **Hipótesis biopsicológicas:**

**1) Imaginación mejorada:** Realmente, el proceso mental que se da en estado de trance es más que ordenarlo de una forma visual, simultánea, paralela y divergente. La imaginación intensificada resulta de una eficaz traslación de imágenes de los procesos corporales en los procesos mismos. Por eso se utilizan cuadros y símbolos en las instrucciones hipnóticas.

**2) Percepción subliminal:** Es bien conocido que somos capaces de tener una percepción subliminal. Esta hipótesis plantea que recibimos y elaboramos información de forma subconsciente y que de la misma manera podemos resolver problemas. Pero también nuestro comportamiento y fisiología son ven influidas por esta modalidad subconsciente. Por ello, se usan metáforas e instrucciones indirectas en la terapia, junto con el mecanismo detallado en el párrafo siguiente (así es como se recibe información sin atención).

**3) Disociación:** Es la hipótesis probablemente más importante. Plantea que en estado de trance, la capacidad de disociar se encuentra aumentada. Esto hace posible disociar ciertos aspectos de la experiencia, como dolor o estímulos que provocan malestar.

Acompañando estos fenómenos de trance, se han observado varios cambios fisiológicos. Uno de éstos es que partes frontales del cerebro están más activas; aunque todavía no está completamente claro lo que eso significa. Hasta hace unos años se creía que era el resultado de un desplazamiento de la actividad cerebral del hemisferio izquierdo al derecho. Pero de acuerdo con nuevos resultados, parece que es más complejo que eso.

Otros cambios fisiológicos se refieren a una reducción de cortisol (una hormona del estrés) en la sangre; aumento o disminución de la circulación de la sangre en áreas limitadas; cambio en la actividad de ciertos tipos de glóbulos en el

flujo sanguíneo; relajación muscular, etc.

Hay otro grupo de autores como Sarbin, Barber y Spanos, que opinan, que no hay un estado particular de hipnosis, sino solamente un efecto de cooperación. Este efecto se ve incrementado por varios factores:

#### **Hipótesis Sociopsicológicas:**

**4) Regresión:** Un trance hipnótico es un paso involuntario a una situación de regresión y transferencia. La base de esta reacción inmediata es que el terapeuta actúa, por una parte como un padre autoritario que manda y sabe lo que es bueno para el sujeto, y por otra parte como una madre muy benevolente que habla en un tono de voz muy cariñoso. Por lo tanto, la hipnosis constituye una situación bastante fuerte para regresar a una etapa infantil y a un estado muy receptivo (Ferencsi, 1921).

**5) Involucramiento con el rol:** Este mecanismo significa que siempre estamos involuntariamente desempeñando algún tipo de rol; pero existen diferentes grados de profundidad con que nos involucramos con éstos. Cuando nos encontramos con alguien y decimos "Buenos días, ¿qué tal?", esto no implica una participación muy profunda. Esto lo podemos comparar por ejemplo, con un actor que llora de verdad en la escena -está mucho más involucrado en el rol que está desempeñando, casi como si estuviera en la vida real. Hay estados de involucramiento más intensos, por ejemplo en curaciones religiosas que se producen en sociedades con una fe profunda. El trance hipnótico es algo que sucede en un grado superior en esta escala de involucramiento (Sarbin y Slagle, 1975).

**6) Contrato de cooperación:** Según la visión sociopsicológica, la hipnosis es nada más que cooperación e imaginación (Barber y DeMoor, 1975), pues hay una serie de características de la inducción al trance, como un tono de voz o una acentuación particular, el uso del término "hipnosis" para la instrucción, etc. que fomentan la cooperación. Dichos autores afirman que no se necesita la inducción hipnótica, sino que basta con que el cliente coopere e imagine las cosas sugeridas.

La integración de los dos tipos de explicación es bastante clara. Las condiciones sociales (regresión, involucramiento y cooperación) constituyen un contexto en el que el individuo puede salir de los límites de la conciencia cotidiana y puede utilizar las funciones aumentadas de la imaginación (que resultan de una orientación a la fantasía), y de la disociación (que puede resultar de la desfiguración de la realidad). En este estado, el individuo tiene mayor poder sobre sus funciones somáticas y sus asociaciones, es decir, sobre su memoria.

#### 4. Metas de la hipnoterapia

En las aplicaciones terapéuticas se utilizan mecanismos de la sugestión directa como la imaginación y la disociación. Además las metáforas y otros métodos de sugestión indirecta como el sembrar sugerencias curativas o paliativas durante un texto neutral utilizan el mecanismo de la percepción subliminal. El mecanismo de la cooperación facilita que el paciente siga las instrucciones de la inducción. Para llegar a un estado de trance satisfactorio, la regresión y el involucramiento del paciente sirven bien, por medio de los cuales toma el papel del niño, que está bastante abierto y flexible en su imaginación y pensamiento. La regresión también sirve para aumentar la memoria de eventos del pasado (recursos, trauma). A continuación se exponen las metas principales, que quiere lograr la hipnoterapia con el estado de trance. .

**Meta 1: Cambios fisiológicos:** relajación, vasodilatación, estimulación de los sistemas inmunológicos y endocrinos, etc.

*Caso clínico:* Para efectuar cambios corporales se pueden sugerir imágenes visuales que dibujen el proceso de curación en un órgano específico. Por ejemplo, una mujer de 50 años quería curar sus verrugas de la mano. Durante el trance, después de sugerir que sintiera un hormigueo en la mano, ella imaginó que esto significaba que el flujo sanguíneo estaría aumentado en esta región. Pues, con este flujo de sangre vendrían miles de glóbulos blancos que se comerían los virus. Y luego irían a limpiar el lugar de la lucha. Al final, la herida iría a cerrarse y la piel se volvería lisa etc. Después de seis semanas (3 sesiones) las verrugas desaparecieron.

**Meta 2: Cambio de la percepción:** por ejemplo, de la cualidad y duración del dolor.

*Caso clínico:* Una mujer de 49 años, tras la operación de un tumor, tenía dolores por causa de metástasis en la columna vertebral. No podía levantarse de la cama. Después de aprender la autohipnosis y el método de la analgesia de la mano, pudo mitigar los dolores poniendo la mano analgésica sobre el lugar del dolor en la espalda. De esta manera la analgesia hipnótica se extendió a la espalda dolorida. Entonces pudo levantarse y vivió trabajando y viajando hasta su muerte, dos años más tarde.

**Meta 3: Actividad ideomotora:** permitir al inconsciente expresarse a través de señales de los dedos y otros movimientos involuntarios para indicar “sí” o “no” tras preguntas referentes al problema y acercarse a los conocimientos

*Caso clínico:* Un ingeniero de 32 años recibió un tratamiento de rayos X y quimioterapia para curar un cáncer Hodgkin. Tenía buenas oportunidades de sobrevivir, pero naturalmente también tenía miedo a morir. En esta situación tenía que curar su estómago de los efectos de quimioterapias anteriores y también seguir con otra etapa de estas. Entonces tenía que decidir, si primero curar el estómago y después recibir otra quimioterapia o hacerlo al mismo tiempo. Los médicos no

podieron decir qué riesgo era mayor: arruinar el estómago o perder la oportunidad de una curación rápida. Ellos dejaron la decisión al paciente. Para sacar sus conocimientos inconscientes acerca de este asunto, pedí al paciente que mantuviera sus manos enfrente de su cara de tal manera como si mantuviera una pelota grande entre sus manos. Se le dijo que las manos se acercarían si el inconsciente estuviera de acuerdo con lo que pensaba conscientemente. Luego pregunté si estaba listo para trabajar su tema en trance, si quería entrar en el trance ahora, si tenía conocimientos acerca del tema, si el inconsciente quería comunicarlo, etc. Como señal de acuerdo las manos se acercaron poco a poco. Ahora estaba en un trance profundo. Luego se le sugirió que una mano representaría la quimioterapia y la otra la terapia del estómago. Si las manos se acercaban más hasta que se tocaban, el inconsciente sabía que el cuerpo sería capaz de aguantar ambos tratamientos simultáneamente. Así pasó y el paciente recibió las dos terapias con éxito.

**Meta 4: Interrupción de patrones de conducta,** como en el caso de dejar de fumar.

*Caso clínico:* Una mujer de 45 años quiso dejar de fumar (30 cigarrillos por día). En la tercera sesión se le dieron instrucciones para hacer una elevación involuntaria (levitación) del brazo. Con la mano elevada, fue invitada a tomar un cigarrillo entre los dedos, tal y como estaba acostumbrada. A continuación recibió la sugestión para que los dedos mantuvieran el cigarrillo o lo dejaran caer. Ni lo uno ni lo otro ocurrió, pero la mano desarrolló un temblor y en ese momento la cliente recordó el momento cuando empezó a fumar -cuando su marido murió. Al día siguiente, llamó por teléfono y dijo que fumaba con la mano izquierda y no más de 6 cigarrillos.

**Meta 5: Regresar a sus recursos:** guiar a la persona a usar recursos propios que había olvidado.

*Caso clínico:* Una cliente de 28 años de edad, con una fobia a volar, tenía que viajar en avión de Alemania a Laos (más que 4000 km). Después de imaginar durante el trance la situación en el avión con todos los aspectos de su miedo, se instruyó a la mujer para regresar hasta su niñez. Entre varias memorias que se le ocurrieron, hubo una que parecía un recurso adecuado. La mujer recordó que cuando tenía 10 años, su padre le había dado un paseo en la barra de la bicicleta. Esta experiencia de ser movida de esa manera era muy agradable. A continuación se indicó a la mujer que imaginara estar en el avión y al mismo tiempo sentir como si estuviera sentada en la barra de la bicicleta con su padre. Así superó la fobia a volar y tomó el avión a Laos la siguiente semana.

**Meta 6: Aumento de la creatividad:** utilizar experiencias personales de una manera imprevista y creativa.

*Caso clínico:* Una mujer médico, se quejó de su falta de paciencia al llevar a cabo los deberes con su hija. En trance, buscando situaciones en las que manejaba su impaciencia, primero recordó momentos en que era impaciente con sus mismos

pacientes. Pero luego encontró una imagen útil: recordó que tenía un gato que muchas veces se le acercaba para que ella lo acariciara. La cliente reconoció en ese momento que esa situación era una analogía a la situación educativa, pero que ella se comportaba de forma diferente. Si tenía suficiente tiempo, acariciaba al gato y si no lo tenía, podía hasta despedirlo sin problemas. Quizás esta asociación parezca ridícula, pero lo que sucedió en ese momento fue que la cliente sabía que era capaz de hacer pacientemente lo que necesitaba con su hija sólo cuando tenía suficiente tiempo para hacerlo, de lo contrario no lo haría. Sentía esta impaciencia sólo en situaciones en las que se encontraba entre dos deseos, de hacer una cosa y dejarla a la vez. Finalmente, su comportamiento con el gato le sirvió como modelo para tratar a su hija.

**Meta 7: Reconstrucción de experiencias** (traumáticas): Durante el trance hipnótico, el límite entre lo que parece realidad y lo que parece ficción, no es tan claro como normalmente creemos. Sobre todo, lo que habitualmente consideramos como hecho, muchas veces contiene elementos ficticios. Por lo mismo, partes ficticias pueden ser integradas a nuestra experiencia de hechos para mejorarlos. Parece que las partes agregadas posteriormente en el trance funcionan como si fueran partes de la biografía de la persona. Casi como si se hubieran convertido en hechos.

*Caso clínico:* Una estudiante de 23 años de edad tenía el problema de estar, por un lado prolongando sus estudios, y por otro, peleándose en una forma latente, no abierta con su padre. Esta mujer había encontrado a su madre muerta a la edad de siete años. Su madre era alcohólica y se había suicidado. La cliente podía reproducir la memoria de esta escena traumática con gran claridad, pero nunca había llorado ni una sola lágrima sobre la muerte de su madre. En varios trances durante sesiones posteriores, la cliente consiguió regresar a edades cercanas a cuando tenía siete años (a los ocho años, a los seis, etc.)

Cuando se sintió segura de que podría soportar el recuerdo de este incidente tan trágico, el terapeuta le pidió que volviera a la escena clave de los siete años y la viera claramente: la madre muerta y los alrededores. Durante la reconstrucción se le indicó que imaginara que se encontraba delante de ella, su madre en el suelo al mismo tiempo que estaba a su lado, diciéndole algo como: “Sé que tú tienes la fuerza para comprender que este paso que yo he dado al suicidio es adecuado para mí”. En ese momento la mujer empezó a llorar durante diez minutos. En la cita siguiente, dijo que no necesitaba más terapia porque ya era capaz de discutir con su padre abiertamente y continuar sus estudios. Estaba claro que la hija tenía la hipótesis inconsciente de que su padre era el culpable de la muerte de su madre.

El hecho de reconstruir dicho momento significativo de su vida, agregando un aspecto que no estaba allí, pero que podría estarlo porque podría ser un pensamiento de su madre antes de morir cumplió la experiencia terrible. Este posible pensamiento facilitó la aceptación del incidente, por lo que no necesitaba disociar más los



sentimientos de duelo. Así pudo llorar y cerrar este episodio de su vida.

**Meta 8: Re-estructuración de situaciones fijas** en las cuales parece que no es posible ningún cambio.

*Caso clínico:* Una mujer, treinta años menor que su marido (no estaban casados, sin embargo tenían dos hijos, y el marido, un hombre muy eficaz y autoritario, todavía estaba casado con su primera mujer) quería ser tratada con más igualdad. El terapeuta le pidió durante el trance que imaginara un símbolo para su conducta. Ella encontró las siguientes imágenes: un resorte en un reloj o un caracol que se mete dentro de su concha. Ambos símbolos pueden parecer una señal de sumisión: el resorte se contrae y el caracol se esconde. Pero replanteando estas imágenes, ella encontró un punto de vista diferente; en el resorte ella conserva energía que podría utilizar más tarde sin encontrar resistencia. En una carta posterior, donde describía la situación de su matrimonio, escribió: “Desde que le dejo hacer lo que quiere, él también me deja hacer lo mismo.”

**Meta 9: Superar ideas irracionales**, que uno mismo se impone.

*Caso clínico:* Un estudiante de 27 años había tenido una depresión reactiva profunda porque había perdido a su novia. Ella había sido su primer amor durante siete años y desde que la había perdido no había hecho nada por sus estudios durante dos años. Siempre se planteaba que “nadie es como ella” y lo vivía como un hecho, una realidad. Por lo cual era muy crítico respecto a quién elegir como amiga. Sin embargo, a pesar de ser tan crítico con muchas cosas y con sus propios méritos, era capaz de entrar en trance fácilmente. Disfrutó muchas veces este estado solamente para relajarse. Durante los trances le contaban anécdotas y metáforas; por ejemplo, la metáfora bien conocida de las tres puertas. Esta es una historia muy simple en la que se describe cómo superar pensamientos sin término medio. La metáfora es: “Estás sentado en tu cuarto relajado y miras a una pared delante de ti. Sabes que esta pared tiene dos puertas que tú conoces”. La historia continúa: “Te vas a los dos cuartos familiares detrás de las puertas. Puedes decidir quedarte en uno de los cuartos o volver. De pronto ves una tercera puerta que no habías visto antes. Esta puerta es difícil de abrir, pero después de un rato lo consigues. Y cuando entras en este tercer cuarto no encuentras nada conocido, todo parece desordenado”. Aquí sigue una serie de metáforas, demostrando cosas que podrían no tener ningún sentido desde un punto de vista, y a lo mejor tenerlo desde otro. Por ejemplo, si se miran desde abajo las ramas de un árbol en otoño, éste parece caótico. Sin embargo, si te alejas un poco, entonces puedes ver la copa de este árbol y reconocer su forma específica. En la siguiente sesión, el cliente volvió y dijo que había encontrado a otra chica. Explicó que en una fiesta vio a esta mujer, y simplemente le preguntó si podía bailar con ella. Dijo que nunca antes había creído que pudiera superar su timidez. La relación se rompió antes de cumplir un año, pero el cliente lo superó con bastante soltura. Se mudó a otra ciudad y siguió sus estudios, encontrando finalmente otra novia.

Las primeras tres metas pertenecen a cambios corporales (fisiología, y respuestas motóricas), mientras las seis últimas se refieren a cambios cognitivos y emocionales. Después de hablar de algunas de las metas principales de la hipnoterapia quisiera discutir los datos empíricos que comprueban la eficacia de este método. Finalmente voy a tratar algunas diferencias en el procedimiento de la hipnoterapia en comparación con otras formas de terapia, en especial las cognitivas.

## 5. La Fundamentación empírica

Los manuales correspondientes muestran que el método de la hipnosis se había aplicado en casi cada campo: en los problemas del comportamiento, psicósomáticos, psiquiátricos y varios problemas somáticos (Crasilneck y Hall, 1985; Wester y Smith, 1984; Borrows y Dennerstein, 1980;. Rhue 1994; Revenstorf, 1993h). Hay muchos estudios casuísticos que demuestran la utilidad de la hipnosis en cada uno de los problemas antes mencionados (véase el cuadro superior). Además, en algunos campos de aplicación también hay estudios controlados de grupo, según los cuales, algunos usos de la hipnoterapia han sido bien comprobados.

### APLICACIONES DE LA HIPNOTERAPIA

#### CAMBIOS SOMÁTICOS

- Inmunología (verrugas, ictiosis, dermatosis, tumores)
- Circulación (vasodilatación, fenómeno Reynaud, cicatrización)
- Dolor agudo (durante el parto, postcirugía, dentista)
- Neurología (amnesias, rehabilitación de lesiones cerebrales)
- Disfunciones sexuales

#### TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS

- Dolor crónico
- Migraña, dolores de cabeza por tensión
- Fenómeno de Krohn, úlcera gástrica
- Asma, rinitis
- Hipertonía

#### TRASTORNOS PSICONEURÓTICOS

- Fobias, presiones
- Reacciones depresivas
- Reacciones postraumáticas
- Trastornos del sueño
- Disociación de la personalidad

#### PROBLEMAS DE CONDUCTA

- Morderse las uñas
- Enuresis
- Tabaquismo
- Sobrepeso
- Rendimiento académico y atlético (entrenamiento mental)

Hasta 1992 hemos realizado 77 estudios de grupo (Revenstorf y Prudlo, 1994; Revenstorf, 1995) con un total de más de 5800 pacientes. Los resultados indican la eficacia de este método en el trabajo con verrugas, dolor de parto, migraña, dolor crónico, duración de la vida en pacientes con tumores, efectos secundarios de la quimioterapia (mareo), insomnio, fobias, fumar y otros problemas. Estos estudios también señalan que la hipnosis es menos eficaz para problemas de hipertensión, alcoholismo y farmacodependencia. Un meta-análisis muestra que para algunos de estos problemas (dolor, fobias y fumar), la eficacia de la hipnoterapia corresponde a una índice de éxito del 70 % (fumar), 71% (fobias) y 63% (dolor), comparado con un 34% en el grupo sin tratamiento (grupo control). El meta-análisis se basó en 33 estudios mencionados anteriormente (Rominger, Prudlo y Revenstorf 1995).

#### **Lista de Estudios Grupales de la Hipnoterapia (1960-1992)**

1. **Cirugía:** Hart, 1980
2. **Hipertensión:** Deabler, 1973; Case, 1980; Case, 1985; Friedman, 1977
3. **Asma:** Citron, 1968; Maher-Laughnan, 1962; Morrison, Smith & Burns, 1960 citados en Maher-Loughnan, 1962
4. **Cáncer (tiempo de sobrevivencia):** Spiegel, 1989
5. **Verrugas:** Chandrasena, 1982; Johnson, 1978; Sinclair-Gieben, 1959; Surman, 1973; Ullmann, 1959; Zhukov, 1961; Tenzel & Taylor, 1969.
6. **"Irritable Bowel Syndrome":** Whorwell, 1984
7. **Malestar (de la quimioterapia por cáncer):** Burish, 1981; Redd, 1982; Zelzer, 1983
8. **Dolor de Cabeza y Migrañas:** Anderson, 1975; Andreychuk, 1975; Carasso, 1983; Friedman, 1982; Friedman, 1984; Schlutter, 1980
9. **Dolor (en el cáncer):** Hilgard, 1978; Hilgard, 1982; Kellerman, 1983; Spiegel, 1983; Zeltzer, 1982; Syjala, Cumming & Donaldson, 1992
10. **Dolor (crónico):** Elton, 1980; Hoppe, 1983
11. **Angustia:** Benson, 1978; Glick, 1970; Horowitz, 1970; Marks, 1968; Melnick, 1976; O'Brian, 1981; Boutin, 1983; McAmmond, 1971; Paul, 1969a; Stanton, 1978b
12. **Alteraciones del Sueño:** Borkovec, 1973; Graham, 1975; Reid, 1981
13. **Enuresis:** Edwards, 1985
14. **Adicciones:** Edwards, 1966; Manganiello, 1984; Wallerstein, 1957
15. **Obesidad:** Bolocofsky, 1985; Bornstein, 1980; Goldstein, 1980
16. **Tabaquismo:** Barkley, 1977; Berkowitz, 1979; Hall, 1970, Jeffrey, 1985; Kline, 1970; MacHovac, 1978; Miller, 1976; Nuland, 1970; Owens, 1981; Pederson, 1975; Pederson, 1979; Perry, 1975; Perry, 1979; Rabkin, 1984; Sanders, 1977; Sheehan, 1982; Shewchuk, 1977; Spiegel, 1970; Stanton, 1978a; Wagner, 1983; Watkins, 1976

**Tabla 1:** 77 Investigaciones de Grupos Experimentales y Grupos Control para la efectividad de la Hipnosis (ver Revenstorf & Prudlo).

Aunque en varios campos de aplicación sería de desear que se realizaran investigaciones controladas, con estos datos existe una base empírica que justifica el uso de la hipnosis como un método clínico.

## ESTUDIOS DE GRUPOS CONTROL PARA LA TERAPIA DE HIPNOSIS

Alteración	Número	Número	Magnitud	Magnitud	Mejoría No tratados/ Sí tratados
	de Estudios	de Variables	del Efecto	del Efecto	
1) Todos los estudios	36	1251	g= .83	r= .38	31% / 69%
2) Estudios homogéneos	33	1126	g= .68	r= .32	34% / 66%
3) Fumar	4	63	g= .89	r= .40	30% / 70%
4) Miedo	6	150	g= .95	r= .44	29% / 71%
5) Dolor	14	66	g= .54	r= .26	37% / 63%

Tabla 2: Meta-análisis de 36 estudios con grupos control no tratados. El efecto ("g" y "r") se calculó para cada variable y después fue medido. La "g" se refiere a la diferencia de la media estandarizada, y "r" a un coeficiente de correlación. Los datos mejorados indican, según el caso, el éxito del tratamiento y la remisión espontánea del grupo control (según Rominger, Prudlo y Revenstorf, en preparación).

### 6. Estrategias hipnoterapéuticas

La hipnoterapia se desarrolló de la hipnosis clásica del siglo pasado, antecesora del psicoanálisis y de la terapia conductual. Freud aprendió este método de Charcot, en París, para tratar casos de histeria, y Wolpe lo utilizó como medio de relajación en la desensibilización de fobias. De acuerdo con dicho origen, la hipnosis es simultáneamente una terapia del síntoma y una terapia psicodinámica. Consta de elementos tanto instructivos, como interpretativos; tiene características de encubrimiento y descubrimiento, y fue bautizada como "la madre de la psicoterapia". Desde principios de siglo, la hipnosis ganó mucha flexibilidad y amplitud para su aplicación, en su mayor parte gracias a las ideas y esfuerzos del psiquiatra M.H. Erickson y sus discípulos.

#### 6.1. Uso no-específico

La hipnoterapia contiene elementos *no-específicos*, como el cambio fisiológico de un estado ergotropeo a un estado trofotropeo, el cual tiene varias cualidades saludables: relajación muscular, decremento de la presión sanguínea, recuperación de recursos corporales, competencia mejorada del sistema inmunológico, etc. De este cambio general resultan una serie de efectos benéficos: reducción de dolores de cabeza (basado en la tensión muscular), curación más rápida de heridas, alargamiento del tiempo de vida en pacientes con cáncer, tranquilidad mental, disminución del estrés, etc. Estos efectos, la hipnosis los comparte con otros procedimientos similares como son la meditación, la relajación de Jacobson y el entrenamiento autógeno de Schultz (véase meta 1 anterior).

## 6.2. Uso específico indirecto

Hay un uso de hipnoterapia *específica*, orientado a soluciones de problemas, por ejemplo, de fobias, dolores, o síntomas psicósomáticos. En este uso se pueden distinguir dos maneras de atacar el problema: la forma directa y la forma indirecta. La forma *indirecta* es una manera de usar la hipnosis como un estado en el que es posible comunicarse con el inconsciente a través de movimientos involuntarios. Puede ser una levitación del brazo, el acercamiento de las manos, o movimientos de los dedos. Sirven como reacciones con que la persona inconscientemente, o tal vez, involuntariamente, contesta ciertas preguntas que se refieren al problema. Por ejemplo “¿Tiene el inconsciente información acerca del problema?; ¿hay eventos durante los últimos 5, 10, 15, etc. años que están vinculados con el problema?; ¿cómo pueden contribuir a la solución del problema?”, etc. Dependiendo de las reacciones, afirmativas o negativas, se puede acercar a la solución o a lo que la impide, sin saber el contenido de los conocimientos que constituyen las respuestas. Este procedimiento se aprovecha de los conocimientos que comúnmente denominamos “tenerlo en la punta de la lengua” (véase metas 3, 4 y 6 anteriores).

## 6.3. Uso directo, orientado al síntoma.

En el uso *directo*, al contrario del anterior, el contenido del problema, al igual que el de varios caminos a la solución, se expresa en palabras. Sin embargo, se distinguen dos maneras de atacar el problema (digamos el dolor): al nivel del síntoma y al nivel del origen del síntoma. El tratamiento del dolor *orientado al síntoma*, puede ser un analgésico sugerido en el estado de trance hipnótico -en el sentido de una disminución o una desfiguración de la percepción dolorosa o sugiriendo una disociación del cuerpo, de la mente (véase metas 2 y 5 anteriores).

## 6.4. Uso orientado al problema

En muchos trastornos psicósomáticos, como los dolores crónicos, un tratamiento *orientado al problema* puede ser más adecuado que el alivio del síntoma. Si una herida está vinculada con una situación emocional no llevada a cabo, como en un accidente automovilístico, la emoción de esta experiencia a veces es acoplada y confundida con el dolor de la misma herida. Por lo tanto, ésta puede servir como expresión de la emoción incumplida (rabia, culpa, tristeza). Entonces el individuo inconscientemente usa los dolores para comunicar su emoción de una forma prolongada. En casos como éste se usa la hipnosis, tanto para reconstruir la situación primaria a través de la imaginación, como para cumplir, de una manera ficticia, el afecto suprimido a través de la construcción de una posibilidad para experimentarlo (véase meta 7 anterior).

## **7. Principios innovadores de la Hipnoterapia**

Existen ciertos principios que facilitan la comunicación terapéutica para alcanzar metas como las descritas anteriormente. Estos principios son bastante generales para ser útiles en otras formas de terapia y otros contextos. Sin embargo, han sido desarrollados en el campo de hipnoterapia. Por eso la hipnosis clínica hoy día representa unas de las formas de comunicación más desarrolladas.

### **7.1. Comunicados no-verbales**

Uno de los principios de la terapia de M.H. Erickson era la adaptación de la intervención de acuerdo a las necesidades del cliente. Por ejemplo, la instrucción hipnótica a menudo es realizada en forma de monólogo. Esto resulta de la pereza motora que se presenta en este estado y también de la introspección de la persona en trance. En efecto, a veces es preciso cambiar la forma de un diálogo si faltara información biográfica de una experiencia recordada durante el trance. Pero generalmente, la persona en trance no tiene ganas de hablar mucho. Si el terapeuta quiere responder a cambios en el cliente, necesita estar muy atento a señales no-verbales (cambios en la expresión de la cara, cambios en la respiración, en la coloración de la piel, pequeños movimientos involuntarios). De esta información, el terapeuta sabe si el cliente está recibiendo lo que se le está sugiriendo o no y conforme a eso puede adaptar sus instrucciones.

Por otro lado, el terapeuta usa señales no-verbales para comunicar información subliminal, la cual es recibida sin análisis racional y asimilada subconscientemente. Por ello cambia la inflexión de su voz si quiere destacar algo en la frase, o ajusta su ritmo de respiración al del cliente para lograr sintonización.

### **7.2. Utilización**

La hipnoterapia originada por Erickson ha ampliado considerablemente el método de hipnosis como una forma de terapia. Otra de sus características es el principio de utilización. Este principio significa que todo lo que pasa contiene aspectos útiles, aunque no lo parezca. Por ejemplo, si un ruido imprevisto estorba la sesión o si ocurre un afecto inesperado (lágrimas), es posible incluirlo en el texto de la inducción. Más aún, el principio de la utilización señala que es ventajoso y adecuado utilizar las peculiaridades del cliente para formular una intervención adecuada. Es decir sus valores, sus características de interacción, incluso sus síntomas se usan como recursos para cambiar.

*Caso clínico:* Erickson tuvo un cliente paranoico que creía que era Jesús. Para activarlo, Erickson dijo: “Eres Jesús. Probablemente sabes que su padre, José, era carpintero”. El cliente lo afirmó. Erickson explicó que los hijos normalmente tienen la profesión de sus padres. Entonces el cliente debería ser carpintero también. El cliente lo afirmó. “Entonces tienes la capacidad de arreglar esta silla” -continuó Erickson, y el cliente lo hizo.

### **7.3. Intervención estratégica mínima.**

Es imposible cambiar, en todos sus aspectos, la vida de un individuo que pide ayuda. A veces hay resistencia al cambio del síntoma mismo. Lo que se puede hacer es mover un pedazo inocente que sí se mueve. Pero hacerlo tiene una serie de consecuencias posteriores.

*Caso clínico:* Una chica de 16 años se mordía las uñas desde hacía diez años. Los padres me la llevaron diciendo: “Aquí le traemos a nuestra hija, tiene que dejar de morderse las uñas porque ahora es una jovencita”. Después de pedir a los padres que salieran, hablando con la chica, ella explicó que había abandonado sus estudios totalmente. Sin embargo, aclaró convincentemente que conseguiría empezar sus estudios en la universidad dentro de siete años, cuando tuviera 23 años. Ella había asistido a unas cuantas terapias antes, en grupos, individuales y en una clínica, incluyendo el entrenamiento autógeno. Era evidente que necesitaba una forma de comunicación no-autoritaria para evitar las faltas de los padres. Para una inducción hipnótica le pedí que su mano derecha fuera ligera. Después de un rato me informó que lo sentía mucho, pero que la mano que estaba ligera era justamente la izquierda. “¡Qué lástima! -le contesté-, pero vale, está bien”.

Luego conté una serie de anécdotas que significaban que morderse las uñas podía ser a veces inteligente. Por ejemplo, en la historia del chico de ocho años que se mordió las uñas hasta ensangrentarse con el fin de evitar los estudios de piano (Zeig, 1981). Sin hablar mucho de morderse las uñas en el caso de ella, solamente se le sugirió que dejara crecer una de sus uñas para luego mordérsela como a un bocado grande, porque así lo disfrutaría más. Cuando volvió la siguiente vez, dijo: “Lo siento mucho, pero la uña se me rompió ayer”. Tres semanas más tarde ya se había pintado las uñas, todavía cortas, pero estaba contenta de que estaban creciendo, y dejamos el tema.

El principio de intervención estratégica mínima consiste en encontrar el punto de ataque en alguna parte. Este resulta fácil de cambiar porque no parece una pérdida, sin embargo, el cambio significa la interrupción del patrón de conducta y se facilitan otros cambios.

### **7.4. Confusión.**

Este principio puede sonar inadecuado porque la persona que tiene problemas puede estar confundida de cualquier manera. Esto es verdad en algunos casos de estrés agudo, por ejemplo, si la persona ha perdido un pariente o su trabajo. Sin embargo, hay muchos casos en que los problemas permanecen justamente porque la persona está demasiado atada a un esquema cognitivo bastante rígido. Por lo tanto puede ser útil perturbar este sistema tan inflexible a través de una confusión para prepararlo a estar dispuesto al cambio.

*Caso clínico:* Con un paciente que tiene un dolor se puede empezar por pedirle que describa su dolor con absoluto lujo de detalles. Hasta el punto de describir el

color que podría tener el dolor y lo que éste le podría decir al cliente. Y es más, se pide que intente discriminar claramente si el dolor es más fuerte arriba o abajo, adentro o afuera. O que quizás es más fuerte en la parte de arriba de abajo o la parte de abajo de arriba, etc. Se puede continuar pidiendo descripciones tan exactas con cualidades como calor, forma, contornos, duración y otros. El esquema de la cualidad del dolor va siendo más factible al cambio porque las descripciones van cambiando a través de repeticiones de la descripción, haciéndose menos fijo. Esta confusión se utiliza para sugerir cambios de la cualidad de dolor, lo cual lo hace más tolerable.

### **7.5. Indirección.**

Este principio se basa en la percepción subliminal. Si se emplean anécdotas y metáforas, en lugar de hacer recomendaciones directas sobre lo que se tiene que hacer, se estará dando información que de alguna manera evita la evaluación habitual dualista de la razón (en términos de bueno-malo, correcto-equivocado, etc.).

Por ejemplo, en vez de sugerir el trance al paciente directamente, se puede contar de una manera detallada cómo otra persona se puso en trance. Escuchando esto, el paciente estará involuntariamente siguiendo las descripciones y mostrando signos de trance, con bastante probabilidad.

### **7.6. Plantar semillas.**

Por ejemplo, si se quiere trabajar con una levitación de la mano, puede ser favorable sembrar palabras que están relacionadas con el proceso terapéutico y acentuarlas por medio de una inflexión (subrayado) de la voz como:

“Es ligero confiar en su mano, por ejemplo, en la manera en que se mueve para saludar a un amigo, para indicar algo; en la misma forma en que deja mover sus piernas para andar, para montar un caballo, ascender una cima; sobre todo es agradable hallarse arriba si quiere tener una vista general. Hay un refrán que dice: “A veces una mano olvida lo que hace la otra”, etc.

De esta manera, mencionando reiteradamente y de forma sistemática las palabras que tengan el sentido o el sonido del conducto nervioso, se sugiere después, que se van a abrir los conductos nerviosos, preparando este comportamiento.

### **7.7. Búsqueda interna.**

Este principio no es muy halagador para el terapeuta, puesto que afirma que la solución sale del cliente y no se origina en el ingenio del terapeuta (vea metas 5 y 6 anterior). Es decir, en vez de saber más que el cliente, el terapeuta sabe que es al revés y trata de movilizar los recursos del paciente. Esto implica que el terapeuta puede tener una hipótesis que formula en su intervención, mientras que el cliente usa la sugestión de una manera diferente e imprevista:



*Caso clínico:* Un ejecutivo tenía el problema de discutir siempre con su superior inmediato. El cliente era una persona muy racional, disciplinada y con bastante aptitud. Como metáfora consciente para su situación describí una corrida de toros en la que el toro era superior y fuerte, advirtiendo que quizás para esta situación sería mejor ser el matador. Pero tal vez en la situación del trabajo no era tan claro quién jugaba el papel del matador y quién el del toro. Con la hipótesis de que el cliente necesitaba ser más listo en lugar de empujar a su superior, le conté una serie de anécdotas. Una de ellas fue la historia de la mujer con el sentimiento de sumisión, para el que ella había encontrado el símbolo del resorte, que se encoge a la vez que conserva la energía (véase meta 8 anterior).

Cuando encontré al cliente un año después, le pregunté cómo iban las cosas; contestó que toda la situación había mejorado porque su superior se comportaba más amablemente. “Quizás usted también” -le dije. El cliente sonrió. Así, a pesar de que la intención había sido conseguir que fuera más listo, él eligió que fuera más amable. El cambio no fue lo que estaba previsto sino un cambio autónomo del cliente. La única señal que las anécdotas habían demostrado era indicios de un estado receptivo, como una cara relajada o la inmovilidad del cuerpo que no desea disputar el contenido de las anécdotas después de la inducción.

### **7.8. La construcción de la realidad**

Este principio usa la condición de que el límite entre realidad y ficción no es tan claro como habitualmente aceptamos. Incluso, lo que molesta al paciente a menudo son puntos de vista y valoraciones subjetivas. De aquí la actitud constructiva del terapeuta, que sugiere otros puntos de vista que causan menos sufrimiento (véase metas 6, 7 y 8 anteriores).

### **7.9. La protección del inconsciente**

No siempre es necesario dejar los problemas y las soluciones personales en el inconsciente. Pero a veces, cuando el tema es doloroso o la solución es irracional e incomprensible para la razón cotidiana, sería un choque inmediato pensarlo conscientemente. En este caso es mejor mantener el contenido de forma subconsciente, hasta que la mente encuentre una forma de integrarlo. En este sentido, es más adecuado sugerir olvidarlo (amnesia) o distraer al paciente del contenido hipnótico al final de la inducción, por ejemplo, con un chiste, una pregunta trivial, y de esta manera desconectándose del tema del trabajo en trance.

## **8. Discusión**

La hipnoterapia se ha desprendido del fondo mágico para convertirse en un método científico, tanto en relación a su evaluación empírica como a su base teórica. A nivel conceptual, se plantea que en la hipnosis operan ciertos mecanismos teóricos, que explican el fenómeno de trance como una conciencia alterada en su

modo de trabajo mental en comparación con los pensamientos cotidianos. Como método clínico, en la hipnosis se pueden distinguir varias metas para lograr cambios terapéuticos. Y para usar este método de una manera eficaz, se han desarrollado una serie de principios de manejo de la comunicación con el paciente de una forma bastante sutil.

Contrariamente a los conceptos autoritarios de principios de siglo, aún existentes en algunas ideas folclóricas acerca de la hipnosis, ésta desarrolló un modo de acercarse al paciente y a su problema, que está basada en la idea que el paciente sabe mejor que el terapeuta las soluciones a su problema y el terapeuta toma el papel de un guía interno. No obstante esta actitud humilde, el terapeuta toma la responsabilidad de proteger al paciente en la situación terapéutica para ofrecer al paciente un ambiente seguro y la oportunidad de explorar sus procesos internos. Por eso el hipnoterapeuta tiene autoridad y cariño ante el paciente y al mismo tiempo respeta su autonomía y su mayor competencia acerca de su vida.

Los datos empíricos de los efectos curativos de la hipnosis en varios trastornos habían ido creciendo en las últimas tres décadas y constituyen un fundamento satisfactorio para su aplicación clínica. Los estudios controlados sobre el dolor y la ansiedad demuestran que la hipnoterapia es capaz de aumentar la cuota de éxito en un promedio de 66%, que está bastante por encima de la curación espontánea (33%). Si se tiene en cuenta que la duración de la hipnoterapia es más breve que la mayoría de las otras formas de terapia, la hipnosis resulta un método considerablemente económico.

La hipnosis está orientada tanto a la psicodinámica como al comportamiento y por eso combina las ventajas de una comprensión biográfica del problema y los recursos con una práctica en la vida diaria del paciente. Además, el estado de trance facilita el acceso a las emociones y, por otro lado, constituye un modo mental, en el que suceden cambios de significado a través de la asociación y disociación de aspectos de la experiencia. Por eso representa tanto rasgos de la terapia gestáltica como de la terapia cognitiva. En la hipnoterapia destaca el trance como un vehículo de comunicación. Además salta a la vista la individualización que se maneja en la hipnoterapia. En particular, el principio de utilización implica que la resistencia no está ubicada en el paciente sino en el terapeuta. Entonces se supone que cada individuo sigue su propio camino hacia el cambio y la tarea del terapeuta es buscarlo.

Aunque hay límites al respecto en la personalidad del terapeuta, esta actitud provee una gran flexibilidad en la conducta terapéutica. Junto con los otros principios como la estrategia mínima, indirección, confusión y la comunicación no-verbal se llega a una comunicación compleja que se puede trasladar a otras formas de terapia para aumentar la eficacia de ellas. Una ventaja que ofrece la hipnosis es el uso del inconsciente, es decir, de los conocimientos que no están a mano de nuestros pensamientos cotidianos de una manera práctica (por ejemplo a través de

movimientos involuntarios, véase párrafo 6). Es quizá el método más extraño y foráneo de las escuelas de terapia. Pero en principio todos los modos específicos y no-específicos pueden ser adaptados e integrados en otras formas de terapia. De esta manera la hipnosis actúa como levadura en la masa haciendo la terapia más fina y digerible.

---

*En este artículo se repasan las bases históricas, teóricas y empíricas de la hipnosis clínica, sus principios y metas de aplicación tanto en el ámbito de los trastornos orgánicos, psicósomáticos y psicológicos como en los problemas de conducta y adicciones.*

*Palabras clave: hipnoterapia, psicósomática, trastornos psicológicos.*

**Nota Editorial:** Dificultades técnicas de última hora han hecho imposible la inclusión de la bibliografía correspondiente al presente artículo. Pedimos disculpas por esta omisión. Las personas que pudieran estar interesadas en su consulta pueden dirigirse directamente al autor para obtener una copia de la misma.



# UTILIZACION DE LA PARADOJA EN HIPNOSIS Y TERAPIA FAMILIAR

Camillo Loriedo 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 indispueta 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 incomprendible. 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.

# ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS (ASEPCO)

La Asociación Española de Psicoterapias Cognitivas (ASEPCO) agrupa a profesionales de la Psicoterapia y a psicólogos en formación de orientación cognitiva. En la actualidad subsisten diferentes modalidades psicoterapéuticas que pueden ser denominadas genéricamente como Psicoterapias Cognitivas. La necesidad de facilitarles un marco institucional y asociativo en nuestro país ha dado origen a nuestra Asociación, que en fecha 27 de octubre de 1992 ha sido reconocida por el Ministerio del Interior e inscrita con el número 113.710 en el registro de Asociaciones.

## **Socios:**

ASEPCO cuenta con una sección integrada por psicoterapeutas acreditados de acuerdo con los criterios establecidos por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas) y admite como socios adherentes a todos aquellos que se hallen en periodo de formación. Para formar parte de la Asociación se requiere presentar una solicitud de ingreso, acompañada de la siguiente documentación:

- a) Titulación (fotocopia del original),
- b) Curriculum personal, profesional y académico documentado,
- c) Justificante de haber satisfecho la cuota de ingreso.

## **Objetivos:**

- Fomentar la investigación y el estudio en psicoterapia cognitiva.
- Promover la formación permanente de los miembros acreditados y posibilitar la acreditación de los miembros adherentes.
- Organizar actividades de divulgación científica tales como conferencias y congresos.
- Colaborar con entidades afines y establecer lazos institucionales con asociaciones homólogas de ámbito internacional.

## **Información e inscripciones:**

- Para inscribirse como socio de ASEPCO enviar la documentación requerida y la cuota de ingreso mediante un talón a nombre de ASEPCO (ASOCIACION ESPAÑOLA DE PSICOTERAPIAS COGNITIVAS) por el importe de 5.000 pts.

**Dirigir toda la correspondencia a:**

**ASEPCO. C./ Numancia 52, 2º 2ª 08029 - BARCELONA  
Tel.: (93) 321.75.32**

# REVISTA DE PSICOTERAPIA

La REVISTA DE PSICOTERAPIA es una revista internacional escrita en castellano con la colaboración de algunas de las plumas de más reconocido prestigio en el mundo de la psicoterapia que lleva publicados ya veinte números monográficos desde su aparición en el año 1990 sobre temas como esquizofrenia, depresión, eficacia terapéutica, relación terapéutica, integración en psicoterapia, emociones y psicoterapia, grupos terapéuticos, entre otros.

Es una revista dirigida a todos los profesionales de la psicoterapia, la psiquiatría y la psicología. Una publicación de aparición cuatrimestral, que edita cuatro números al año (dos sencillos y uno doble) con un total de 352 páginas de literatura psicoterapéutica. Se compone de las siguientes secciones habituales: artículos, casos clínicos, experiencias terapéuticas, entrevistas e investigación.

## CAMPAÑA DE PROMOCION AÑO 1997 OFERTAS PARA NUEVOS SUSCRIPTORES

Con la suscripción se consigue un descuento sobre el precio de venta al público que es de 1.800 ptas. para los números sencillos y de 2.000 ptas. para los dobles y se obtiene además la ventaja de recibir puntualmente la revista en casa sin costes adicionales de correos. Además a los nuevos suscriptores se les obsequia con uno de nuestros números publicados con anterioridad, según las siguientes

### MODALIDADES DE SUSCRIPCIÓN

#### **A.- Suscripción para el año 1997 (números 29-32):**

Oferta por **5000 ptas.** (IVA incluido) (que es el precio normal de suscripción) + Regalo de un número monográfico de la anterior Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista, dedicado a los "Procedimientos de Intervención Psicoterapéutica".

#### **B.- Suscripción por dos años 1996 y 1997 (números 25-32):**

Oferta por **9000 ptas.** (IVA incluido) + un ejemplar a elegir de los números sencillos publicados en años anteriores, según existencias.

**Para información y suscripciones dirigirse a**

REVISTA DE PSICOTERAPIA  
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.)  
c./ Francesc Tàrraga, 32-34 - 08027 BARCELONA  
Tel.: (93) 408 0464 - Fax: (93) 352 4337



# INDICE GENERAL AÑO 1995

## **Nº 25 ETICA Y DEONTOLOGIA EN PSICOTERAPIA**

- LOS VALORES DE LA PSICOTERAPIA MODERNA: DESARROLLO Y CRISIS  
Antonio Semerari
- PSICOTERAPIA Y DESARROLLO DEL RAZONAMIENTO MORAL  
José Luis Martorell Ypiens
- HACIA UNA ETICA DE LA COMPLEJIDAD  
Luigi Onnis
- LOS DILEMAS ETICOS DE LA PRACTICA PSICOLOGICA Y PSIQUIATRICA  
Dr.Omar França Tarragó
- ETICA Y CONSTRUCTIVISMO. UN PUNTO DE VISTA RELACIONAL-SISTEMICO  
Sergio Cingolani
- CUANDO LA TERAPIA HACE DAÑO: EL CHOQUE ENTRE LAS DOBLES RELACIONES  
Michele Bograd
- ALGUNAS OBSERVACIONES A PROPOSITO DE ETICA PSICOTERAPEUTICA EN LOS SERVICIOS PSIQUIATRICOS PUBLICOS  
Paolo Boccara
- SOBRE EL IV CONGRESO INTERNACIONAL DE CONSTRUCTIVISMO EN PSICOTERAPIA  
María Teresa Miró
- COMENTARIO BIBLIOGRAFICO  
George S. Howard

## **Nº 26/27 INTERACCION EN PSICOTERAPIA**

- INTERACCION TERAPEUTICA Y CAMBIO  
Lorenzo Cionini y Daniela Maria Mattei
- LOS SISTEMAS COMPORTAMENTALES INTERPERSONALES EN LA RELACION TERAPEUTICA  
Giovanni Liotti y Bruno Intreccialagli
- EL ANALISIS DE LA DEMANDA. UNA DOBLE PERSPECTIVA, SOCIAL Y PRAGMATICA  
Manuel Villegas Besora
- INTERACCIONES PERSONALES Y PSICOTERAPIA DE GRUPO  
Héctor Fernández Álvarez
- GÉNERO E INTERACCION EN LA COTERAPIA Y EL EQUIPO REFLEXIVO  
Miguel Garrido Fernández
- LA PSICOPATOLOGIA IATROGENICA EN PSICOANALISIS  
Giovanni Jervis
- ¿Y SI UN GENIECILLO ME ESTUVIESE ENGAÑANDO TODO EL RATO? CONVICCIONES DE AUTOENGAÑO Y TRASTORNOS INDUCIDOS POR LA PSICOTERAPIA  
Antonio Semerari
- PERJUICIOS CAUSADOS POR LA PSICOTERAPIA: EL PUNTO DE VISTA DEL PACIENTE  
Cecilia La Rosa
- ENTREVISTA CON HUMBERTO MATURANA  
Mª José Hernández Estévez y Mª Virtudes Ortega Martínez
- DE JUAN CON MIEDO A JUAN SIN MIEDO  
Elena Mariscal

## **Nº 28 TERAPIA DE PAREJA**

- COMUNICACION DE CALIDAD EN LA PAREJA Y EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES  
Roberto Roche Olivar
- EL USO DE LA ESCULTURA EN LA TERAPIA DE PAREJA  
Alberto Espina.
- TERAPIA COGNITIVO SISTEMICO-PROCESUAL DE LA PAREJA  
Vittorio Guidano y Maurizio Dodet
- LA HISTORIA DE CALIMERO: UN ENFOQUE TRIGENERACIONAL EN TERAPIA DE PAREJA  
L. Onnis, R.C. Dentale, M. Laurent, P. Benedetti y A. Squatieri
- JUEGOS FAMILIARES: AMOR Y ODIO EN UNA PAREJA  
Giuliana Prata
- EL MENTAL RESEARCH INSTITUT (MRI): ENTREVISTA CON PAUL WATZLAWICK  
Luis Casado

## NORMAS PARA LA PUBLICACION DE ARTICULOS

1. Los trabajos para publicación en la REVISTA DE PSICOTERAPIA se enviarán en un diskette flexible de 3.5 o 5.25 escritos con un procesador de textos Word Perfect o compatible y tres copias en papel. Su extensión no debe sobrepasar los 30 folios a 1 espacio. Se ruega no sangrar los textos, ni utilizar para nada el subrayado. En el texto sólo deben usarse **negritas** y *cursivas*. Los gráficos irán en hoja aparte con las indicaciones muy claras sobre su lugar de inclusión. Si se envía material fotográfico éste deberá ir acompañado de un pie indicativo de las personas o espacios que se reproducen.

2. Se valorará que los artículos enviados para su publicación sean originales. Cuando sea preciso se incluirán copias de todos los permisos necesarios para reproducir el material ya publicado.

3. Se adjuntará un abstract de no más de 150 palabras, en castellano y en inglés, acompañado de tres a diez palabras clave para índices.

4. En el artículo sólo figurará el título del mismo. En sobre aparte se indicará, haciendo referencia al título, el nombre y apellidos del autor, su dirección y un breve currículum (a no ser que se haya enviado anteriormente y no requiera ampliación). Asimismo, se indicará, cuando proceda, el Departamento, Servicio, Centro o Universidad donde se haya realizado el trabajo.

5. Los trabajos deberán ir acompañados de la lista de **Referencias bibliográficas** correspondientes que se ajustarán a las normas de la American Psychological Association (A.P.A.). Todas las referencias citadas en el texto deberán aparecer en el listado y viceversa. En el **texto** se indicará el autor, el año de publicación y la página donde se encuentra el texto citado cuando proceda. En las **Referencias bibliográficas** los nombres de los autores que encabezan la entrada se escribirán en mayúsculas y los títulos de libros o nombres de Revistas se escribirán en cursiva.

6. Deberán evitarse absolutamente las notas de pie de página.

7. El Comité Editorial revisa todos los artículos que se envían para su publicación y se reserva el derecho de no aceptar artículos cuya orientación no sea la propia de la Revista, o bien aquellos cuya originalidad o calidad no se considere suficiente; o también cuando no puedan relacionarse con los textos monográficos previstos. La decisión se hará en todo caso mediante votación de todos los miembros del Comité Editorial, una vez conocido el informe de, al menos, dos lectores cualificados (que permanecen siempre anónimos). La aceptación de un artículo no supone su publicación inmediata. Al recibir el trabajo, la Revista acusará recibo del mismo. En su día se informará el autor si el artículo ha sido seleccionado o no.

8. Cada autor puede solicitar 1 ejemplar y diez separatas del número donde haya salido publicado su artículo. En el caso de que el autor precisara una cantidad mayor de ejemplares, el costo de los mismos corre de su cargo.

# **REVISTA DE PSICOTERAPIA**

**EDITA:**

**REVISTA DE PSIQUIATRIA Y PSICOLOGIA HUMANISTA, S.L.**

**Dirección y Redacción:**

**REVISTA DE PSICOTERAPIA  
APARTADO DE CORREOS 90.097  
08080 BARCELONA  
Tel.: (93) 321 7532**

**Gestión y Administración:**

**REVISTA DE PSICOTERAPIA  
GRAO (SERVEIS PEDAGOGICS, S.L.)  
c./ Francesc Tàrrega, 32-34  
08027 BARCELONA  
Tel.: (93) 408 0464  
Fax: (93) 352 4337**