



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
MÉXICO**

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

PSICOLOGÍA

**LA PRESENCIA DE MILTON H. ERICKSON EN LAS
TERAPIAS BREVES DEL ENFOQUE SISTÉMICO**

T E S I N A

**QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A

CRUZ CRUZ CARLOS ARMANDO

JURADO DE EXAMEN

TUTOR: LIC. PEDRO VARGAS AVALOS

COMITÉ: DRA. JUANA BENGOA GONZÁLEZ

LIC. EDUARDO CORTÉS MARTÍNEZ

LIC. VICENTE CRUZ SILVA

LIC. JOSÉ JUAN BAUTISTA BUTRÓN

MÉXICO, D. F. 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Resumen.....	1
Introducción.....	2
Capítulo 1. Acerca de Milton H. Erickson.....	8
1.1 Acerca de Milton H. Erickson.....	9
1.1.1 Definición de terapia.....	16
1.1.2 Objetivos en terapia.....	20
1.1.3 Las técnicas terapéuticas.....	21
Capítulo 2. Mental Research Institute.....	37
2.1 Antecedentes.....	38
2.2 Definición de terapia.....	41
2.3 Objetivos en terapia.....	41
2.4 Principios de la terapia del MRI.....	43
2.5 Técnicas.....	45
2.6 La presencia de Milton H. Erickson en el MRI a través de sus técnicas.....	47
Capítulo 3. Terapia Estratégica de Haley.....	51
3.1 Antecedentes.....	52
3.2 Definición de terapia.....	55
3.3 Objetivos en terapia.....	56
3.4 Principios de la terapia estratégica de Haley.....	57
3.5 Técnicas.....	58
3.6 La presencia de Milton H. Erickson en la terapia estratégica de Haley a través de sus técnicas.....	60
Capítulo 4. Escuela de Soluciones.....	73
4.1 Antecedentes.....	74
4.2 Definición de terapia.....	76

4.3 Objetivos en terapia.....	77
4.4 Principios de la escuela de soluciones.....	77
4.5 Técnicas.....	84
4.6 La presencia de Milton H. Erickson en la escuela de soluciones a través de sus técnicas.....	89
Conclusiones.....	94
Bibliografía.....	97
Anexo uno.....	101

RESUMEN

El objetivo general de la presente tesina es hacer un análisis teórico de la presencia o influencia de Milton H. Erickson en el desarrollo de las terapias breves del enfoque sistémico. Para lo cual se llevara a cabo una revisión de la literatura referente a Milton H. Erickson y las escuelas de interés.

Para iniciar en el capítulo uno se abordara la vida de Milton H. Erickson con los acontecimientos mas sobresalientes. También se revisara la definición que él daba a la psicoterapia y los objetivos de la misma. Por ultimo se representarán las técnicas terapéuticas que usaba para resolver los diversos problemas en terapia.

El capítulo dos se revisaran los antecedentes de la escuela del Mental Research Institute, la definición de psicoterapia, objetivos en psicoterapia, técnicas empleadas en terapia y la influencia de Milton H. Erickson través de las técnicas. El capítulo tres será dedicado a la terapia estratégica de Haley en donde se revisaran los antecedentes, definición de psicoterapia, objetivos en psicoterapia y técnicas, y de igual manera la influencia de Erickson por medio de las técnicas. Y por ultimo el capítulo cuatro la escuela de soluciones con los mismos puntos ya mencionados para las dos escuelas anteriores.

Palabras clave: Milton H. Erickson, Mental Research Institute, Jay Haley, Terapia Estratégica, Escuela de Soluciones.

INTRODUCCIÓN

La psicología clínica es una de las áreas más conocidas de la psicología general. Una de las actividades que realizan los psicólogos clínicos es la psicoterapia, y a su vez en esta hay diferentes teorías, escuelas, enfoques o modelos para tratar con los problemas que traen a consulta los clientes o pacientes. La terapia familiar sistémica aparece como una de esas maneras de hacer terapia. E igualmente dentro del enfoque sistémico existen autores como John Weakland, Jay Haley, Paul Watzlawick, Steve De Shazer, Mara Selvini-Palazzoli, Luigi Boscolo, entre muchos otros y cada uno ha desarrollando su particular modo de terapia. En este enfoque reside mi interés personal de llevar a cabo una tesina monográfica. Centrándome en lo que se conoce como terapias breves dentro del enfoque sistémico.

Mi primer acercamiento con las terapia sistémica fue con el libro En busca de soluciones de Willian O' Hanlon en donde ya no se habla del pasado para solucionar los diversos problemas que un persona puede presentar como con el psicoanálisis sino centrarse en lo que la persona ya hace bien. Y a partir de ahí comencé a indagar más acerca del enfoque familiar sistémico, encontrándome con el ingenioso psiquiatra Milton H. Erickson y su forma tan particular de hacer terapia; y de esta manera surgió mi interés por Erickson.

Es así que la presente tesina tiene como finalidad hacer una revisión de las terapias breves dentro del enfoque sistémico y la influencia que Milton H. Erickson tuvo sobre éstas.

Si bien es posible averiguar históricamente diversas formas que pueden ser considerados psicoterapéuticas desde fines del siglo XVIII y principios de siglo XIX e incluso indagar ciertas técnicas y conocimientos hasta el cristianismo medieval e

incluso la antigua Grecia la psicoterapia constituye la “transición entre los métodos característicos de la medicina mágica y la incipiente mentalidad racional” (Foucault, 2005).

En las resumidas líneas de este escrito me ubicare en el siglo XX, más concretamente en la segunda mitad de éste, a fin de mostrar abreviadamente las transformaciones en los procedimientos y enfoques psicoterapéuticos

Ya a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, la ciencia médica tenía ciertos indicios de que la enfermedad mental era posiblemente originada por conflictos psicológicos del paciente, gracias a los hallazgos mediante hipnosis a partir de las ideas de Charcot, Bernheim y Janet. De ésta manera, se observó cómo los pacientes reaccionaban de forma más favorable a los tratamientos psicológicos que a los orgánicos y fue Sigmund Freud el personaje más revolucionario de la época, cuando sus ideas dieron origen al psicoanálisis dentro de la psicoterapia (Bernstein y Nietzel, 1988).

A la par Milton H. Erickson fue una figura pionera en diversas áreas de la terapia: hipnosis, terapia familiar y terapia estratégica. Él nació el cinco de diciembre de 1901, en lo que hoy es una ciudad fantasma de Aurum, Nevada. Después sus padres viajaron a través del país en una carreta hasta una granja provinciana en las afueras de Wisconsin (Erickson y Keeney, 2006).

En la universidad de esta ciudad Erickson se titula en psicología y comienza a interesarse por la hipnosis, siguiendo los cursos de Clark Hull y demostrando una instintiva habilidad para inducir al trance a cualquier tipo de persona. Ya en la universidad de Colorado, estudia medicina y se especializa en psiquiatría. En 1930 es contratado como psiquiatra en el *Worcester State Hospital* y en poco tiempo se

convierte en el médico jefe de servicio de investigación psiquiátrica. Pocos años después se traslada a Eloise, Michigan, para dirigir el centro de psiquiatría del hospital general de la ciudad, y será asimismo profesor asociado de psiquiatría y psicología en la universidad. Para vivir le resulta indispensable un clima cálido y seco, que encontrara en Phoenix, Arizona, adonde se retira abandonando todas las actividades públicas, o casi todas y muere 25 de marzo de 1980 (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Milton H. Erickson practicó la terapia desde finales de los años 20 hasta finales de los 70. (O' Hanlon, 1990). De Erickson se buscara la definición de terapia, sus objetivos en terapia y técnicas terapéuticas.

Así mismo en estos años es la primera conferencia norteamericana sobre la formación en psicología clínica efectuada en 1949 en Boulder, Colorado, Estados Unidos, en la que se discutió la formación de los psicólogos en las facultades, la cual configuró un perfil eminentemente clínico para las carreras. Éste fue replicado para Latinoamérica a partir de la Conferencia Latinoamericana para el Entrenamiento en Psicología, realizada en Bogotá, Colombia, en el año 1974 y permanece vigente, con matices considerables entre los países de la región (Vilanova, 1996).

Cabe mencionar también que la sexta edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de 1952, incorporó por primera vez un apartado dedicado a los trastornos mentales y que en ese mismo año apareció la primera edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-I) (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) de la *American Psychiatry Association* (Asociación Americana de Psiquiatría). Para finales de la década de 1950, los psicólogos norteamericanos consiguieron obtener legislación que no restringiera la psicoterapia a

los médicos, lo cual conllevó un aumento de los recursos humanos disponibles para la intervención social sobre la salud mental (Bertrando y Toffanetti, 2004).

Debido a la demanda de millones de heridos militares y civiles producto de la guerra, la psicoterapia adquiere un impulso decisivo y transformador en este período debido al surgimiento de instituciones nacionales e internacionales que deben responder a dicha demanda, velar por la salud mental de la población y reorganizar sus sistemas nacionales de salud. En este sentido, la psicoterapia adquirió una mayor relevancia para los Estados y debió integrar criterios poblacionales y criterios de efectividad a sus procedimientos, en tanto debía ser efectuada en grandes cantidades de habitantes y producir resultados comprobables de recuperación en los pacientes, de igual manera propiciar herramientas para evitar que las personas adquirieran afecciones psíquicas. Nacen así las primeras terapias breves psicoanalíticas, que se concentran en la realidad cotidiana en lugar de en el inconsciente, y que establecen objetivos claros y limitados que deben alcanzarse (Bertrando y Toffanetti, 2004).

En los inicios del decenio de 1960, coincidiendo con el inicio formal del movimiento de salud mental comunitaria, una serie de importantes volúmenes aparecerían que describen y evalúan a partir de lo que algunos designarían como "psicoterapia breve", pero que ahora es algo más comúnmente denominado, "psicoterapia prevista a corto plazo" (Bloom, 1997).

Por una parte, las críticas hacia la teoría psicoanalítica formuladas en las décadas previas indujeron a que los terapeutas que abrazaban éste enfoque abandonasen estos postulados y estas prácticas a fin de obtener medios nuevos de intervención. Entre ellos se destacarían Aaron Beck y Albert Ellis durante la década de 1960, quienes adoptaron

un modelo fundado en las facultades racionales del paciente, el cual luego daría origen a las conocidas como terapias de orientación cognitiva (Semerari, 2003).

Se afianzan en Estados Unidos en ese mismo momento las terapias que utilizan conceptos y prácticas provenientes de la psicología conductual, influidos por autores como Skinner y Wolpe, cuya tradición de investigación hasta ese entonces se había enfocado preponderantemente a la psicología básica del comportamiento (Mustaca, 2004).

Ambos tipos de terapias se distinguían de los modelos psicoanalíticos por acentuar la participación activa tanto del paciente como del terapeuta, estar enfocadas en problemáticas puntuales, poseer una duración preestablecida y buscar la autonomía del paciente. La investigación y la práctica clínica en ambas ramas llevaron posteriormente a una progresiva fusión de sus técnicas constituyeron los que se conoce como terapia cognitivo conductual (Navarro, 1994).

De los enfoques tradicionales han surgido un conjunto altamente diversificado de modalidades terapéuticas entre las que se encuentra la terapia sistémica y la cual es de mi interés describir en esta tesina las de duración breve entendiendo como terapia breve lo que Zeig y Gilligan (2004), describen como un proceso limitado de tiempo, enfocado a un objetivo definido y una acción preventiva mediante el uso flexible de técnicas múltiples y con un papel activo del terapeuta. Los modelos de terapia breve son los siguientes:

1. El *Mental Research Institute* de Palo Alto, California, fundado en 1959, destacó su interés permanente en la psicoterapia breve en 1966. Muchos de sus integrantes (Jay Haley, John Weakland, Richard Fisch, Cloe Madanes, y Paul Watzlawick entre otros) ya habían sido influidos por Milton Erickson. Su trabajo se centró en los problemas y

había como diez sesiones en su plazo inicial. Como Erickson, ellos estaban interesados sólo en el presente y el futuro y están totalmente desinteresados en la patología subyacente o causas (Bloom, 1997).

2. La escuela Estratégica. El trabajo en la *Philadelphia Child Guidance Clinic* ha influido en Haley mas profundamente de lo que se pudiera esperar. Sin perder su originario énfasis en el tema del poder, Haley construye un modelo de terapia que une sus intuiciones estratégicas anteriores con algunos elementos directamente estructurales, aunque el mismo Haley negara siempre la naturaleza estructural de su teoría. Al sistematizar sus ideas apreciamos las ideas de su mujer, Cloé Madanes. Juntos se trasladan a Washington, a veinte años del inicio de su carrera. Haley finalmente crea su propio instituto de terapia familiar, al que denomina con su nombre y con Cloé Madanes como codirectora (Bertrando y Toffanetti, 2004).

3. Terapia breve centrada en soluciones (TBCS) es un sistema terapéutico postmoderno que se centra en ayudar a los clientes a crear soluciones de una manera directa dentro de un período de tiempo limitado. Se basa en la hipótesis de que los clientes tienen las fortalezas y recursos necesarios para el cambio y que la orientación es más efectiva cuando se centra en la construcción de soluciones únicas para cada cliente (De Shazer, 1988).

De esta manera el objetivo es vincular las escuelas para conocer la presencia o posible legado de Milton H. Erickson a través de sus representantes, postulados y técnicas terapéuticas.

Capitulo uno
Acerca de
Milton H.
Erickson

ACERCA DE MILTON H. ERICKSON

Dentro de las variadas maneras de hacer psicoterapia podemos encontrar el enfoque sistémico, y dentro de está las terapias breves. Y se podría decir que una de las figuras de influencia en las terapias breves es Milton H. Erickson.

El trabajo de Erickson se filtra en la terapia familiar, en la terapia estratégica, en el enfoque de interacción del MRI, en programación neurolingüística (Zeig, 1991). Lo anterior lo confirma O' Hanlon (2001), cuando comenta que Erickson realizo unas aportaciones fundamentales en los campos de la terapia breve, la hipnosis, la terapia estratégica, la terapia familiar y la cibernética.

Aunque Erickson nunca elaboro una teoría acerca del ser humano encontramos en Haley (1908a), llama enfoque al estilo terapéutico de Erickson al decimos que intento describir su enfoque en un artículo sobre terapia breve, que posteriormente pasó hacer un artículo de su libro Estrategias en Psicoterapia. Algo similar lo encontramos en Zeig (1991), cuando menciona que el trabajo de Erickson es un corpus de conocimiento importante; y que hay cosas que Erickson hizo en las que ningún otro, en todo este tiempo, ha pensado.

Erickson nació en Nevada, vivió en una pequeña granja, y asistió a una escuela de una sola habitación. Tenía problemas de aprendizaje semejantes a la dislexia y era sordo a algunos sonidos, pero eso fue sólo el comienzo de los desafíos físicos enormes a los que se enfrentaría (Lankton, 2004).

La historia personal del Dr. Erickson fue destacable, nació en Aurum el 5 de diciembre de 1901, en las Montañas de Sierra Nevada, Estados Unido, hijo de Albert E. y Clara Erickson, fue el segundo hijo de once hermanos. Milton desde pequeño presentó algunas deficiencias: discromatopsia, un tipo de ceguera que en su caso era para el rojo

y el verde, otra deficiencia era una sordera específica para ciertos tonos musicales: no podía percibir ni reproducir ciertos tonos sonoros, y evidenció algún grado de dislexia, ya se le dificultaba diferenciar entre el 3 y la m. Esos problemas no fueron detectados y al parecer no dificultaron su aprendizaje escolar. En 1919 se graduó de la secundaria, y para esa fecha había publicado un artículo en una revista de agricultura y era un destacado atleta (Téllez, 2007; Erickson y Keeney, 2006).

Pero tal vez la experiencia más difícil y más fortalecedora a la vez, fue un primer ataque de polio en agosto de 1919 cuando tenía 17 años. Su pronóstico era pobre y escucho al doctor decirles con tristeza a sus padres que su hijo moriría a la mañana siguiente. En lugar de sentirse desesperado, se enojó muchísimo. Pensaba que nadie tenía el derecho de decirle a una madre que su hijo moriría el día siguiente. Sintió que de alguna manera tenía que desafiar esa desagradable predicción, así que utilizó la débil voz que aun le quedaba para pedirle a su mamá que moviera su cómoda en determinado ángulo al pie de su cama. Este cambio en el cuarto le permitía ver el corredor y por la ventana del cuarto de enfrente que daba al Oeste. Después de ver el atardecer estuvo inconsciente por tres días (Short, 2006).

Cuando despertó después de tres días de extrema gravedad, se encontró totalmente paralizado. Podía escuchar agudamente, podía ver y mover los ojos, podía hablar con gran dificultad, pero no podía mover ninguna parte del cuerpo. No había facilidades de rehabilitación en la comunidad rural en que vivía, y todos sabían que permanecería sin mover sus extremidades por el resto de su vida. Sin embargo su inteligencia aguda continuó siendo puesta a prueba. Aprendía juegos mentales, interpretando los sonidos que le rodeaban, mientras permanecía acostado todo el día sobre su cama (Short, 2006).

Un día mientras estaba en su cuarto sentado en una mecedora, mirando a través de la ventana, deseando estar cerca de ella para poder disfrutar observando la granja, súbitamente se hizo consciente de que la silla comenzaba a moverse lentamente. ¿Era un accidente? ¿O su deseo de acercarse a la ventana ralmente estimulo algunos movimientos mínimos del cuerpo que hicieron balancear la silla?

Esta experiencia llevo a Erickson a un período febril de auto exploración y descubrimiento. Fue descubriendo en si mismo el principio básico de la hipnosis. En las semanas y meses que siguieron Erickson escudriño en sus recuerdos para re-aprender como moverse. Por ejemplo, miraba fijamente su mano e intentaba recordar como se habían sentido sus dedos cuando apretaba una horquilla. Poco a poco, encontró como sacudir y mover sus dedos en pequeñas formas coordinadas. Persistió hasta que los movimientos aumentaron, hasta que pudo moverlos conscientemente

En esa época, afortunadamente, su hermana menor estaba aprendiendo a caminar. Erickson observó los patrones de aprendizaje de ella para caminar, de modo que podía copiarlos conscientemente y, por consiguiente re-entrenar su propio cuerpo para hacer lo mismo. Después de once meses de auto-entrenamiento intensivo, aún usaba en muletas, pero rápidamente aprendió con movientes torpes, conscientemente económicos, que por lo menos podía estirar su cuerpo.

En ese momento Erickson aún no se percataba que el descubrimiento de si mismo, a través de la relajación, memoria sensorial y aguda observación, seria el fundamento en su trabajo futuro como el hipnoterapeuta más innovador en el mundo.

Erickson, por su propia cuenta, desarrolló un sistema de concentración mental que con un movimiento mínimo, podía mentalmente revivir esos movimientos otra vez. Cuando recuperó más fuerza, utilizó todas las oportunidades para ejercitar y fortalecer los

músculos más y más, para aprender a caminar con muletas, aprender equilibrio y montar en su bicicleta (Zeig, 1985a).

Aconsejado por un médico para que pasara en verano con la naturaleza, para sanar y fortalecer su cuerpo decidió realizar un viaje en canoa. Erickson no era de esas personas que se proponen metas fáciles.

Con gran determinación y esfuerzo, Erickson pasaba muchas horas de trabajo introspectivo para recuperar la sensibilidad en su musculatura que no estaba completamente destruida por la poliomielitis. En un año tenía el control de la parte superior del torso y la sensibilidad en sus piernas. Se embarcó, en solitario, en un viaje de 1.200 millas en canoa en el río Mississippi y fue capaz de volver a caminar a su regreso. Ese viaje estuvo plagado de anécdotas: conseguía ayuda en los momentos difíciles, intercambiaba cuentos de aventuras por comida con personas que estaban acampando a las orillas del río (Lankton, 2004).

Las secuelas de la polio no le iban a permitir desarrollarse en la vida de campo, como granjero, por lo que después del viaje en canoa, entró en la Universidad de Wisconsin y estudió medicina, se interesó en la psicología, la psicopatología y la criminología y estudió la hipnosis con Clark Hull, obtuvo un título de maestría en psicología, al completar su título de médico (Lankton, 2004).

El Dr. Erickson al estar expuesto a la labor de Clark L. Hull un psicólogo experimental muy influyente y experto en hipnosis; reaccionó enérgicamente ante el ritual (es decir, impersonal e inflexible) del enfoque de hipnosis que vio que estaban haciendo Hull y otros, de forma independiente evolución a una conciencia cada vez mayor de las diferencias individuales en el curso de la terapia (Yapko, 2003).

Erickson (1980), relata que en esos tempranos estudios con Hull, los temas de discusión se referían a la naturaleza de la hipnosis como estado psicológico, el rol del “operador” y el sujeto, los significados de los procesos empleados en la inducción de trance, las respuestas de los sujetos al experimentar trance, la naturaleza de la regresión de edad, la evocación de pautas de aprendizajes previos, los procesos implicados en la mantención del estado de trance, etc. Afirma que en esas discusiones no se llegó a ningún consenso, razón por la cual Erickson decidió llevar a cabo sus propias investigaciones.

En 1923 realizó su primer experimento de investigación en hipnosis, el cual se mantuvo no publicado por Erickson en esa época, por su duda ante la firme convicción de Hull que sostenía que el operador y sus sugerencias eran más importantes que los sujetos en la inducción al trance.

Hull postulaba una técnica “estandarizada” para la inducción al trance; y con ese término quería significar el uso de las mismas palabras, la misma duración de tiempo, el mismo tono de voz, etc., para todos sus sujetos. Hull no consideraba las diferencias individuales entre sujetos, demostró que los procedimientos de laboratorio podrían aplicarse al estudio de algunos fenómenos hipnóticos.

El conflicto entre Erickson y Hull era inevitable, mientras Hull representaba al estudio experimental “objetivo”, Erickson se apoyaba en la introspección para el estudio de la dinámica de la hipnosis y la sugestión. Su estudio meticuloso de las fuerzas y motivaciones de cada individuo se transformó en el sello distintivo pionero de su acercamiento “naturalista”, permisivo e indirecto de la hipnosis.

Erickson demostró que los estados alterados y los fenómenos de trance eran también parte normal de la vida cotidiana. De este modo transformó la antigua visión autoritaria

de la hipnosis en un acercamiento permisivo y facilitador. En lugar de la repetición de las sugerencias que se imprimían en la “mente en blanco” del sujeto en trance.

La práctica médica y psiquiátrica la realizó en el Hospital de Colorado, y en los próximos veinte años de su carrera ocupó destacadas posiciones en distintos hospitales y universidades norteamericanas. A finales de la década de los '30 ya tenía fama de ser un hábil observador. En 1935 finaliza su primer matrimonio y en 1936 se casa con Elizabeth, quien sería su compañera y colaboradora de por vida.

Es también en 1935 cuando Margaret Mead y Gregory Bateson viajan a Bali, en donde realizan la película *Trance and dance in Bali*. Por primera vez se utilizaba en antropología el cine y la fotografía como instrumentos de investigación.

En el año 1939, Margaret Mead, por sugerencia de Abraham Maslow, escribe a Erickson solicitándole su ayuda para analizar unas películas filmadas en Bali, en las cuales los participantes, a través de danzas rituales, entraban en un trance religioso. Específicamente, necesitaban ayuda para establecer criterios para distinguir el “trance profundo” de los estados “sonambúlicos”, y a aquellos bailarines que simulaban estar en trance (Zeig y Geary, 2000).

Erickson respondió a Mead una extensa carta, en la cual describe los criterios desarrollados por él para determinar si sus sujetos experimentales estaban experimentando trance, así como también sus criterios para determinar la “salida” del trance. Esa correspondencia continuó a lo largo del año 1939, hasta que Mead y Bateson se reunieron con Erickson en Michigan.

Desde esos años y durante el resto de su vida, Erickson y Mead mantuvieron una cordial amistad. Durante los años de la Segunda Guerra Mundial, Erickson, Mead y Bateson

trabajaron para el gobierno norteamericano, en proyectos secretos que investigaban la estructura del carácter japonés y los efectos de la propaganda nazi (Rossi, 1983).

Erickson radico en Phoenix, estado de Arizona, en 1948, donde efectuó una intensa practica privada, viajando con frecuencia otros lugares del país para enseñar hipnoterapia (Zeig, 1985b). Una vez establecidos en Phoenix, ahí se quedaron durante el resto de la vida de Milton H. Erickson. Los primeros años en Arizona estuvieron llenos de maravillosos descubrimientos; viajes a lo largo del país y del mundo, enseñando, muchas buenas amistades, y dos niños más, Roxana que nació en 1949 y Kristina, en 1951 (Baker, 2003).

Años después, en 1952, el Dr. Erickson sufrió una rara ocurrencia médica cuando fue atacado por otra cepa de polio (Haley, 1993). Ya en 1955 se forjo el eslabón de unión entre Erickson y el grupo de Bateson. En una carta que contenía una formulación preliminar de la teoría del doble vínculo en la esquizofrenia, Bateson requirió consultar a Erickson junto con sus asociados en la investigación, Haley y John Weakland, le pregunto si esos colegas podían ir Phoenix a estudiar con él aspectos relacionados a la comunicación de la hipnosis, hermanados al proyecto Bateson (Zeig, 1991).

En 1957 Erickson fue el fundador y presidente de la Sociedad Americana de Hipnosis Clínica, una organización que proporcionó una alternativa clínica para la practica de la hipnosis, dedicada a hacer la distinción con la orientación experimental de laboratorio que enfatizaba las generalizaciones más que las peculiaridades tanto del trance como de la inducción (Erickson y Keeney, 2006).

Desde 1967 Erickson quedó confinado a una silla de ruedas por las secuelas de una poliomielitis anterior. Decía que la poliomielitis había sido su mejor maestro sobre la conducta y las potencialidades del ser humano (Zeig, 1985b). En 1980, Zeig decide

rendirle un homenaje a Erickson organizando el primer encuentro internacional de hipnosis ericksoniana (Wittezaele y García, 1994).

Short (2006), nos cuenta que con el paso de los años sus complicaciones físicas aumentaron. Hacia le final de su vida tenia gran dificultad para levantar su brazo derecho y tenia muy poca fuerza en sus manos.

Al momento de su muerte, el 25 de marzo de 1980, su calendario de enseñanza estaba lleno para los siguientes doce meses. Se había mantenido activo hasta los últimos momentos de su vida, haciendo su parte para marcar una diferencia en el mundo.

DEFINICIÓN DE TERAPIA

Para Erickson (1948), la psicoterapia hipnótica es un proceso de aprendizaje para el paciente, un procedimiento de reeducación. Los resultados efectivos en la psicoterapia hipnótica o hipnoterapia, se derivan sólo de las actividades del paciente. Tal reeducación, desde luego, es necesariamente en los términos de la experiencia de vida del paciente, sus comprensiones, recuerdos, actitudes e ideas; no puede ser en términos de las ideas y opiniones del terapeuta.

Haley (1993), comenta que al Dr. Erickson le gustaba describir la terapia como una manera de ayudar a los pacientes a extender sus límites, ya que ha pasado su propia vida haciendo eso. Por lo tanto, el cambio terapéutico es concebido en este enfoque como el producto de la reorganización de la vida experiencial del paciente, la cual puede facilitarse a través de distintos medios. Una vez producido un cambio, por muy pequeño que éste sea, puede "haber una bola de nieve en una dirección positiva."

Por otra parte Erickson y Rossi (1979), consideran que la hipnoterapia es como un proceso en que podamos ayudar a la gente a utilizar sus propias asociaciones mentales, recuerdos y sus posibilidades de vida para alcanzar sus objetivos terapéuticos.

El rol del terapeuta

El terapeuta simplemente estimula al paciente hacia la actividad, y después lo guía y hace uso del juicio clínico para determinar el monto de trabajo por hacer para lograr los resultados deseados (Erickson, 1948).

El papel principal del terapeuta es actuar como catalizador, en este papel es el responsable de ayudar al paciente a reconocer nuevas posibilidades (Short, 2006). En nuestro trabajo, por lo tanto, optamos por hacer hincapié en que el trance terapéutico ayuda a la gente a dejar de lado sus propias limitaciones, aprendido para que puedan explorar más a fondo y utilizar sus potencialidades (Erickson y Rossi, 1979).

El terapeuta ericksoniano por lo tanto trata de identificar cómo un cliente es generador de realidades dolorosas, y luego utiliza estas muchos procesos para permitir su transformación (Gilligan, 2002). El hipnoterapeuta cuidadosamente explora la individualidad del paciente para saber qué aprendizajes de vida, experiencias y habilidades mentales están disponibles para hacer frente al problema. El terapeuta facilita una aproximación a la experiencia de trance en donde el paciente puede utilizar estas respuestas internas únicas y personales para alcanzar los objetivos terapéuticos (Erickson y Rossi, 1979).

En Wittezaele y Garcia (1994), encontramos que para Erickson la tarea del terapeuta no consiste en definir una patología, ni permitir una toma de conciencia, ni en dirigir la vida de la persona. El terapeuta debe fijarse unos objetivos concretos y alcanzarlos progresivamente, paso a paso.

Erickson consideraba que los clientes tienen todos los recursos en su propio interior. La tarea del terapeuta es acceder a esos recursos y ayudar al cliente a aplicarlos en las áreas propias de su vida (O'Hanlon, 2001). El paciente tiene, en su historia personal, los recursos para producir los cambios que desea que provengan de la terapia. Por lo tanto, la tarea del terapeuta es la de "extraer" esta cura cuya procedencia está con él y para el paciente (Zeig, 1991).

El papel de la mente inconsciente

Erickson enfatiza el valor de ayudar a los pacientes a trabajar en el modo de lo que llamaría el inconsciente. En este sentido valora la sabiduría del inconsciente (Erickson y Rossi, 1979).

Lo anterior se refleja en la siguiente cita:

"En la hipnosis se utiliza la mente inconsciente. ¿Qué quiero decir con la mente inconsciente? Me refiero a la parte de atrás de la mente, el dique de aprendizaje. La mente inconsciente constituye un almacén" (Erickson, 1959a. p. 2).

Zeig (1991), nos indica que una premisa fundamental del trabajo de Erickson era que el inconsciente es una fuerza positiva y digna de confianza. Lo central para la teoría del aprendizaje es el inconsciente y su relación con la conciencia. El inconsciente es el complejo conjunto de asociaciones de fuera de la conciencia, algunos de los cuales en algún momento se pueden conocer, aunque la mayoría no siempre son conscientes. En la terapia ericksoniana, el inconsciente es considerado un depósito de recursos y habilidades que pueden ser empleadas para el cambio terapéutico positivo (Lankton, 2004).

De acuerdo con Gilligan (2002), la idea del inconsciente se utiliza poéticamente, no literalmente, para acceder a una mayor inteligencia y evoca una diferencia de lo que una persona está haciendo. El enfoque asume que los procesos inconscientes pueden operar en una forma inteligente, autónoma y creativa, y que la gente tiene almacenadas en su subconsciente todos los recursos necesarios para transformar su experiencia. Erickson sostenía que el inconsciente es un vasto depósito de recuerdos y aprendizaje que es imposible mantener a nivel consciente (Zeig, 1985b).

Orientación temporal de la terapia

La orientación temporal de la terapia ericksoniana está ubicada en el presente y dirigida hacia el futuro. Erickson advirtió a sus pacientes y estudiantes que la vida se vive en el presente y dirigida hacia el futuro, y que la terapia es también vívida en el presente y dirigida hacia el futuro (Zeig, 1985b). Erickson no se orientaba hacia el problema, sino hacia la solución. No estaba a favor que se volviera la mirada hacia el pasado en busca de los orígenes del problema o de las limitaciones aprendidas de la persona. Se orientaba hacia las soluciones y fuerzas que existían en la persona en el presente, o que podrían desarrollarse y utilizarse en el futuro (O'Hanlon, 1987).

Comprender el pasado puede ser instructivo, pero esa comprensión no va a cambiar el pasado. Si uno tuvo celos de su madre, siempre estará en pie el hecho de que tuvo celos de ella. Pueden comprenderlo pero no cambiarlo. El paciente tiene que vivir de acuerdo con las cosas actuales. De manera se debe orientar la terapia a la manera en que el paciente tal como vive hoy, mañana, y como es de esperar que viva la semana que viene y el año que viene (Zeig, 1985b).

OBJETIVOS EN TERAPIA

Una de las muchas diferencias del enfoque ericksoniano en comparación con otras corrientes, enfoques o escuelas de psicoterapia es que Erickson no tenía ninguna teoría rígida acerca del funcionamiento normal o anormal de la personalidad.

Lo anterior lo constatamos en Zeig (1985a), Erickson era un hombre interesado en el cambio, no la teoría. Pensó que una teoría de la personalidad explícita puede convertirse en un obstáculo que limita los profesionales a pensar sobre los problemas circunscritos y reglas en lugar de liberar a percibir y utilizar las diferencias personales e interpersonales. No entendía porqué la gente hace las teorías totales de la personalidad.

Erickson (1948), nos dice que no se intentará analizar la dinámica subyacente del problema del paciente, y centrar nuestro objetivo en explicar los métodos y procedimientos, las nuevas técnicas, la utilización de los mecanismos mentales, y los métodos de orientar y controlar el progreso del paciente para que la visión del inconsciente se convierta en conscientemente aceptable.

Erickson y Rossi (1979), consideran que la hipnoterapia como un proceso mediante el cual se ayuda a la persona a utilizar sus propias asociaciones mentales, recuerdos, y los potenciales de vida para alcanzar sus propios objetivos terapéuticos.

La terapia se basa en el comportamiento observable y en relación con las circunstancias actuales y futuras del cliente. El sello de un enfoque ericksoniano se denota en el énfasis actual en las relaciones interpersonales y su influencia en el desarrollo y resolución de problemas (Lankton, 2004).

Para Lankton (2004), el enfoque de Erickson está orientado a la interacción para ayudar a la gente al cambio y destinada a ser escrupulosamente única con cada cliente. Las intervenciones fueron aparentemente reinventadas para cada individuo y cada objetivo. En este sentido, el enfoque era muy poco convencional y fue a menudo mal entendido, ya que no podría explicarse de acuerdo con una estructura de la personalidad.

También para Erickson (1948), la psicoterapia hipnótica se encarga de darle terapia al inconsciente y, a veces, el fracaso está en que el terapeuta no alcanza a ver que el paciente no puede integrar lo inconsciente con lo consciente o que no lo puede hacer accesible cuando lo necesita. La hipnoterapia debería reorientarse tanto hacia lo consciente como hacia lo inconsciente, ya que el objetivo final de la psicoterapia es la integración de la personalidad total.

LAS TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Como ya se mencionó anteriormente Erickson no tenía ninguna concepción rígida del ser humano a diferencia de otras escuelas de psicoterapia, por lo cual tampoco tenía establecidas técnicas de intervención sino que con cada paciente aplicaba diferentes técnicas. Estas podían ser utilizadas en la sesión terapéutica o fuera de la sesión. Además las técnicas se pueden dividir como hipnóticas o no hipnóticas.

Lankton (2004), señala que las técnicas utilizadas con un enfoque ericksoniano varían dependiendo del caso a tratar, sin embargo se pueden identificar con el enfoque que tuvieron su origen en la práctica de Erickson. Estas incluyen asignaciones paradójicas, asignaciones de función ambigua, desarrollo de habilidades, metáforas, anécdotas, disociación del consciente y del inconsciente, la inducción hipnótica, vínculo terapéutico, sugerencia indirecta, y replanteamiento.

También se hace una distinción entre lo que es técnica y estrategia. Una estrategia se define según Short (2006), como un principio fundamental de la solución de los problemas humanos que permiten al terapeuta experto diseñar técnicas especializadas para enfrentar diferentes retos emocionales o psicológicos. Las técnicas psicoterapéuticas, como el doble vínculo terapéutico, la prescripción del síntoma, o la instrucción paradójica, pueden agruparse en categorías de acuerdo a una definición común. Las estrategias determinan que técnicas se deben usar como y cuando. A continuación se presentan algunas de las técnicas empleadas por Erickson.

Hipnosis

¿Que es la hipnosis? Para Erickson (2005), la hipnosis es fundamentalmente un método para comunicar ideas a la gente.

Una segunda definición que expone Erickson (1967), nos dice que la hipnosis es un estado especial de consciencia. En el que cierta conducta de la vida diaria se manifiesta directamente. La hipnosis es un tipo de conducta especial pero normal que aparece cuando la atención o los procesos mentales se dirigen al cuerpo de aprendizajes adquiridos en las experiencias de la vida.

Para Zeig (1991), la hipnosis es un cierto estado de percepción enfocada, en el cual usted responde a lo que es inmediatamente relevante y, por lo tanto, usa esta percepción en forma seleccionada. La hipnosis es una respuesta natural, similar a estar ensimismado y atrapado entre pensamientos sueltos. La hipnosis es el cese del percatamiento consciente: en la hipnosis uno empieza a usar su percatamiento inconsciente (Zeig, 1985b).

Como el sujeto entra en un sueño hipnótico, el campo de la conciencia se estrecha y los estímulos externos, con excepción de los dados por el hipnotizador, pierden su significado. En última instancia el sujeto pierde el contacto con el mundo exterior, excepto para el operador. Esencialmente, la "conciencia" está en un estado de sueño, mientras que el "inconsciente" se deja en el control y en la relación con el hipnotizador (Erickson, 1934).

Otra definición nos la da Lankton (2004), la hipnosis puede ser definida operacionalmente como un tiempo limitado de estado caracterizado por la concentración hacia lo interno con una mayor reducción de los focos externos, haciendo que las alteraciones en la percepción, experiencia emocional, cognitiva, muscular y visceral puedan llevarse a cabo. Las definiciones científicas de la hipnosis, sin embargo, a menudo se basan en la sugestión. La definición de hipnosis incluye la absorción interna cada vez mayor y la disminución de la atención de los focos externos que acompañan a una reducción de los mecanismos de análisis crítico de una manera que mejore el cambio en los parámetros mencionados anteriormente.

Para cada paciente y en cada situación, se puede considerar a la hipnosis como una experiencia de aprendizaje. Durante esta experiencia, el paciente está respondiendo a las ideas, de acuerdo con sus propias necesidades y de acuerdo con su propio aprendizaje, porque no puede dar respuestas que están más allá de su propia experiencia. Esta es la razón por la que debes considerar a la hipnosis como una experiencia de aprendizaje para cada paciente y para cada situación (Erickson, 1958).

¿Para que usar hipnosis en psicoterapia?

De acuerdo con Erickson (1967), el principio del uso de la hipnosis clínica es que se beneficia de la restricción o concentración de la atención del paciente sobre aquellos elementos que pueden favorecer su bienestar.

Yapko (1999), explica que su principal ventaja reside en su capacidad para aprovecharse de los muchos recursos de la mente inconsciente.

La idea anterior coincide con la propuesta por Erickson y Rossi (1979), al considerar que la sugestión hipnótica puede facilitar la utilización de las capacidades y las posibilidades que ya existen dentro de una persona, pero no han sido utilizadas o poco desarrollados debido a la falta de formación o de comprensión.

Otra explicación la formula Rosen (1982), al comentar que en el estado de trance los pacientes suelen comprender de manera intuitiva el significado de los sueños, símbolos y otras manifestaciones inconscientes. Se despreocupan de sus ideas y de sus problemas y se aproxima a lo que Erickson denomina “aprendizaje Inconsciente”.

Otro objetivo del uso de la experiencia hipnótica en terapia, es que una persona que está en trance hipnótico, con sus esquemas mentales habituales momentáneamente suspendidos, está más dispuesta a colaborar con las ideas o sugerencias que el terapeuta le provea. Debido a una tendencia natural a recuperar el equilibrio perdido (Yapko, 2003).

Además Erickson, Rossi, y Rossi, (1976), han teorizado las siguientes fases en la dinámica de la inducción y sugestión hipnóticas:

1) Fijación de la atención: sirve cualquier elemento (verbal o no verbal) que absorba la atención del sujeto (historias motivantes, relajación y todas las formas de experiencia interna).

2) Debilitación de los esquemas conscientes: el efecto psicológico de la fijación de la atención es que debilita los esquemas mentales habituales y marcos de referencia comunes. Se produce una “brecha” en la consciencia.

3) Búsqueda inconsciente: al estar debilitados los esquemas conscientes surge una búsqueda inconsciente para reorganizar la situación. Fenómeno que es utilizado por el hipnotista para dar más sugerencias (sugerencias, indicaciones, órdenes) que debilitan aun más esos esquemas.

4) Procesos inconscientes: esta búsqueda inconsciente moviliza procesos internos en el paciente.

5) Respuesta hipnótica: el proceso finaliza en la aparición de respuestas involuntarias, que pueden ser espontáneas o sugeridas por el hipnotista.

Fenómenos hipnóticos

En la experiencia de trance, los individuos pueden mostrar la ocurrencia espontánea de uno o más fenómenos hipnóticos, que pueden ser considerados experiencias que ocurren inadvertidamente en la vida cotidiana y que se amplifican al estar abatidos los esquemas conscientes. También estos fenómenos pueden ser evocados por el hipnotista, y son la

materia prima de los tratamientos psicoterapéuticos a través de hipnosis. Estos fenómenos son los siguientes (Yapko, 2003).

Amnesia

De acuerdo con Erickson (1958), en hipnosis, dado que estas utilizando la mente inconsciente, existe una tendencia a mantener en el inconsciente los sucesos de la experiencia hipnótica, por lo tanto conscientemente tienes amnesia. Pero cada paciente tiene el derecho a determinar si es que quiere o no tenerla, puede quererla para todo, para ciertas cosas, por cinco minutos, por cinco días, por cinco años, puede escoger el objeto de su amnesia, el carácter y su duración, puede no estar presente hoy y puede ser necesario que se presente en el mismo paciente al día siguiente.

Para Erickson (1948), la amnesia faculta al sujeto para enfrentarse a sus propias vivencias, pero sin recordarlas como suyas. De esta manera se le permite alcanzar una comprensión objetiva y crítica de su experiencia vital y reorganizarla y reasociarla de acuerdo a su realidad y sus propias necesidades personales.

Existen muchos casos de Erickson dando permiso al paciente para olvidar las cosas que podrían desviarlo de la terapia. Usaba la amnesia como un método de distracción cuando esta era necesaria durante algunos días o semanas, por ejemplo, para realizar progresiones (Short, 2006).

La amnesia terapéutica fue usada por Erickson muchas veces. La amnesia no era meramente una técnica que Erickson usaba en hipnoterapia, era una piedra angular de su enfoque y un componente central de su técnica indirecta (Zeig, 1991).

Distorsión del tiempo

Yapko (1999), explica la experiencia del tiempo es puramente subjetiva, y significa que uno experimenta el paso del tiempo a su manera en cualquier momento dado. El paso del tiempo puede parecer mas rápido o mas lento de lo que es objetivamente cierto, dependiendo del foco de atención.

Catalepsia

Otro de los fenómenos hipnóticos es el referente al tono muscular. En hipnosis puedes desarrollar catalepsia. La catalepsia es un estado de tonicidad balanceada de los músculos (Erickson, 2005).

Yapko (1999), la define como la inhibición del movimiento voluntario asociada al hecho de centrarse intensamente en un estímulo específico. El grado en el que el cliente esta centrado en las asociaciones desencadenadas por el clínico señala el nivel en el que puede mostrar respuestas catalépticas.

Disociación

La disociación es un fenómeno psicológico e hipnótico ampliamente reconocido. Las personas pueden separar los estados psicológicos, diferenciar las emociones del pensamiento, la conducta del sentimiento entre otros (O'Hanlon, 1987). Erickson (2005), comentaba que gustaba de utilizar la disociación en muchas diferentes formas. En psiquiatría, cuando un paciente verdaderamente no puede afrontar sus problemas, se le disocia, permitiendo que vea su problema desde fuera de si mismo.

Regresión

La regresión temporal es una utilización exponencial intensa de la memoria. Las técnicas de regresión temporal consiste en hacer que le cliente retroceda en el tiempo a alguna experiencia para revivirla como si estuviera ocurriendo en el aquí y el ahora (Yapko, 1999). Erickson (2005), señala que la regresión es algo muy útil, para producir anestesia, frecuentemente se usa para inducir a un paciente a que enfrente situaciones muy difíciles.

Respuestas ideomotoras

La respuesta ideomotriz es la manifestación física de la experiencia mental o, en otras palabras, la reacción inconsciente del cuerpo ante los pensamientos de la persona (Yapko, 1999). Para Erickson (2005), el fenómeno ideomotor, quiere decir, una idea que corresponde a una respuesta motora. En hipnosis, le ofreces al sujeto la idea de una respuesta motora y él la acepta y la lleva a cabo. Puede llevarla a cabo tanto de manera positiva como negativa.

Cabe destacar que Erickson poseía un estilo especial de terapia, que a veces incluía hipnosis y a veces no (Haley, 1980a).

Técnica de la utilización

Erickson era cauteloso acerca de lo que sugería no añadía nada nuevo al paciente que no facilitara su capacidad en forma creativa sino que utiliza y desarrolla lo que el paciente ya había (Erickson, Rossi, y Rossi, 1976).

La utilización es la regla de oro del enfoque ericksoniano. Si pudiéramos condensar la esencia del enfoque ericksoniano en una oración; sería ayudar a los pacientes a reconocer los recursos mente-cuerpo (Short, 2006).

Erickson (1958), nos dice que por enfoque naturalista se entiende la aceptación y utilización de la situación encontrada sin buscar reestructurarlo psicológicamente. De este modo, el paciente al presentar el comportamiento se convierte en una ayuda clara real de una parte de la inducción de un trance, en lugar de un posible obstáculo. De acuerdo con Erickson (1959b), la técnica de la utilización, en esencia, no es más que la simple inversión del procedimiento usual de la inducción a la hipnosis.

Para Zeig y Rennick (1991), todo cuanto existe en el entorno, del paciente, en la historia del paciente, en el problema del paciente, en el consultorio del terapeuta puede ser utilizado. Por ejemplo, Erickson explica que la polio fue uno de sus mejores maestros que pudo tener en lo referente a la conducta humana. Utilizo esa enfermedad constructivamente.

El valor de esta técnica de utilización reside probablemente que los pacientes son siempre aceptados y que el terapeuta puede manejarse de manera efectiva con ello independientemente de su conducta. La técnica satisface las necesidades del paciente y usa la conducta que domina al sujeto como parte integrante del proceso de inducción (Erickson, 1959b).

De igual manera Erickson y Rossi (1979), indican que el paso inicial en el enfoque de la utilización, como en la mayoría de las formas de la psicoterapia, es aceptar el comportamiento manifiesto de los pacientes y reconocer sus marcos de referencia personal. Esta apertura y aceptación de los mundos de los pacientes, facilita la apertura y la correspondiente aceptación del terapeuta por los pacientes.

El enfoque de utilización también supone que cada persona es única en términos de las estrategias utilizadas para crear su propia experiencia y que, por consiguiente, la eficacia de la hipnosis depende de lo bien que es capaz de adaptar sus estrategias a las de un determinado sujeto (Gilligan, 2002).

Sea cual sea el comportamiento ofrecido por los sujetos deben ser aceptado y se utiliza para desarrollar aún más la respuesta deseada. Cualquier intento de "corregir" o alterar los sujetos, el comportamiento, o obligarlos a hacer cosas que no están interesados, va en contra de la inducción al trance y, ciertamente, contra el trance profundo (Erickson, 1952).

La utilización es tanto un punto de vista como un proceso. Si el paciente entra y amenaza abofetear al terapeuta, se acepta esta energía como algo que puede ser utilizado para ampliar el objetivo clínico. Cuando el terapeuta sabe que utilizará todo lo que le paciente diga y haga, puede instrumentar la terapia con una gran confianza (Short, 2006).

Esta técnica, basada en la utilización de las necesidades personales intensas, es efectiva tanto en niños como en adultos y puede adaptarse rápidamente a las situaciones que requieren respuestas activas y la participación del paciente (Erickson, 1959b).

Técnica de la confusión

Erickson, Rossi, y Rossi (1976), comentan que la técnica de la confusión se convierte en una técnica importante para romper rígidas actitudes mentales y para el inicio de un proceso creativo. Erickson (1952), en esencia, no es más que una presentación de una serie de indicaciones contradictorias, aparentemente todas diferentes, que requieren un constante cambio de orientación de los sujetos.

O' Hanlon (1987), nos dice que la técnica de la confusión fue desarrollada por Erickson para superar el pensamiento racional y el consciente del sujeto, con la finalidad de facilitar la inducción.

Un ejemplo que nos da Erickson es el incidente, de un humor espontáneo que llevó a su adaptación como una técnica de hipnosis, ocurrió de la siguiente manera:

“Era día de viento yo estaba en camino para asistir al primer seminario oficial sobre la hipnosis en los Estados Unidos por L. Clark Hull en la Universidad de Wisconsin en 1923, donde informaría acerca de mi trabajo experimental y estudiantes de postgrado de psicología discutirían mis conclusiones, al dar vuelta en una esquina choque fuertemente con una persona que venía a toda prisa, antes de que pudiera recuperar su porte para hablarme, miré mi reloj y con cortesía, como si hubiera preguntado la hora del día, le dije "Son exactamente 10 minutos para las dos ", aunque en realidad eran las 4:00 pm, y yo seguí caminando. Alrededor de la mitad de un calle lejos me volví y lo vi a él sin duda, todavía perplejo y desconcertado por mi comentario” (Erickson, 1964, p. 2).

Doble Vínculo

Para Erickson y Rossi (1975), en esencia, el doble vínculo proporciona una libertad ilusoria de elección entre dos posibilidades, ninguna de las cuales es muy deseada por el paciente, sin embargo ambas son realmente necesarias para su bienestar. El doble vínculo terapéutico puede ser descrito como una especie de emboscada benevolente (Short, 2006).

El doble vínculo o doble enlace surge de la posibilidad de comunicarse en más de un nivel. Normalmente estamos atrapados en las circunstancias que nos permiten únicas alternativas desagradables de la respuesta. Estamos atrapados entre la espada y la pared. De este modo experimentar un conflicto de evitación-evitación, tenemos que hacer una elección, incluso aunque nos gustaría evitar todas las alternativas. En tales circunstancias, se suele elegir el menor de los dos males (Erickson y Rossi, 1979).

Intervención en la pauta

Erickson observó a menudo que la conducta y el pensamiento de las personas están pautados con rigidez, pero, en lugar de extraer la conclusión de que como consecuencia de esa rigidez el cambio es imposible él pensaba que las pautas son modificables (O'Hanlon, 1987). También en Short (2006), encontramos una idea similar cuando señala Erickson no creía que fuera necesario conocer el origen del problema. Erickson creía, por el contrario, que muchos problemas eran conductas aprendidas que se mantenían por la fuerza del hábito.

De igual manera en Téllez (2007), localizamos otra idea relacionada cuando nos dice Erickson solía observar y analizar las pautas o regularidades sintomáticas tanto cognitivas como conductuales de los pacientes, y una vez bien establecido la secuencia de las pautas Erickson intervenía en ellas, de manera que alteraba toda la regularidad, y así eliminaba el síntoma.

O' Halon (2001), nos dice que Erickson no limitaba el empleo de la intervención en las pautas a la asignación de tareas o la modificación de síntomas. Alteraba constantemente las pautas de comunicación y de conducta para influir en el trance hipnótico o para provocar ciertos sentimientos, conductas o asociaciones. Estas pautas podían ser las del cliente, las de las persona que estaban a su alrededor o las del propio terapeuta.

Reencuadre o reorientación

Se trata de aprovechar la oportunidad de darle al paciente una nueva forma de ver su problema concreto (Erickson, 1958). El reencuadre es la técnica terapéutica en la cual se asocia un nuevo significado con hechos que antes tuvieron otro significado (O' Hanlon, 1987).

La reorientación o reencuadre es una estrategia general que puede encontrarse en todas las formas de solución de problemas terapéuticos. De hecho, la estrategia clínica puede definirse como un cambio de significado de perspectiva que ofrece nuevas formas de conceptualizar factores situacionales existentes o experiencias de vida previas. Siempre que el terapeuta proporciona una nueva idea al paciente, se reorienta en sus creencia (Short, 2006).

Por su parte Zeig (1985b), comenta los pacientes tiene determinadas actitudes hacia sus síntomas; el reencuadre es una técnica que opera en el plano de las actitudes, brindando al sujeto la alternativa de adoptar una actitud positiva hacia la situación sintomática.

Comunicación a múltiples niveles

Erickson fue un maestro en le arte de la comunicación en ambos trabajos en el hipnótico y en le no hipnótico, usando en forma simultanea modalidades cognitiva, afectivas, de conducta sensoriales e interpretaciones, en un comprensivo enfoque al tratamiento (Zeig, 1991).

Es mérito de Erickson haber demostrado que si el paciente puede comunicarse en varios niveles, también el terapeuta puede hacerlo. La comunicación terapéutica no debe ser forzosamente clara, concisa y directa; la comunicación focalizada en varios niveles a la vez puede ser una técnica poderosa, y Erickson la utilizaba continuamente (Zeig 1985b).

Téllez (2007), comparte la idea anterior ya que marca que una de las grandes aportaciones de Erickson fue su aproximación indirecta en la hipnoterapia y la psicoterapia en general. Erickson usaba la comunicación indirecta tanto en el estado de consciencia despierto como en estado de trance hipnótico. Él usaba analogías,

metáforas, narraciones, sugerencias intercaladas y hasta chistes para ofrecer mensajes en forma indirecta a sus pacientes.

A menudo Erickson se comunicaba por medio de metáforas. Hablaba sobre un tema para referirse a otro. Prefería un enfoque indirecto, metafórico, que permitiera que las personas dieran forma a sus propios significados (en lugar de que ellos les fueran impuestas por terapeutas bien intencionados); pensaba que lo menos probable era que los pacientes se beneficiaran con enfoque directo (O' Hanlon, 1987).

Formas indirectas de sugestión

Las formas indirectas de la sugerencia son enfoques para iniciar y facilitar las búsquedas a un nivel inconsciente. Cuando se compruebe que la conciencia no es capaz de llevar a cabo una sugerencia directa, podemos entonces hacer un esfuerzo terapéutico para iniciar una búsqueda inconsciente de una solución por la sugerencia indirecta. La visión ingenua de la sugerencia directa, que hace hincapié en el control sostiene que el paciente de forma pasiva hace lo que el terapeuta le pide. En nuestro uso de la sugestión indirecta, sin embargo, nos damos cuenta de que la conducta sugerida es en realidad una respuesta subjetiva sintetizada en el paciente. Es una respuesta subjetiva que utiliza el repertorio único del paciente de experiencias de vida y el aprendizaje. No es lo que el terapeuta dice, sino lo que el paciente con lo que se dice que es la esencia de la sugestión (Erickson y Rossi, 1979).

Es necesario enfocar el problema de manera indirecta, generalmente por implicación, dado que su paciente viene a verlos y sabe perfectamente por que ha venido y ustedes no tiene por que repartírselo (Erickson, 1958).

Lankton (1985), ha indicado que aunque Erickson se mostraba muy directivo en su aproximación a la terapia, al mismo tiempo desarrollaba indirecta terapéutica. Creía que las personas tenían la capacidad para desarrollar sus propios pensamientos y resolver sus propios problemas, a pesar de las creencias conscientes limitantes.

Según ella, Erickson dio énfasis a la comunicación indirecta que facilita una búsqueda inconsciente y la recuperación de aprendizajes y habilidades personales, debido a que las limitaciones conscientes de los pacientes les han impedido resolver sus problemas y dificultades –razón por la cual las sugerencias directas suelen fracasar (ya que apelan a la capacidad de dirigir en forma consciente el cambio). A su vez, el lenguaje indirecto de Erickson estimulaba a los clientes para resolver sus problemas en formas efectivas singulares.

Abarcas todas las posibilidades de una clase de respuestas

Este tipo de sugerencias enfocan la atención en una clase de respuesta, además a prueba de fallas porque cualquier respuesta es correcta y válida como hipnótica. Este tipo de sugerencias puede aplicarse a cualquier tipo de proceso psicológico como la memoria, la percepción, los procesos oníricos y otros (Téllez, 2007).

Un ejemplo no nos da Erickson y Rossi (1979), Pronto encontrará un dedo o un dedo pulgar se mueve un poco, tal vez por sí mismo. Puede moverse hacia arriba o hacia abajo, al lado o presione hacia abajo. Puede ser lento o rápido o tal vez no moverse en absoluto. Lo realmente importante es el sentido de desarrollar plenamente cualquier tipo de sentimientos. Todas las posibilidades de movimiento de los dedos han sido cubiertas, incluida la posibilidad de no moverse en absoluto. La sugerencia es, pues, a prueba de fallos. El paciente tiene éxito, no importa qué respuesta se desarrolla. El terapeuta

simplemente explora la capacidad de respuesta inicial del paciente, iniciando al mismo tiempo un trance por centrar la atención.

A través de este primer capítulo se pudo conocer parte de la historia de Milton H. Erickson. Además se hizo una revisión de la definición que Erickson daba a la terapia, cuales eran sus objetivos en terapia y como basándose en sus conocimientos sobre la hipnosis y la sugestión Erickson fue desarrollando técnicas inusuales de influir en las conductas de las personas. Estas técnicas se pueden considerar como verdaderas innovaciones psicoterapéuticas que han influenciado en posteriores escuelas terapéuticas, como por ejemplo la utilización que Erickson empleaba en todo el proceso terapéutico en utilizar el lenguaje del paciente, su conducta, creencias y su visión del mundo como facilitadores de la terapia, extendiendo esta maniobra hasta la utilización del síntoma o la resistencia.

El capítulo siguiente corresponde a la terapia breve del MRI para comenzar se representaran los antecedentes, para después pasar a los tópicos usados para el capítulo uno, es decir definición de terapia, objetivos técnicas y para terminar el aporte de Milton H. Erickson a través de las técnicas para este enfoque de terapia.

Capitulo dos Mental Research Institute

ANTECEDENTES

De acuerdo con Wittezaele y García (1994), es difícil trazar una historia lineal de este Instituto, porque en sus inicios aun estaba enlazado con el Proyecto Bateson sobre la paradoja de la comunicación. Según ellos, a contar del año 1962, cuando Bateson se marcha de Palo Alto, el *Mental Research Institute* (MRI) comenzó a desarrollar un enfoque más exclusivamente terapéutico e impuso su originalidad en el medio de la terapia familiar.

Cuando se crea el MRI en 1959, el interés de sus integrantes estaba dedicado a encontrar conceptos intermedios entre las teorías de Bateson y la práctica de la terapia familiar y Bateson sólo participa como consultor en este Instituto (Wittezaele y García, 1994).

Bertrando y Toffanetti, (2004), comenta que para no dispensar el patrimonio terapéutico que ha ido acumulando el grupo de Bateson, Jackson funda en Palo Alto, en 1959, el *Mental Research Institute* (MRI), una pequeña asociación privada con el objetivo expreso de estudiar y formalizar un método de terapia familiar. Al principio, el personal del nuevo instituto es muy reducido: Jackson, Virginia Satir y Jules Riskin. Los dos últimos, son respectivamente una terapeuta familiar con consultorio propio y un investigador; ambos son de Chicago y están muy motivados por la lectura de los famosos artículos del grupo Bateson.

En 1961 llega Paul Watzlawick al Instituto; para 1962 se une Jay Haley y John Weakland, desde el desaparecido grupo Bateson. Los campos de interés del MRI son en esos momentos la clínica, la formación y la investigación.

A fines de 1962 Bateson abandona Palo Alto para trasladarse a realizar investigaciones en las Islas Vírgenes, y en 1963 el MRI se convierte en una institución independiente.

En el año 1967, se crea al interior del MRI el Centro de Terapia Breve del MRI, cuyo director es Richard Fisch, quien se había integrado al equipo en 1962, el director asistente es John Weakland, y participan también Paul Watzlawick y Arthur Bodin. En ese año Haley abandona el MRI para viajar a Filadelfia a trabajar con Minuchin. En 1968 fallece Don Jackson y Virginia Satir abandona el MRI, para trasladarse a Esalen.

Según Wittezaele y García (1994), el acontecimiento más importante durante el período de transición del MRI es la llegada del joven Paul Watzlawick. Cuando llega a Palo Alto recibe las orientaciones teóricas de Bateson, las técnicas terapéuticas de Jackson e indirectamente las de Erickson (a través de Haley y Weakland).

Sin embargo no todo es tranquilidad en Palo Alto, entre los años 1965 y 1967, mientras bullía la actividad intelectual entre los miembros del MRI, aumentaban sus conflictos interpersonales y teóricos. Mientras Virginia Satir estaba interesada en algunos aspectos de la terapia familiar, Haley estaba desarrollando sus conceptos relativos a la jerarquía y el poder en la familia, y los restantes miembros estaban interesados en «comprender y formalizar las intervenciones “mágicas” de Jackson y Erickson para convertirlas en instrumentos de trabajo transmisibles (Wittezaele y García, 1994).

Una de las publicaciones más conocidas del Instituto de Investigaciones Mentales (MRI) es *Pragmatics of Human Communication* (Pragmática de la Comunicación Humana), que vio la luz en 1967 (Watzlawick Beavin y Jackson, 1981).

Wittezaele y García (1994), indican que los autores consiguieron llevar a cabo una tarea ardua: presentar bajo una forma accesible las ideas principales de la cibernética, la

teoría de los sistemas aplicada a la terapia familiar, y las ideas esbozadas por Ruesch y Bateson (1965), sobre la comunicación interpersonal.

Después los resultados preliminares de las investigaciones clínicas y teóricas del Centro de Terapia Breve del MRI fueron presentados en 1974 en *Change, Principles of Problem Formation and Problem Resolution* (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

En este libro podemos apreciar la presencia Erickson, ya que él escribió en el prefacio de Cambio:

Habría preferido decir mucho más acerca de este libro de lo que aquí puedo decir. Por desgracia, mi mala salud me lo impide, pero no será obstáculo para decir lo esencial.

Multitud de libros y de teorías se han ocupado del modo de cambiar a las gentes, pero, en último término, son los autores de la presente obra los que han considerado seriamente el tema representado por el cambio en sí mismo, en el sentido de cómo ello tiene lugar espontáneamente y cómo puede ser promocionado. Yo he intentado comprender esto mismo en mi propia obra y describirlos en mis escritos. He considerado mucho de lo que he realizado como una forma de acelerar las corrientes que impulsan al cambio y que maduran ya en la intimidad de la persona y de la familia, pero se trata de corrientes que precisan de lo “inesperado”, lo “ilógico” y lo “súbito” para desembocar en un resultado tangible.

De este fenómeno representado por el cambio se ocupa el presente libro, de la naturaleza auténtica y de las modalidades de cambio —aspectos que durante tanto tiempo no han sido tenidos en cuenta en la formulación de teorías acerca de cómo cambiar a las personas.

Me complace que mi propia obra haya contribuido a las ideas representadas en este libro y me alegro haber tenido la oportunidad de hacer este pequeño comentario acerca del mismo. (Erickson, 1976 en Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976 p. 9-10).

Ya para el año 1982, Fisch, Weakland y Segal publican *The Tactics of Change* (Las tácticas del cambio, 1984); volumen que está dedicado a Milton H. Erickson. En el Prefacio a esa obra indican que ella es un complemento de Cambio. Por lo tanto, es un texto mucho más explícito en los aspectos técnicos, ejemplificados a través de análisis de casos. Dan especial énfasis a las “maniobras del terapeuta”, puesto que su enfoque es estratégico. Asimismo, dedican un capítulo a “la postura del paciente”, en el cual

destacan que la influencia terapéutica para el alcance de metas debe adecuarse al estilo de respuesta del cliente; de modo que éste esté dispuesto a llevar a cabo las prescripciones.

DEFINICIÓN DE TERAPIA

Para Fisch, Weakland y Segal, (1985), la naturaleza de la terapia y su modelo general de la práctica son consecuencia directa de la concepción que ellos tienen de los problemas. Y para ellos los problemas consisten en una conducta presente indeseada. Las soluciones intentadas son las que mantienen el problema, las personas que llegan con problemas a la consulta psicoterapéutica traen una dificultad, definida por alguno de los miembros como problema y una serie de aplicaciones de ciertas soluciones intentadas fallidas, que no han logrado solucionar dicho problema, sino que por el contrario lograron mantenerlo, tuvieron el efecto pragmático de sostenerlo, obstaculizando el proceso normal de cambio (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

La terapia, fue entendida como un cuidadoso estudio de la comunicación interpersonal dirigido a modificar, por medio de acciones o prescripciones directas, a veces paradójicas o aparentemente ilógicas, el sistema de relaciones disfuncional operante en un grupo determinado de personas (Nardone y Watzlawick, 1992).

OBJETIVOS EN TERAPIA

Parten de la idea de que los cambios terapéuticos no son diferentes de las continuas transformaciones que sufren los diferentes sistemas en evoluciones naturales. Para ellos las soluciones intentadas son las que mantienen el problema, las personas que llegan con problemas a la consulta psicoterapéutica traen una dificultad, definida por alguno de los miembros como problema y una serie de aplicaciones de ciertas soluciones

intentadas fallidas, que no han logrado solucionar dicho problema, sino que por el contrario lograron mantenerlo, tuvieron el efecto pragmático de sostenerlo, obstaculizando el proceso normal de cambio (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

Fisch, Weakland y Segal, (1985), consideran que el objetivo primordial de un terapeuta no tiene porque consistir en solucionar todas las dificultades sino en iniciar un proceso de inversión. Esto significa, asimismo, que incluso los problemas graves, complejos y crónicos se hallan potencialmente abiertos a una solución efectiva, mediante un tratamiento breve y limitado.

Las intervenciones apuntan primeramente a identificar los circuitos intervinientes y las diferentes soluciones intentadas, para luego poder bloquear esas soluciones intentadas fallidas, para cortar el proceso cibernético de feedback negativo que mantiene el problema. El objetivo es modificar las estructuras o las pautas interaccionales que rigen al sistema, lo que se conoce como Cambio 2, ya que todas las soluciones intentadas fallidas son consideradas como meros Cambios 1, que se entienden como ‘más de lo mismo’ (Fisch, Weakland y Segal, 1985).

Las soluciones intentadas, habitualmente se guían por el sentido común, pero para lograr Cambios 2, los terapeutas interaccionales proponen intervenciones paradójicas que a veces contrarían el sentido común. Proponen dar este tipo de prescripciones con una racionalidad acorde al marco referencial de la familia, siguiendo los parámetros semánticos del sistema. Esta escuela utiliza para ello dos elementos, que se conceptualizan como ‘hablar el lenguaje del paciente’ y ‘cargar con sugestión la prescripción’ (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

De acuerdo a Keeney y Ross (1987), el enfoque del Centro de Terapia Breve del MRI es uno de los abordajes más eficaces de solución de problemas que se hayan conocido

hasta esa época. La meta de la terapia no consiste en modificar la conducta problema ni la conducta solución; la meta es alterar la pauta de interacción. Lo que se tiene que abordar es la relación recursiva entre problemas y soluciones intentadas. Esta relación recursiva es una pauta de interacción.

PRINCIPIOS DE LA TERAPIA DEL MRI

En 1974, Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin, describen 11 principios de su enfoque de terapia breve centrado en la resolución de problemas:

1. Es un enfoque orientado al síntoma.
2. Los problemas son vistos como dificultades de la situación entre las personas – problemas de interacción. Es decir, un modelo que no está basado en la patología.
3. Consideran a los problemas como un resultado primario de las dificultades de la vida cotidiana que han sido mal manejados por los participantes comprometidos.
4. Los cambios de transición en la vida de la familia son considerados como las "dificultades de la vida cotidiana" más comunes e importantes que pueden llevar a problemas.
5. Las dos formas principales en las cuales es probable que se desarrollen "problemas" son: si las personas tratan una dificultad ordinaria como un "problema" o si tratan una dificultad ordinaria (o peor) como no siendo un problema –es decir, ya sea sobre-enfatizando o quitando el énfasis a las dificultades en el vivir.
6. Una vez que la dificultad comienza a ser vista como un "problema", la continuación y, a menudo la exacerbación, de este problema resulta en la creación de un circuito de retroalimentación positiva, centrado muy a menudo alrededor de esos comportamientos de los individuos en el sistema que están intentando resolver la dificultad. La dificultad original se encuentra con una "solución" intentada que intensifica la dificultad original, y así sucesivamente.
7. Ven a los problemas o síntomas de larga duración no como una "cronicidad" de algún defecto básico en el individuo o la familia, ni incluso como un problema

que se ha "montado" a través de tiempo, sino como la persistencia de una dificultad manejada en forma deficiente en forma repetitiva.

8. Conciben a la resolución de problemas como una situación que requiere primariamente de la sustitución de pautas de comportamiento para interrumpir los círculos de retroalimentación positiva viciosos.
9. Buscan medios para promover un cambio benéfico que sí funcione, aunque esos remedios parezcan ilógicos.
10. El cambio puede ser efectuado más fácilmente si la meta del cambio es razonablemente pequeña y está claramente establecida.
11. Es un enfoque fundamentalmente pragmático. Las concepciones y las intervenciones están basadas en la observación directa en la situación de tratamiento respecto a qué está ocurriendo en el sistema de interacción humano, cómo continúa funcionando en esas formas, y cómo puede ser alterado más efectivamente.

Los autores Weakland, Fisch, Watzlawick y Bodin (1974) señalan que el tratamiento del Centro de Terapia Breve del MRI se compone de seis fases, a saber:

1. Introducción al encuadre del tratamiento;
2. Interrogatorio y definición del problema;
3. Estimación del comportamiento que mantiene el problema,
4. Diseño de metas de tratamiento;
5. Selección y ejecución de intervenciones conductuales; y
6. Finalización.

En la fase del diseño de las intervenciones, proponer tomar en consideración la motivación y características idiosincrásicas de los clientes para la prescripción de tareas (utilización ericksoniana).

TÉCNICAS

Reestructurar

Reestructurar significa cambiar el propio marco conceptual o emocional, en el cual se experimenta una situación, y situarla dentro de otra estructura, que aborde los hechos correspondientes a la misma situación concreta igualmente bien o incluso mejor, cambiando así por completo el sentido de los mimos. Además, la reestructuración presupone que el psicoterapeuta aprenda el lenguaje del paciente (Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

Prescripción del síntoma

Un síntoma siempre es, en su esencia, involuntario y, por ende, autónomo. Pero ésta no es más que otra manera de decir que un síntoma es un fragmento de una conducta espontánea, tan espontánea que incluso el paciente la experimenta como algo incontrolable. Es esta oscilación entre la espontaneidad y la coerción lo que hace que el síntoma sea paradójico, tanto en la experiencia del paciente como en su efecto sobre los demás (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1981).

La prescripción del síntoma es sólo una de las varias intervenciones paradójicas (La paradoja puede definirse como una contradicción que resulta de una deducción correcta a partir de premisas congruentes) (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1981), que pueden resumirse bajo el término de dobles vínculos terapéuticos. Desde el punto de vista estructural, un doble vínculo terapéutico es la imagen en espejo de uno patógeno.

Sin duda es la técnica más relevantes que utilizan los principales representantes del instituto de investigaciones mentales es conocida como prescripciones del síntoma. Básicamente quien sufre ante la incapacidad de hacer algo o, a la inversa, bajo la

presión de tener que hacer algo, la intervención consiste así, en prescribir y no en un combatir, como se hace tradicionalmente con los síntomas (Watzlawick, 1980).

Desplazamiento del síntoma

Aquí se trata no del intento de una supresión inmediata, sino de un desplazamiento provisional del síntoma, que proporciona al paciente una primera vislumbre de un posible poder sobre el síntoma.

También esta técnica es conocida desde mucho tiempo atrás en la hipnoterapia, y resulta particularmente indicada para el alivio de dolores físicos cuya intensidad, como es bien sabido, depende ampliamente de factores subjetivos y de su contexto interpersonal. Aquí es posible recurrir a dos posibilidades: desplazamiento en el tiempo (por ejemplo: su dolor se concentrará los lunes, miércoles y viernes de ocho a nueve de la tarde) o en el espacio (por ejemplo: su dolor irá bajando lentamente desde la cadera, por la rodilla izquierda, hasta el pie izquierdo).

Existe una tercera posibilidad, a saber, la utilización premeditada de un síntoma en vez de tolerarlo pasivamente y el desplazamiento inherente de su significado que, sitúa a esta intervención en las proximidades de la reestructuración (Watzlawick, 1980).

Sabotaje Benévolo

Se trata de una técnica de intervención eficaz en el tratamiento de una típica y monótona crisis que se da entre padres y sus hijos menores de edad y rebeldes. Consiste en adoptar una posición basada en admitir francamente ante el hijo que son incapaces de controlar su comportamiento “Deseamos que estés en casa a las once, pero si no estas a esa hora no podemos hacer nada”; este podría ser uno de los posibles mensajes. Dentro de esta nueva estructura el adolescente se da cuenta de que su actitud de defensa y

desafió carecerá a hora de sentido. Se indica luego a los padres que cierre todas las puertas y ventanas de la casa a las once, y que se acuesten, de modo que cuando llegue el chico no pueda entrar y tenga que tocar el timbre o la puerta, deben tardar un rato en abrirle y disculparse por la tardanza. A cada fechoría de su hijo, tienen que responder tan pronto como les sea posible con algún acto adicional de sabotaje (Watzlawick, Weakland Fisch, 1976).

El sabotaje benévolo da lugar a una situación en la que los padres se vuelven abiertamente permisivos y desvalidos, pero ocultamente punitivos, y ello es un modo contra el cual el adolescente no puede rebelarse.

LA PRESENCIA DE MILTON H. ERICKSON EN EL MRI A TRAVÉS DE SUS TÉCNICAS.

Los aportes de Erickson al Centro de Terapia Breve del MRI son justamente aquellos aspectos de su trabajo que resaltan su pensamiento sistémico; es decir, que toman en consideración al individuo y su sistema de interacciones.

Watzlawick (1982), afirma que Erickson, como terapeuta, fue apartándose paulatinamente de una epistemología intrapsíquica –la cual tiene una visión monádica de su objeto de estudio (el individuo) y que supone que la curación psicológica proviene del insight– para acercarse a una postura en la cual tomaba más en consideración los contextos sociales en donde se da el comportamiento humano. Sin embargo, mucho antes que los teóricos se interesaran en la visión sistémica, Erickson ya había descubierto cómo la familia del cliente puede favorecer u obstaculizar el cambio.

Watzlawick (1982), describe las siguientes características de la terapia de Erickson que ellos usaron en su propio enfoque:

1. Los diferentes usos del lenguaje prescriptivo o inyuctivo.

El lenguaje de la indirección de Erickson puede ser considerado como mandatos para inducir disposición a responder a las señales mínimas del terapeuta (disposición involuntaria a cooperar) (Zeig, 1987).

Dentro del marco de la hipnosis se le dice al paciente que eleve su brazo derecho y él simplemente lo levanta, en respuesta no es necesariamente hipnosis. Sin embargo, si el terapeuta le dice, “Me gustaría que de verdad se dé cuenta en una forma que sea edificante, que la hipnosis es realmente una experiencia adecuada para usted en una forma que pueda encontrar manejable”, y después el paciente eleva su brazo derecho, eso es considerado una respuesta hipnótica. En forma alternativa, si el terapeuta dice, “En hipnosis me gustaría que usted realmente comprendiera que puede encontrarse yendo a un cómodo estado”, y el paciente mueve su cabeza hacia abajo en una respuesta disociativa (automática) al mandato implicado, eso es juzgado como hipnosis (Zeig, 1987).

2. El principio de la utilización ericksoniana: Use todo lo que el paciente trae (Watzlawick, 1982).

Erickson nos enseñó a aprender el lenguaje del paciente y a usarlo para facilitar la tarea de hacer que las personas se comportaran en una forma diferente (Watzlawick, 1982).

Acerca de la utilización de Erickson en Watzlawick, Weakland, y Fisch (1974) tomar lo que el paciente nos aporta, es una de las reglas básicas de Erickson para la solución de problemas interhumanos. Se halla en acentuado contraste con las enseñanzas de la

mayoría de las escuelas de psicoterapéuticas, las cuales, o bien tienden a explicar mecánicamente un mismo procedimiento a los pacientes mas diversos, o bien consideran necesario enseñarle al paciente un nuevo lenguaje, hacerle pensar en términos de este nuevo lenguaje, e intentar llevar a cabo un cambio mediante comunicaciones con dicho lenguaje. En contraste con esto, la reestructuración presupone que el psicoterapeuta aprenda el lenguaje del paciente, lo cual puede ser realizado mucho mas fácil y económicamente que viceversa.

3. El uso de prescripciones acerca del comportamiento abierto de los pacientes, para lograr cambios en las pautas de interacción que mantienen el problema; y no malgastar el tiempo en especulaciones acerca de los diferentes cursos de acción del tratamiento, como ocurre en las líneas más ortodoxas de la explicación y la interpretación al servicio de la producción de insight.

4. Sus enseñanzas acerca de la evitación de la resistencia al elegir la forma de sugestión e intervención más apropiada al cliente, así como también su hábil uso de la resistencia para promover un cambio rápido.

Watzlawick (1982), destaca entre este tipo de intervenciones a la “ilusión de alternativas” terapéuticas. Ésta consiste en la entrega de dos opciones de comportamiento entre las cuales elegir; pero esa elección es ilusoria, pues ambas opciones corresponden a sólo un aspecto de un par de opuestos.

La ilusión de alternativas se rompe, pues, en el instante en el que se adquiere consciencia del par opuesto de orden superior (Watzlawick, 1980).

La elegancia de la ilusión de alternativas descansa en el hecho que a través de ella se coloca una desviación al servicio de su propia corrección (Watzlawick, 1982).

5. El uso que hacía Erickson de las historias, los juegos de palabras, los chistes y las metáforas. Lo que Erickson parece haber captado en forma intuitiva, mucho antes que los investigadores del cerebro postularan la teoría de la asimetría del cerebro humano, fue que las formas de lenguaje denominadas del hemisferio derecho, tiene lejos mayor potencial que la brillantez de las explicaciones e interpretaciones del hemisferio izquierdo (Watzlawick, 1982).

6. El cambio en el foco de la atención del paciente que se logra a través de la hipnosis. Cualquier sugestión exitosa coloca la realidad de nuestros pacientes en un marco conceptual y emocional diferente. Esta es la técnica del reencuadre que puede ser exitosamente transplantada desde la hipnosis a los estados de interacción sin trance (Watzlawick, 1982).

Desde la perspectiva de lo escrito anteriormente, se esta en condiciones de afirmar, que desde el punto de vista del legado de Erickson a la terapia actual, le pertenece al Centro de Terapia Breve del MRI el mérito de haber extraído las pautas generales del trabajo hipnótico sin “inducción de trance” de Erickson y haberlas dispuesto al alcanza de cualquier terapeuta que esté realmente interesado en una terapia breve en un ámbito interaccional.

Capitulo tres
Terapia
estratégica de
Jay Haley

ANTECEDENTES

Desde que Haley se reunió con Erickson en Phoenix en 1956, mantuvieron una relación que duró más de una década. La relación fue fructífera para ambos: Haley aprendió del modo de hacer psicoterapia de Erickson y éste tuvo en Haley al primer difusor de su labor como psicoterapeuta.

De principio Haley (1980a), en la introducción de su libro *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson* reconoce la influencia de este último al escribir:

“el aporte de Milton H. Erickson ha sido su influencia sobre mi concepción de este marco, y la variedad de brillantes técnicas terapéuticas que aquí se exponen. Y mas adelante escribe: en realidad, esta obra es el producto de mis encuentros con Erickson a lo largo de los últimos diecisiete años” (Haley, 1980 p. 1).

También comenta que en enero de 1953 se le presento una gran oportunidad: Gregory Bateson lo empleo para trabajar en su proyecto de investigación sobre la comunicación. También se nos unió John Weakland, y Bateson les dio plena libertad para investigar lo que quisiéramos siempre que se relacionara de algún modo con las paradojas que surgen el proceso de comunicación. Ese mismo año el doctor Erickson pasó por donde estábamos trabajando, y dio un seminario de fin de semana sobre hipnosis. Dije que me gustaría asistir y Bateson hizo los correspondientes arreglos. El había conocido a Erickson de en otra etapa de su vida, cuando lo consulto –junto con Margaret Mead– acerca de unos episodios de trance que habían filmado en Bali.

Haley (1980a), cuenta de Erickson que era un hombre vigoroso a pesar de haber sufrido dos ataques de poliomielitis y caminaba torpemente con la ayuda de un bastón. Atendía en una pequeña habitación contigua al comedor de su casa, y la sala de estar funcionaba como sala de espera. Después de estudiar durante un tiempo las técnicas del doctor

Erickson su interés se desplazó hacia su estilo de terapia. Ha mediados de la década de 1950 inicio la práctica privada de la psicoterapia, y se especializó en tratamientos breves. Su tarea consistía en lograr que el enfermo superara su problema lo más rápido posible, por lo habitual mediante el empleo de hipnosis. Pero cuanto que pronto se dio cuenta de que no bastaba hipnotizar a la gente para que se curara; tenía que hacer algo que produjera un cambio. Por lo que busco a alguien para que lo asesorara sobre métodos de tratamiento breve, pero no encontró a nadie; en esos días prevalecía la terapia del insight, a largo plazo.

Don D. Jackson había estado supervisando su trabajo terapéutico con esquizofrénicos – en el marco de su proyecto de investigación-, y pensé que podría serle útil, pero su experiencia en materia de terapia breve era limitada. Al seguir buscando quien le aconsejara, encontró que solo conocía a una persona con experiencia específica en terapia de corto plazo: el doctor Erickson.

En sus charlas sobre hipnosis descubrió que Erickson poseía un estilo especial de terapia, que a veces incluía hipnosis y a veces no. Empezó a visitarlo para analizar problemas relativos a casos que el estaba tratando. Pronto se dio cuenta de que su estilo terapéutico era realmente original y que nunca había sido objeto de una adecuada presentación. Fue cuando intento describir su enfoque en un artículo sobre terapia breve, que posteriormente paso hacer un capítulo del libro *Strategies of Psychotherapy*.

Haley se mantuvo en el Proyecto de Bateson para el estudio de la comunicación hasta el término de éste, y se integró tardíamente al Instituto de Investigaciones Mentales (MRI) que creó Jackson en el año 1959 y que estaba formado por parte del equipo de Bateson.

En 1967 trabaja en *Advanced Techniques of Hypnosis and Therapy*, una antología de los escritos de Milton H. Erickson; en ese mismo año publica, junto con a la joven Lynn

Hoffman, Técnicas de Terapia Familiar, un análisis detallado y crítico de las sesiones que dirigieron cinco maestros de la terapia (Bertrnado y Toffanetti, 2004).

En 1967, Haley se trasladó a Filadelfia para trabajar en el desarrollo de la psicoterapia familiar sistémica con Salvador Minuchin, director de la *Philadelphia Child Guidance Clinic*; y luego se mudó a Washington, en cuyo instituto (*Family Therapy Institute*) dio forma a su propio enfoque de terapia familiar estratégica.

Haley dedicó un capítulo a la hipnosis en *Estrategias de Psicoterapia* (1966), en donde la aborda desde un punto de vista interaccional. En ese volumen expuso su versión de los conceptos acerca de la comunicación sostenidos en el Proyecto de Bateson (Haley, 1980b). Bertrando y Toffanetti, (2004), cometa que ya a comienzos de 1980 es evidente que la terapia estratégica ha dejado una profunda impronta. Además, una serie de artículos de los diversos autores evidencien lecturas y aplicaciones de este modelo.

De esta manera la terapia familiar estratégica, asociada al nombre de Jay Haley, ha aportado a la terapia sistémica una peculiar sensibilidad frente a las distintas posiciones que puede ocupar un terapeuta. A pesar de que hoy en día ya no se considera tan importante que el terapeuta siempre corra con ventaja en lo que respecta a poder y superioridad, aún es fundamental que, ante las varias invitaciones a la confusión, el terapeuta pueda mantener en el sistema una posición que le permita ser claro. Asimismo, en este enfoque se empezaron a buscar soluciones simples a problemas complicados mediante tareas creativas, inusuales, e incluso “alocadas”, una herramienta que sigue siendo fundamental (Schilppe y Schweitzer 1996).

DEFINICIÓN DE TERAPIA

Haley (1984), nos da un acercamiento de definición de la terapia estratégica al decir que no es como un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente. Mas adelante dice que es posible visualizar la terapia estratégica de Milton H. Erickson como una extensión lógica de la técnica hipnótica.

La formación como hipólogo fomenta la habilidad de observar a las personas y sus complejos modos de comunicación, para motivar a la gente de manera que siga directivas y para influir sobre ellas mediante las palabras, las entonaciones y los movimientos corporales. También alienta la concepción de que la gente es modificable y el espacio y el tiempo maleables, y provee ideas específicas acerca de cómo dirigir a otra persona para que se haga más autónoma.

Rol del terapeuta

También Haley (1980a), nos dice cual es la tarea del terapeuta cuando escribe:

“este debe identificar problemas solubles, fijar metas, diseñar intervenciones, para alcanzarlas, examinar las respuestas que recibe para corregir su enfoque y, por ultimo, evaluar el resultado de la terapia para ver si a sido eficaz. El terapeuta ha de ser muy sensible hacia el paciente y su medio social, pero la forma en que proceda debe ser determinada por el mismo” (Haley, 1980 p. 7).

El papel del inconsciente

En lugar de suponer que en le inconsciente hay algo hostil que debe ser traído a la superficie, supone que en hay unas fuerzas positivas que van a liberarse en beneficio del desarrollo ulterior de la persona.

OBJETIVOS EN TERAPIA

En cuanto a la meta del hipnólogos consiste en modificar la conducta, la respuesta sensorial y la conciencia de otra persona (Haley, 1980a).

Cuando Erickson se veía frente a un caso de sufrimiento incurable, sin causas físicas, como esas jaquecas graves que persisten durante las veinticuatro horas al día, hipnotizaba al paciente y le sugería que en algún momento del día siguiente no tendría dolor durante un segundo. Si el paciente admitió tal posibilidad, Erickson contribuía a que le pareciese razonable, diciéndole que tal vez, resbalaría la bajar la escalera y en ese momento de distracción no sentiría dolor, o bien pasaría un segundo sin sufrir en el momento de ir al baño. Una vez establecida la posibilidad de que el dolor cesara por un segundo, Erickson solía apuntar que hasta podía pasar dos segundos sin dolor. Tras discutir un poco esta posibilidad con su cliente, le insinuaba que en un día muy ajetreado o por la noche, durante el sueño, podría tener cuatro segundos, o aun ocho sin dolor (Haley, 1984).

Buscar un camión pequeño y entonces ampliarlo es también una característica del trabajo de Erickson con familias. Si el área se produce en un área crucial, lo que parece poca cosa tal vez modifique todo el sistema (Haley, 1980a). Lo anterior lo podríamos relacionar con uno de los objetivos de la terapia que es producir un pequeño cambio y a través de ese cambio ir expandiendo.

PRINCIPIOS DE LA TERAPIA ESTRATEGICA DE HALEY

Los principios por los cuales se basa la terapia estratégica son los siguientes:

1. La terapia estratégica se enfoca en el presente: Madanes (1898) plantea que si una parte de la idea de que la situación actual tiene efecto causal en el problema, el pasado deja de ser imprescindible como explicación significativa para la terapia.
2. Es una terapia de acción: la clave para cambiar es la acción, la terapia estratégica no presupone que la comprensión de uno mismo provoque el cambio. Sea cual sea la causa del problema, desde el punto de vista terapéutico la cuestión es que se hace con él, así entonces se sugiere al sujeto en terapia que se comporte de una manera nueva, en su vida real, fuera de la entrevista terapéutica (Madenes, 1989).
3. Se enfoca en el problema presentado: Haley y Richeport (2006), manifiesta que las entrevistas estratégicas no se centran en el abuso o traumas del pasado (al menos que se de alguna circunstancia especial), en una entrevista no se dedica tiempo a recordar.
4. Se tiene un plan específico para cada problema: según Haley y Richeport (2006), lo que hace que la terapia sea tan fácil, es que la vida es tan compleja que tiene que diseñar una intervención para cada caso.
5. Pone su interés en que la unidad del problema: puede presentarse en una, dos, o mas personas, se parte de la premisa de que la base de un problema es un elemento situacional en el que interviene la convivencia e interacción de los sujetos (Madenes, 1989).
6. La terapia estratégica se centra en jerarquías: Haley, analiza a la familia como una organización social que por lo mismo, debe ser vista en términos jerárquicos. Si el

énfasis esta puesto en el individuo y en grupos de personas que mantienen una relación permanente entre si, se plantea inevitablemente una cuestión de jerarquía, ya que los participante no tienen todos, la misma posición. Sus diferentes estatus se basan en cuestiones como la edad, el manejo del dinero, así como la autoridad y responsabilidad con se son percibidos e influenciados por la sociedad (Madanes, 1989).

TÉCNICAS

Las intervenciones estratégicas se basan en directivas, las cuales son definidas por Haley como “todo cuanto se haga en terapia toda acción del terapeuta constituye un mensaje para que la otra persona haga algo; en este sentido esta impartiendo una directiva”. Las directivas son en si las inducciones que se le hacen al paciente acerca de actividades que deberán realizar para poder resolver el problema planteado. Estas directivas pueden ser de diferentes tipos y están supeditadas a cada plan de intervención particular que se tenga de acuerdo con el paciente que se esta tratando y sus características (Haley, y Richeport, 2006).

Directivas directas

Se pueden dar pidiendo que se deje de hacer lo que se ha venido haciendo o pidiendo que se haga algo diferente. Las directivas deberán ser sencillas para que puedan ser cumplidas. Se utilizan con mayor frecuencia con personas que muestran colaboración en la terapia.

Directivas indirectas

Están conformadas por tareas paradójicas. Estas tareas se emplean cuando las familias aunque solicitan ayuda, rechazan aquellas alternativas de solución que se les ofrecen. En este caso la opción es dar siempre dos mensajes transmitidos a niveles diferentes:

cambien y dentro del mensaje, no cambien. Con estos mensajes el terapeuta provoca que la familia se resista y de ese modo cambie (Haley y Richeport 2006).

También en Haley (1984), propone las siguientes intervenciones para la terapia estratégica:

Paradójicas

Están basadas en el desafío y se caracterizan por pedir a la familia que no cambie para cambiar. Madanes (1989), señala que esta intervención se basa en la idea de que hay familias que asisten en busca de ayuda pero se resisten a ser ayudadas por el cual el cambio consiste en emplear su propia resistencia. El éxito de esta técnica depende de que la familia desafíe las instrucciones del terapeuta o bien las siga hasta su extremo absurdo negándose a continuar empleándolas.

Metafóricas

La metáfora es una formulación acerca de una cosa que se parece a otra; es una relación de analogía. Esta técnica permite evitar las estrategias de tipo racional que le cliente o la familia pueden oponer a la prescripción del terapeuta. Para configurar este tipo de intervención se escoge un tema aparentemente neutro en el que, a través del lenguaje analógico, se incluyen sugerencias que tienen que ver con el problema. El objetivo último de esta intervención terapéutica se convierte así en el desplazamiento del punto de observación del individuo desde su posición original rígida y disfuncional (que se expresa en las soluciones intentadas) hacia una perspectiva más flexible y funcional, con mayores posibilidades de elección.

Ordalía

En esta técnica resulta fácil deslindar la tarea del terapeuta: consiste en imponer una ordalía adecuada al problema presentado por la persona que desea cambiar y al vez más severa que ese problema. Conviene que la ordalía beneficie a la persona pero que parezcan un castigo para ella, y a la vez sea inofensiva, será particularmente difícil que una persona que demanda terapia pueda ser algo en pro de su beneficio, tal como ejercicio, dietas, actividades de auto superación (Haley, 1984).

LA PRESENCIA DE MILTON H. ERICKSON EN LA TERAPIA ESTRATÉGICA DE HALEY A TRAVÉS DE SUS TÉCNICAS.

Posiblemente Haley es quien retoma de Erickson sus técnicas sin grandes modificaciones, a continuación se describen algunas de esas técnicas.

Hipnosis

Según Haley (1966), el trance hipnótico resulta sumamente idóneo como modelo para describir las maniobras de una persona que intenta provocar cambios en otra. Si se acepta que en la relación hipnótica el individuo puede modificar su percepción, sus emociones y sus sensaciones somáticas, no hay argumento mayor en pro de la influencia que una persona puede tener en relación a otra. Las semejanzas entre el proceso de inducción hipnótica y el de la psicoterapia se hacen aparentes cuando se atiende a la relación. Una y otra situación se dan habitualmente con pacientes o personas que solicitaron esta experiencia y ambas consisten esencialmente en una conversación entre dos individuos, uno de los cuales intenta provocar cambios en el otro.

La palabra hipnosis para Haley (1980a), no alude a un ritual sino a un tipo de comunicación entre la gente. Mas adelante escribe que Erickson podía utilizar una forma ritual de trance, pero también mantener una simple conversación, sin mencionar nunca la palabra hipnosis. Puedo hipnotizar a una persona mientras habla con otra; dar una conferencia e inducir un trance en una persona particular de la audiencia, mediante el recurso de acentuar determinadas palabras; y, a menudo, ha trabajado con personas que solo después comprenden que han sido hipnotizadas, o incluso nunca llegan a enterarse de ello. A partir de esas exploraciones Erickson ha redefinido el trance hipnótico como un concepto que se aplica a un tipo especial de intercambio entre dos personas, y no al estado de una de ellas. Mas adelante da una definición de hipnosis diciendo que es un proceso entre personas, una de las formas en la que una persona se comunica con otra.

Haley (1966), propone el siguiente análisis de la situación hipnótica: El hipnotizador sugiere ideas a las que responde el sujeto y le persuade para que siga voluntariamente sus sugerencias y se concentre en ellas. Una vez que se ha conseguido esto le ordena respuestas involuntarias. El progreso de la interacción hipnótica define progresivamente la relación como una en la que el hipnotizador controla o inicia lo que sucede, en tanto que el sujeto cada vez va respondiendo más y teniendo menos iniciativa.

Desde el punto de vista interaccional, la relación entre el hipnotista y su sujeto es de tipo complementario (Haley, 1966).

Es decir, el hipnotizador sugiere y el sujeto obedece las sugerencias de aquél, de modo que la conducta comunicativa es una maniobra para definir la relación como complementaria, en tanto la obediencia del sujeto supone la aceptación de tal definición. (Haley, 1966).

Haley distingue las siguientes características en la relación hipnótica:

- Dos personas intercambian mensajes, y el hipnotizador le indica al sujeto cómo tiene que actuar.
- Cuando el hipnotizador sugiere comportamientos al sujeto, está definiendo la relación como complementaria. El sujeto puede aceptar la definición de la relación, comportándose del modo indicado. Sin embargo, el sujeto puede responder no haciendo lo indicado, lo cual es una contramaniobra para definir la relación como simétrica. El hipnotizador responde a su vez con maniobras para estimular o forzar la relación complementaria, o acepta la relación simétrica controlándola desde una posición metacomplementaria.
- Cuando el sujeto acepta de buen grado o no la relación complementaria, tiende a aceptar las definiciones de realidad del hipnotizador por sobre cualquier otro estímulo del entorno.

Una característica que define a una relación como hipnótica es que la experiencia sea definida como involuntaria por el sujeto. Desde el punto de vista pragmático, para Haley (1966), la finalidad de la inducción hipnótica es, desde el punto de vista de la conducta, persuadir al sujeto para que niegue de lleno y completamente que es él quien está realizando la actividad sugerida. Esto es, el hipnotizador impulsa al sujeto a que califique su conducta con mensajes congruentes entre sí y que, en su totalidad, nieguen que está haciendo lo que hace. Cuando el sujeto se comporta de esta forma, el observador dice que aquél está experimentando un fenómeno involuntario.

Asimismo, en toda inducción de trance está implícita la paradoja, aunque en algunas circunstancias es más notoria. La paradoja se advierte en aquellos mensajes de Erickson, por ejemplo, en que se comunicaba a dos niveles con su sujeto, en donde se entregaban instrucciones incongruentes que correspondían a dos niveles de mensaje. Según Haley, cuando se presentan mensajes incongruentes al sujeto, «éste sólo puede

responder satisfactoriamente con mensajes incongruentes. La peculiar conducta del sujeto hipnotizado muestra una reciprocidad hacia las peticiones del hipnotizador.

En ese volumen Haley afirma que en el estudio de la hipnosis se ha colocado erróneamente el foco sobre el individuo, con el objetivo de clasificarlos como “buenos” o “malos” sujetos “hipnóticos”. Los intentos de hallar una correlación entre tipos de personalidad y susceptibilidad a la hipnosis han fracasado repetidamente, a pesar del uso de gran número de pruebas proyectivas y de actitud. Este fracaso es comprensible si se tiene en cuenta que la conducta hipnótica es un conjunto de respuestas en el marco de una relación y no un aspecto del carácter de la persona. La única prueba para diferenciar los buenos sujetos de hipnosis de los malos sería la que midiera la conducta en una respuesta de relación. Las pruebas de sugestión despierta, o de sugestibilidad, se aproximan a este tipo de medida. Sin embargo, estas pruebas se aplican a menudo sin la menor conciencia que son en todo iguales a una inducción hipnótica (Haley 1966).

La utilidad clínica de la hipnosis, según Haley (1966), es la siguiente:

1. Describir a la hipnosis en términos de táctica para definir la relación y manejar la resistencia de los sujetos que replican con definiciones propias; y
 2. Describir a los pacientes como personas que usan la conducta sintomática para obtener ventajas en una relación interpersonal y resistirse a la definición de los demás.
- De ambos puntos se desprende que el uso efectivo de la hipnosis se centra principalmente en tratar la conducta sintomática del mismo modo que se trata la conducta resistente.

Haley publica en 1967 una compilación de artículos de Erickson en los cuales se aprecia el modo peculiar de éste en el entendimiento y práctica de la psicoterapia (*Advanced*

Techniques of Hypnosis and Therapy: Selected Papers of Milton H. Erickson). En 1973 publica su muy conocida *Terapia no convencional: Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson* (Haley, 1980a), volumen que populariza a Erickson como un terapeuta que desarrollaba tratamientos que se apartaban de la terapia usual de esa época. En 1985, Haley publica en tres volúmenes sus *Conversations with Milton H. Erickson*, en los cuales transcribe sus conversaciones y supervisión de casos con Erickson.

Aunque Haley aprendió hipnotismo con Erickson y recibió supervisión por parte de éste para llevar a cabo tratamientos hipnoterapéuticos (Haley, 1985; Haley, 1997), resaltó en su difusión del trabajo de Erickson aquellos aspectos no “hipnóticos” de su terapia, mientras que otros los asimiló a su propia concepción de la terapia.

A la vez aportó la mirada sistémica familiar para entender a la sintomatología/problemas como el producto de impedimentos en el desarrollo del ciclo vital de la familia (Haley, 1989), (y por lo tanto de sus miembros), presentando dentro de ese marco las diversas intervenciones de Erickson en *Terapia no convencional* (Haley, 1980a).

Según Keeney y Ross (1987), aunque Haley denominó “estratégico” a su enfoque, y Minuchin “estructural” al suyo, ambos son muy similares desde el punto de vista práctico. Las diferencias tienen relación con el hecho que las descripciones de Haley están relacionadas con la teoría de la comunicación y la cibernética; mientras que las descripciones de Minuchin son sociológicas.

Keeney y Ross (1987), resumen el enfoque de Haley del siguiente modo: La terapia se inicia cuando se fija un foco sobre el problema a tratar; el cual es concebido como una secuencia de acciones que implican la interacción de tres personas como mínimo. Así,

para Haley, los problemas se utilizarán como “palancas” para modificar relaciones familiares.

A través de la entrevista con toda la familia en el consultorio el terapeuta podrá distinguir la organización en secuencias de conducta social de sus miembros. Le interesan aquellas interacciones que presentan organización recursiva. La tarea del terapeuta consistiría en identificar esos ciclos recursivos problema y diseñar intervenciones para abordarlos. En su enfoque, una noción fundamental es el de “jerarquía”, es decir cómo se diferencian los integrantes del sistema. Según Haley, un sistema está perturbado cuando se establecen “coaliciones” a distintos niveles jerárquicos, especialmente si éstas son secretas. Estas coaliciones se formarían en las etapas de transición en el ciclo evolutivo familiar.

Metáfora

Haley (1980a), indica que Milton Erickson es un maestro en el campo de la metáfora. La manera en que observa y escucha a un sujeto, como así también le modo en el que le responde, consiste en atender a múltiples niveles metafóricos que la gente comunica constantemente a lo largo de su interacción. Sus directivas a los pacientes no suelen ser simples y directas, sino que incluyen una variedad de analogías aplicables al problema de cada uno. Lo que distingue a Erickson de otros terapeutas es que, si bien se comunica metafóricamente con los pacientes, no les interpreta el significado de sus metáforas. No traduce la comunicación inconsciente a términos conscientes. Ante cualquier expresión metafórica del paciente Erickson responde de la misma manera. Trabaja en el terreno de la metáfora mediante parábolas, acciones interprofesionales y directivas, para generar cambios. Erickson es famoso por su aguda observación de la conducta no verbal, pero la información que recibe conserva su carácter no verbal.

Directivas

La influencia de Erickson en la visión de Haley se advierte en la construcción y entrega de directivas. Haley (1980b), describe las variadas finalidades de las directivas del siguiente modo:

1. El objetivo principal de la terapia es hacer que la gente se comporte de manera diferente, para que tenga así experiencias subjetivas diferentes. Las directivas son un medio de provocar esos cambios.

2. Se las emplea para intensificar la relación entre los clientes y terapeuta: al decirles a aquellos qué deben hacer, el terapeuta entra a participar en la acción y adquiere importancia, porque el individuo debe hacer o no hacer lo que él le dice. Si deben hacer algo durante la semana, el terapeuta permanece ligado a sus vidas durante todo el lapso, pues piensan qué pasará si no cumplen la tarea, si la cumplen a medias, si la alteran para ejecutarla a su modo, etc.; en la próxima entrevista el terapeuta habrá adquirido más importancia para ellos de la que habría tenido si no les hubiese dado una directiva.

3. Se usan para obtener información. La manera en que reacciona la gente al recibir una directiva es esclarecedora respecto a ellos mismo y a cómo responderán a los cambios deseados. Ya cumplan con la tarea impuesta, no la cumplan, olviden cumplirla o lo intenten infructuosamente, el terapeuta tendrá información que de otro modo no poseería.»

Haley (1980b), distingue dos tipos de directivas:

1. Decirle a la gente qué debe hacer con el propósito que lo cumplan
 - a) ordenarle a alguien que deje de hacer algo,
 - b) pedirle que haga algo diferente, y

2. Decírselo con el propósito que no lo cumplan, o sea, que cambien por la vía de la rebelión.

El terapeuta necesitará motivar a la familia para que lleve a cabo las directivas. Las recomendaciones de Haley para el diseño de directivas siguen los consejos de Milton H. Erickson.

En el enfoque directo, lo común es que el terapeuta les diga a los integrantes de la familia que conoce y comparte su deseo de resolver el problema que los aqueja. Una vez convenido el objetivo, se ofrece la tarea como un medio de alcanzar el fin deseado a través de la terapia.

Cuando hay discrepancias entre los miembros de una familia sobre los propósitos que se persiguen, se hace a veces necesario hallar el modo de que la tarea le reporte alguna ganancia a cada uno de ellos.

En el enfoque directo el terapeuta se funda en lo que ha aprendido sobre sus clientes en el transcurso de la sesión, utilizando lo que parezca más obvio y evidente como base de su labor persuasiva.

Veamos ahora el enfoque indirecto, que puede emplearse cuando se prevé que la familia no cooperará fácilmente en la tarea. A menudo puede utilizárselo como primer paso, adoptando luego una forma más directa. Consiste en hacer que los miembros de la familia hablen de sus dificultades de manera tal que estén prontos a escuchar a quien puede sugerir qué deben hacer. Por ejemplo, se les pide que hablen de todos sus intentos fallidos de resolver el problema, con lo cual se obtiene información sobre los métodos probados y se evita pedirles que hagan algo que ya han intentado infructuosamente. Otra ventaja importante es que en esta clase de conversación el terapeuta tiene

oportunidad de subrayar los fracasos anteriores; a medida que van enumerándolos, puede hacer hincapié en su ineficiencia acotando: “Y eso también falló”, con lo cual advertirán finalmente que todo cuanto ellos intentaron fracasó y habrá más probabilidades de que escuchen el ofrecimiento del terapeuta.

Otra manera similar de encarar la motivación consiste en alentar a los miembros de la familia a que expliquen cuán desesperada es su situación, pudiendo convenir con ellos en que en verdad es bastante mala, en vez de tranquilizarlos diciéndoles que no es para tanto; si se la pinta con tintes lo suficientemente negros, escucharán al terapeuta y harán la tarea que se les ofrece. De este modo, el acentuar la angustia que ellos sienten, el terapeuta la usa como una motivación, y hasta puede proyectar su situación hacia el futuro haciéndoles conversar sobre los desastres que les aguardan si no toman alguna medida.

Pero también puede encararse la cuestión de una manera opuesta, si los integrantes de la familia están comentando cómo mejoraron las cosas: se les da la razón, conviniendo en sus apreciaciones, y luego se les pide que realicen la tarea pues ella les ayudará a progresar aun más; así, lo que ofrece el terapeuta aparece como una pequeña adición para ayudarlos a continuar con su proceso de mejoría.

Puede motivárseles a hacer una tarea en el hogar iniciándolos en la ejecución de pequeños trabajos en la entrevista.

El terapeuta debe adecuar la tarea a las personas. Mientras entrevista a una familia reparará en qué clase de gente la integra, y así podrá amoldar la tarea a su manera de ser. Si hacen hincapié en que las cosas deben hacerse en forma lógica y ordenada, se les ofrecerá una tarea lógica y ordenada, porque será más probable que la cumplan. Si

constituyen un hogar descuidado y desorganizado, la tarea deberá ajustarse a ese marco. Si les preocupa el dinero, se recalcará la gratuidad de la tarea.

Otro punto importante es el modo en que se describe la magnitud de la tarea. Ante ciertas familias y tareas podemos optar por empequeñecer a éstas; cuando la familia se muestra renuente a realizar la tarea, a veces lo mejor es definir a ésta como un pequeño favor que se les pide. Si disfrutan de la crisis o tienen propensión a dramatizar las cosas, puede decirseles que se les está solicitando algo importantísimo. En suma, a algunas familias les parecerá que una tarea grande es demasiado para ellas, en tanto que otras despreciarán una tarea pequeña; deben satisfacerse los requerimientos en ambos tipos de gente (Haley, 1980b).

También describe las intervenciones metafóricas y el uso de analogías, como un método adecuado en aquellos casos en los cuales las directivas directas no son las más adecuadas Haley (1980b).

Respecto a las directivas paradójicas, Haley (1980b) realiza el siguiente análisis teórico:

Paradojas

Las tareas pueden parecerles paradójicas a los clientes, porque habiéndoles dicho que desea ayudárselos a cambiar, al mismo tiempo se les está pidiendo que no cambien.

Hasta cierto punto, todas las familias que se hallan en una situación estable son reacias al cambio, pero si se encuentran en un estado crítico e inestable que tiene a todos trastornados suelen seguir dócilmente las directivas, porque están tratando de estabilizarse. Lo que ocurre en el primer caso es que al pedirles que cambien, el terapeuta los está invitando a la inestabilidad y la novedad, situaciones contra las que

pueden reaccionar. Sin embargo, todos los que vienen en busca de ayuda lo hacen impulsados por su inestabilidad...

El enfoque paradójico presenta siempre dos mensajes, transmitidos a niveles diferentes, “Cambien”, y dentro del marco del mensaje, “No cambien”. (Haley, 1980b).

Haley (1980b), describe ocho etapas del enfoque paradójico:

1. Como en toda terapia directiva, antes que nada hay que establecer una relación que se define como tendiente a provocar el cambio. Esta definición suele estar implícita en el encuadre de la situación cuando alguien solicita una terapia, pero puede hacerse hincapié en ella.
2. Definir claramente el problema.
3. Fijar los objetivos con claridad.
4. Ofrecer un plan. Conviene dar una explicación lógica que haga razonable una directiva paradójica, aunque también podemos limitarnos a impartir la directiva dejando que el plan permanezca implícito.
5. Descalificar diplomáticamente a quien es tenido por “autoridad en la materia”.
6. Impartir la directiva paradójica.
7. Observar la reacción y seguir alentando el comportamiento usual.
8. A medida que continúa el cambio, el terapeuta deberá evitar que se le acredite cómo un logro de él, dado que ello significaría aceptar que las recaídas están en relación con el terapeuta. Si bien este puede desear “compartir” su obra con el cliente y explicarle qué está haciendo en realidad, corre el riesgo de que su necesidad de aliento provoque un retroceso. Una forma de evitar todo mérito propio es mostrarse perplejo ante una mejoría. (Haley, 1980b).

Ordalía

La técnica de la ordalía consiste en dar como consecuencia a un síntoma/problema, otro comportamiento, generalmente de tipo penoso. Y por lo tanto, para no realizar el comportamiento penoso, necesariamente el síntoma/problema tiene que remitir.

Haley (1984), también describe las etapas de esta intervención:

1. Definición clara del problema: Es necesario una definición precisa del problema, puesto que la terapia seguirá siempre a la presentación del síntoma. Haley ejemplifica esto cuando se tratan trastornos de angustia, en donde es imprescindible que el consultante diferencie la angustia normal de aquella de la cual quiere liberarse.

2. La persona debe comprometerse a superar el problema: Puesto que esta es una terapia drástica que el consultante realiza fuera de la consulta, es necesario contar con su compromiso de llevarla a cabo.

Una forma de lograr este compromiso es imitar a Erickson cuando entregaba este tipo de intervenciones: Indicar al paciente que hay una cura de eficacia garantizada, pero no se le explica en qué consiste, hasta que no haya accedido por anticipado someterse a ella. Puede decirse al cliente que lo piense durante la semana y que regresen a terapia si está dispuesto a hacer lo que se le pida, sea lo que fuere. Esto intriga al paciente, y deberá aceptar llevar a cabo la terapia si quiere averiguar qué es.

En un ejemplo clínico de Erickson (Erickson y Rossi, 1979), Erickson le dice al paciente que tiene una cura garantizada que lo podrá ayudar, pero que es difícil y no sabe si él es el paciente adecuado para asignarle la terapia. Repite esto varias veces, mientras le habla de otras cosas, de modo que el paciente casi lo obliga a administrarle el tratamiento (puesto que él es adecuado para esa terapia).

3. Selección de la ordalía: El terapeuta es quien selecciona la tarea, con colaboración del paciente. Debe poseer las siguientes características:

1. Debe ser lo bastante severa como para superar el síntoma;

2. Su cumplimiento beneficiará al paciente (puesto que no es un castigo);
3. Será algo que pueda hacer y que le parezca aceptable;
4. Deberá ser una acción clara, sin ambigüedades; y
5. Tendrá un principio y un fin claramente establecidos.

4. La directiva deberá impartirse acompañada de una explicación lógica: Hay que dejar en claro que la tarea debe llevarse a cabo cuando se presente la conducta sintomática y dentro de un horario fijo. Es conveniente dar una explicación lógica que la haga parecer razonable; Haley sugiere que, por lo general, debe ser una variación sobre el tema que si el cliente hace algo que le resulte más difícil de soportar que el síntoma, éste desaparecerá.

Haley recomienda que con aquellos pacientes muy intelectuales es mejor entregarla sin ninguna explicación, para evitar que el paciente pueda encontrar argumentos para afirmar o negar cualquier explicación lógica, y por lo tanto poner en duda la eficacia de la tarea.

Si la ordalía es algo complicada, o el paciente tiene dudas de cómo llevarla a cabo, se entregará por escrito.

5. La ordalía continúa hasta que se resuelve el problema: El paciente tiene que cumplir la tarea con exactitud, cada vez que deba hacerlo, y hasta que el problema desaparezca.

En síntesis, y aunque podamos estar de acuerdo o no con la visión de la terapia familiar de Haley, le corresponde un papel muy importante en la difusión del aspecto estratégico de la terapia inusual de Erickson. En el capítulo siguiente examinaremos cómo los miembros del Centro de Terapia Breve de Milwaukee fueron influenciados por la terapia de Erickson para la formulación del enfoque de terapia centrado en soluciones.

Capitulo cuatro

Escuela de soluciones

ANTECEDENTES

El trabajo del Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, fundado en 1978 y liderado por Steve de Shazer, está relacionado con la forma en que Erickson concebía la psicoterapia.

Simon (2010), nos dice que el lugar lógico para empezar es Steve de Shazer. De Shazer originalmente se graduó con una licenciatura de música en la Universidad de Wisconsin en Milwaukee; el estudio saxofón de jazz. Sin embargo, fue lector voraz y disfrutó especialmente conceptos filosóficos. Steve regresa a la Universidad de Wisconsin y obtuvo su maestría en ciencias en trabajo social en 1971.

La otra mayor colaboradora del enfoque de soluciones fue Insoo Kim Berg. Insoo se entrenó como farmacéutica en Corea y llegó a los Estados Unidos para continuar su formación. Ella fue introducida en el trabajo social una profesión que no existía en su país de origen.

De Shazer (1986), afirma que la historia de la terapia breve puede rastrearse hasta la publicación del artículo “Special Techniques of Hypnotherapy” de Erickson y en la historia del grupo de Milwaukee, sus primeras aproximaciones al trabajo en terapia breve provienen de la aplicación y sistematización de algunas de las estrategias desarrolladas por Erickson.

En el prefacio de Pautas de Terapia Familiar Breve De Shazer (1987) reconoce que las ideas que se desarrollan en dicho libro arraigan históricamente en una tradición que se inicia con Milton H. Erickson y transita por Gregory Bateson y el grupo de terapeutas pensadores del Instituto de Investigaciones Mentales (MRI). Considera a Erickson como

uno de los grandes innovadores de los métodos terapéuticos. Mas adelante vuelve a confirmar que la terapia familiar breve tiene una gran deuda con los métodos terapéuticos de Milton H. Erickson y la cosmovisión que ellos implican.

Indica que la primera fase de su trabajo supuso enseñarse a si mismo terapia breve, con la ayuda del trabajo de Erickson. La segunda fase involucro la actuación terapéutica frente a un espejo traslucido desde la cara externa, detrás de la cual se ubicaban observadores invisibles desde el otro lado. En 1976 descubrió en Milwaukee un grupo de terapeutas de similar orientación, quienes finalmente fundaron el Centro de Terapia Familiar Breve junto con él en 1978.

Cade (2007), apunta que en los primeros días, el grupo estaba usando un modelo de problemas centrado esencialmente similar al de Palo Alto. A principios de 1980, se interesaron cada vez más en las ideas de los clientes acerca de lo que era preciso modificar, acerca de cómo las cosas podrían ser diferentes, y lo que se necesitaría para lograr dichos cambios. Centrándose en la descripción de soluciones más que en una clarificación de los problemas y las soluciones llevó a cabo la constatación de que no era necesario saber mucho acerca del problema o de sus orígenes, suponiendo que estas jamás podrían establecerse de forma fiable, para iniciar el proceso de cambio. Empezaron a ver los clientes como expertos en sus propias vidas.

A principios de los noventa, la BFCT fue una clínica totalmente operativa y centro de formación. Los pacientes tratados no eran similares a las que fueron remitidas para tratamiento en las clínicas comunitarias de salud mental. Como el interés en el enfoque de solución creció, también lo hizo la demanda de Berg y el tiempo de Steve de Shazer. Había muchas solicitudes de capacitación y consultas, no sólo en Estados Unidos sino también en Europa y Asia (Simon, 2010).

DEFINICIÓN DE TERAPIA

De Shazer (1987), da una definición de terapia de acuerdo a la cosmovisión de Erickson la terapia se funda en el supuesto de que la personalidad tiene una fuerte tendencia a amoldarse si se le da la oportunidad para ello.

Rol del terapeuta

De Shazer (2007), nos dice que el rol del terapeuta en la terapia breve centrada en soluciones es diferente de muchos otros enfoques en psicoterapia. En la terapia breve centrada en soluciones los terapeutas aceptan que existe una jerarquía en el régimen terapéutico, pero esta jerarquía tiende a ser más igualitaria y democrática que autoritario.

En este enfoque, se considera al cliente como el mejor experto en si mismo en donde la terapia será construida en base a las fortalezas de los propios clientes y lo que ha han venido haciendo bien. Para alcanzar este propósito, el actuar del terapeuta en las entrevistas (sesiones) tiene el sello de la empatía terapéutica para facilitar una alianza terapéutica que posibilite la colaboración mutua y que facilite la motivación a la acción del cliente. Los terapeutas no se ven a si mismos como un experto que evalúa científicamente los problemas del cliente y después interviene; por el contrario, se esfuerzan en ser expertos en la exploración de los marcos de referencia del cliente y en la identificación de aquellas percepciones que los clientes pueden usar para crear una vida más satisfactoria (DeJong y Berg, 1998).

OBJETIVOS EN TERAPIA

De acuerdo a De Shazer (1991), todo lo que se necesita es que una persona envuelta en una situación perturbadora haga algo diferente, aunque esa conducta esa conducta sea aparentemente irracional, sin duda inapropiada, obviamente extravagante o humorística.

En términos generales, la terapia breve del Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee tiene como objetivo la ampliación de los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera del mismo, es decir, en ampliar las soluciones eficaces y resaltar aquello que es satisfactorio en la vida de los individuos y familias (Ochoa, 1995).

En este enfoque, se considera al cliente como el mejor experto en si mismo en donde la terapia será construida en base a las fortalezas de los propios clientes y lo que ha han venido haciendo bien. Para alcanzar este propósito, el actuar del terapeuta en las entrevistas (sesiones) tiene el sello de la empatía terapéutica para facilitar una alianza terapéutica que posibilite la colaboración mutua y que facilite la motivación a la acción del cliente.

PRINCIPIOS DE LA ESCUELA DE SOLUCIONES

De Shazer (1987), propone los siguientes principios que según a su parecer fueron efectuados por Erickson durante mucho tiempo fueron evidentes en la manera de trabajar de Erickson son los siguientes:

1. unirse al paciente en la situación en la que se encuentra, y establecer un buen vínculo (rapport) con él.

2. modificar las producciones del paciente y controlar la situación.
3. utilizar el control, así establecido a fin de estructurar la situación, para que el cambio cuando sobrevenga, lo haga de acuerdo con los deseos del paciente y con sus anhelos e impulsos internos.

Asimismo, y como veremos más adelante, algunas de las estrategias propuestas por este modelo en el abordaje terapéutico implican un revisar, a través del diálogo terapéutico, algunas ideas centrales y estrategias en el enfoque de Erickson.

En 1986, de Shazer y sus colaboradores publican el artículo denominado “Terapia Breve: Centrada en el desarrollo de soluciones”, en donde exponen en forma sucinta los principios básicos de su enfoque, los cuales, afirman, están en relación con los conceptos del Centro de Terapia Breve del MRI.

Estos principios básicos son los siguientes:

1. La mayoría de las quejas se desarrollan y son mantenidas en el contexto de la interacción humana. Los individuos traen consigo sus cualidades únicas, recursos, limitaciones, creencias, valores, experiencias, y a veces dificultades; y continuamente aprenden y desarrollan diferentes maneras de interactuar con cada uno de los otros. Las soluciones consisten en cambiar las interacciones en el contexto de las restricciones de esa situación única.
2. La tarea de la terapia breve es ayudar a los clientes a hacer algo diferente, cambiando su conducta interaccional y/o su interpretación de las conductas y situaciones, de tal manera que pueda ser alcanzada una solución (una resolución de su queja).

3. La denominada “resistencia” a la terapia no es vista como “resistencia” (impedimento), sino que como un estilo particular de cooperar del cliente que debe ser tomado en consideración por el terapeuta para estructurar el tratamiento (utilización terapéutica).

4. Cualquier conducta puede ser vista desde una multitud de puntos de vista, y el significado que es dado a la conducta (o secuencia de conductas) depende de la construcción o interpretación del observador», de modo que si cambia la interpretación del problema, éste puede dejar de ser un problema.

5. Solo es necesario un pequeño cambio. Por lo tanto, solo es necesaria una meta pequeña y razonable. Inversamente, parece que mientras más grande sea la meta o el cambio deseado, más duro será establecer una relación de cooperación y es más probable que el terapeuta y el cliente fracasen.

6. Cambios en una parte del sistema conducen a cambios en el sistema como un todo. Por lo tanto, el número de personas que está exitosamente construyendo el problema y la solución, no importan necesariamente.

7. La terapia efectiva puede ser hecha aún cuando el terapeuta no pueda describir acerca de lo que el cliente está quejándose. Básicamente, todos los terapeutas y clientes necesitan saber: “¿Cómo sabremos cuando el problema esté resuelto?” 8. Los detalles de las quejas de los clientes y una explicación de cómo el problema es mantenido puede ser útil para el terapeuta y el cliente, para construir rapport y construir intervenciones. Pero, para que un mensaje de intervención se ajuste exitosamente, no es necesario tener una descripción detallada de la queja. Ni siquiera es necesario construir una explicación rigurosa de cómo el problema es mantenido.

Así como los miembros del Centro de Terapia Breve del MRI distinguen “dificultades” y “problemas”, De Shazer y sus colaboradores (1986) distinguen entre “dificultades”, “quejas” y “soluciones”:

Dificultades son una “maldita cosa” después de otra en la vida cotidiana, que los clientes frecuentemente llaman “problemas”. Estas incluyen, pero no están limitadas a eso, tales cosas como el auto no arranca, un jarro no abre, un marido y su esposa discutiendo ahora y entonces, y un niño mojando la cama.

Quejas consisten en una dificultad y en intentos infructuosos que se hacen recurrentes por superar esa dificultad, y/o una dificultad más la percepción de parte del cliente que la situación está estática y nada está cambiando; esto es, una maldita cosa después de otra se convierte en la misma maldita cosa una y otra vez.

Soluciones son los cambios preceptuales o conductuales que el terapeuta y el cliente construyen para alterar la dificultad, la forma ineficaz de superar la dificultad, y/o son la construcción de una manera de ver alternativa aceptable que habilita al cliente para experimentar la situación de queja de manera diferente. Algunas soluciones se desarrollan a través de la resolución de un problema (esto es, la queja del cliente más la visión del terapeuta de la queja, la que incluye soluciones potenciales) construido; otras soluciones se desarrollan a través de la construcción de futuros alternativos que no incluyen la queja.

De Shazer (1986), esquematizó en un diagrama de flujo el desarrollo de la terapia en este enfoque, el cual es el fruto de años de investigación con su equipo. En términos muy generales, en el proceso de la terapia se destacan los siguientes pasos del terapeuta (DeJong y Berg, 1998; de Shazer, 1992):

1. Los pacientes acuden a terapia con quejas y con diversas motivaciones. El terapeuta necesita percatarse del tipo de relación cliente-terapeuta que establece el cliente para poder efectuar el “tratamiento.” En aquellos casos en que queda claro que el cliente percibe que tiene un problema y que está dispuesto a cooperar activamente en la terapia (haciendo cosas) (relación cliente-terapeuta de “compra”), el proceso terapéutico puede comenzar desde la primera sesión. Si se ha establecido una relación cliente-terapeuta de tipo “demandante”, se propone una “tarea fórmula de primera sesión”. (DeJong y Berg, 1998). Si el “cliente” establece una relación cliente-terapeuta de tipo “visitante”, el terapeuta deberá maniobrar en forma estratégica para convertir la relación en una de “compra”; de lo contrario no podrá efectuarse ninguna terapia (Berg y Miller, 1996).

2. Si se puede construir un problema, se fijarán los objetivos o metas de la terapia, los cuales permitirán saber al terapeuta y al cliente cuando finalizar la terapia. ¿Cómo se dará cuenta el cliente que el problema está resuelto?

3. Búsqueda de excepciones. DeJong y Berg (1998), definen a las “excepciones” como aquellas experiencias pasadas en la vida de las personas en las cuales habría sido esperable que ocurriera el problema en cuestión, pero no ocurrió.

Las excepciones tienen relación con las metas de la terapia; es decir, ¿cuánto se han alcanzado ya esas metas?, y se indagan con preguntas del tipo: ¿Ha habido veces en las últimas dos semanas cuando el problema no ocurrió o, al menos, fue menos severo? (DeJong y Berg, 1998). Si el cliente no puede responder a la pregunta, podría preguntarse, ¿Si usted le preguntara a su mejor amigo si ha usted ha tenido días mejores recientemente; qué supone que diría su amigo?

Es importante determinar si esas excepciones fueron deliberadas (acciones de los clientes) o espontáneas (un hecho fortuito, por ejemplo). El terapeuta continúa a través

de preguntas amplificando esas excepciones, proceso que lleva a la prescripción de tareas entre sesiones.

Esta estrategia de Milwaukee recuerda al uso de la regresión de edad para la búsqueda de recursos del paciente; lo interesante de esta estrategia en el modelo orientado a la solución, es que no se necesita del aura hipnótica para encontrar tales experiencias; son el resultado de una conversación que versa sobre aquellos aspectos exitosos en la experiencia del cliente.

4. Sin embargo, ¿qué ocurre en aquellos casos en los cuales el cliente no puede encontrar excepciones a su problema? El grupo de Milwaukee sugiere usar entonces la “Pregunta Milagro”; esta pregunta se ha estructurado de la siguiente forma: «Ahora, quiero hacerle una pregunta extraña. Suponga que mientras está durmiendo en la noche y toda la casa está en silencio, ocurre un milagro. El milagro es que el problema que lo trajo hasta aquí está resuelto. Sin embargo, porque usted está durmiendo, usted no sabe que ha ocurrido el milagro. De modo que cuando despierte por la mañana, ¿qué será diferente que le dirá que ha ocurrido un milagro y el problema que la trajo hasta aquí está resuelto? (DeJong y Berg, 1998).

El grupo de Milwaukee llegó a esta estrategia por casualidad. Un día (Insoo Berg) estaba entrevistando a una mujer que parecía abrumada por el peso del mundo: Su hija estaba fuera de control; la estaban llamando desde la escuela por el comportamiento descontrolado de ella; y su esposo había estado bebiendo mucho, por lo cual parecía que iba a perder el trabajo, y la familia, su sustento. La mujer estaba desalentada y hablaba como si no pudiera enfrentar otro día. Como era habitual, Insoo preguntó a la mujer: “¿Qué supone que necesita que suceda para que usted pudiera decir que el tiempo que ha estado aquí conmigo ha sido útil?” La mujer suspiró profundamente y dijo: “No

estoy segura; tengo muchos problemas. Quizá solamente un milagro podría ayudar, pero supongo que es esperar demasiado.” Insoo tomó las palabras y las ideas del cliente y preguntó: “Bien, suponga que ocurrió un milagro y el problema que la trajo aquí está resuelto. ¿Qué sería diferente en su vida?”. Para el asombro de Insoo, esta mujer, que parecía tan abrumada e incapaz de seguir adelante, comenzó a describir una visión de una vida diferente. Dijo que su esposo “sería más responsable, conservando el trabajo y manejando mejor el dinero.” Dijo que su hija “seguiría las reglas en la escuela y en la casa, haciendo sus deberes sin reclamar.” Y, lo mejor de todo, dijo que ella sería diferente, “Tendré más energía, sonreiré más, tendré más calma con los niños y –en lugar de irritarme– les hablaré en un tono de voz normal. Podría incluso comenzar a tener conversaciones normales con mi esposo, como lo hacíamos en los primeros tiempos de casados (DeJong y Berg, 1998).

DeJong y Berg (1998), indican que esta pregunta es útil por, al menos, dos razones:

1. Como se trata de un milagro, permite que el cliente piense en un rango ilimitado de posibilidades; y
2. La pregunta focaliza al cliente en el futuro; llevando el foco desde el problema actual y los problemas del pasado hacia una vida más satisfactoria.

Como es obvio, no siempre los clientes entregan respuestas a esta pregunta que se acomodan a las metas bien formuladas, y la tarea del terapeuta continuar preguntando respecto a esas metas para ayudar al cliente a adaptarlas a si mismo en forma realista.

Una pregunta muy interesante, cuando las respuestas a la pregunta milagro son metas bien formuladas es preguntar al cliente si se ha estado cumpliendo en parte ese milagro

en el último tiempo (DeJong y Berg, 1998); es decir, ¡pueden crearse excepciones!, y de ese modo el cliente puede apreciarse con más recursos personales.

Al igual como ocurre cuando se encuentran excepciones, se amplifican los comportamientos resultantes del “milagro” y se pueden prescribir tareas para realizar entre sesiones.

5. A partir de la segunda sesión y las siguientes, la sesión se inicia averiguando si ha habido progresos producto de las tareas asignadas; si se evidencian progresos, se coloca el énfasis en la diferenciación entre los cambios y el problema, lo cual lleva a la sugerencia de más tareas si es necesario, o si las metas se han alcanzado en forma exitosa, se coloca fin al proceso de terapia. Sin embargo, si no ha habido progresos será necesario, entonces, reformular el problema o “deconstruirlo” (es decir, descomponerlos en sus partes integrantes), y se asignarán nuevas tareas con objetivos más pequeños.

TÉCNICAS

De Shazer (2007), describe de manera resumida las técnicas de la terapia breve centrada en soluciones en intervenciones principales e intervenciones específicas estas son:

Intervenciones principales

1. Una postura positiva, de participación mutua, centrada en la solución: uno de los aspectos más importantes de BFTC es el contenido general y la postura que se toma por el terapeuta. La actitud general es positiva, respetuosa y de esperanza. Hay presunción general de que las personas tienen dentro de ellos resiliencias fuertes, y que pueden utilizar estas para realizar cambios. Además, existe una creencia fundamental de que la mayoría de la gente tiene la fuerza, la sabiduría y la experiencia para efectuar cambios.

2. Buscando soluciones anteriores: en la terapia breve centrada en soluciones los terapeutas han aprendido que la mayoría de la gente ha resuelto previamente muchos, muchos problemas. Entonces muchos han sido en otro tiempo, otro lugar, o en otra situación. El problema puede también volver. La clave es que la persona había resuelto su problema, aunque sea por un corto.

3. Buscando soluciones anteriores: aun cuando los clientes no tienen una solución anterior que se puede repetir, la mayoría tiene ejemplos recientes de las excepciones a su problema. Una excepción es considerada como un momento en que un problema puede ocurrir, pero no lo hace. La diferencia entre una solución anterior y la excepción es pequeña pero significativa. Una solución anterior es algo que la familia ha intentado por su cuenta que ha funcionado, pero por alguna razón no han seguido esta solución con éxito, y probablemente se olvidó de ella. Una excepción es algo que sucede en lugar del problema, por lo general sin la intención del cliente o tal vez incluso sin la comprensión.

4. Preguntas contra directivas o interpretaciones: Las preguntas, por supuesto, son un elemento importante de comunicación de todos los modelos de la terapia. Los terapeutas de la terapia breve centrada en soluciones, sin embargo, hacen de las preguntas de la principal herramienta de comunicación, y como tales son una intervención global.

5. Preguntas orientadas hacia el presente y futuro contra preguntas orientadas al pasado: las preguntas que hacen los terapeutas de la terapia breve centrada en soluciones casi siempre se centran en el presente o en el futuro.

6. Cumplidos: los cumplidos son otra parte esencial de la terapia breve centrada en soluciones. La validación de lo que los clientes ya lo están haciendo bien y

reconociendo lo difícil de sus problemas son para estimular al cliente para cambiar al darse el mensaje de que el terapeuta ha estado escuchando y se preocupa.

7. Empujando suave para hacer más de lo que está funcionando: una vez que los terapeutas han creado un marco positivo a través de elogios y tras descubrir algunas de las soluciones anteriores y excepciones al problema, ellos empujan suavemente al cliente a hacer más de lo que había funcionado previamente o a intentar cambios que el cliente mismo va a encontrar.

Intervenciones específicas

1. Previo a la sesión el cambio: al principio o temprano en la primera sesión de terapia, los terapeutas típicamente preguntan "¿Qué cambios ha notado que han sucedido o empezó a suceder desde que usted llamo para concertar la cita para esta sesión? Esta pregunta tiene tres posibles respuestas. En primer lugar, el cliente puede decir que no ha pasado nada. En este caso, el terapeuta simplemente sigue y comienza la sesión preguntando algo así como "¿Cómo puedo ser útil para usted hoy?". La segunda posible respuesta es que las cosas han empezado a cambiar o mejorar. En este caso, el terapeuta hace muchas preguntas sobre los cambios que se han iniciado, solicitando una gran cantidad de detalles. La tercera respuesta posible es que las cosas sigan casi iguales. El terapeuta podría pedir algo así como: "¿No es extraño, que las cosas no hayan empeorado? o ¿Cómo han logrado que las cosas no empeoren? estas preguntas puede conducir a la información sobre las soluciones anteriores, excepciones y puede alentarlos a un modo de habla de soluciones.

2. Metas centradas en las soluciones: como en muchos modelos de psicoterapia, los objetivos claros, concretos y específicos son un importante componente en la terapia breve centrada en soluciones. Siempre que sea posible, el terapeuta trata de obtener

metas más pequeñas en lugar de los más grandes. Más importante, los clientes son alentados a establecer sus metas como una solución, en vez de la ausencia de un problema.

3. Pregunta del milagro: algunos clientes tienen dificultad para articular cualquier objetivo en absoluto, mucho menos una meta centrada en la solución. Esto es particularmente cierto para los múltiples problemas familiares, o los clientes para quienes el problema es tan grave, que sienten que incluso la descripción de un objetivo de alguna manera minimiza la magnitud del problema y lo abrumador que se siente.

Esta pregunta básicamente invita al cliente a que imagine qué sería distinto si el problema que le preocupa se solucionara. Kim y De Jong (2002) enfatizan la importancia de hacer la pregunta del milagro correctamente, con calma y con cierta dosis de dramatismo. No se debe de utilizar a la ligera ni frecuentemente y hay que preparar al cliente, diciéndole por ejemplo, ¿Tú tienes buena imaginación? Porque te voy a hacer una pregunta que requiere de mucha imaginación..., o Te voy a hacer una pregunta muy rara, sé que es rara, pero no hay respuestas buenas o malas, sólo usa tu imaginación...

4. Preguntas de escala: si el cliente da metas específicas directamente o a través de la pregunta milagro, una próxima intervención importante en la BFCT es la escala de cada objetivo. El terapeuta pide una escala de la pregunta del milagro: de 0-10 o de 1-10, donde estaban las cosas cuando el nombramiento inicial ha ordenado, donde estaban las cosas cuando la cita inicial fue arreglada, donde están las cosas ahora, y donde van a estar el día después de la pregunta del milagro por ejemplo cuando la terapia sea “exitosa”.

Conseguir que la retroalimentación de los clientes acerca de las diferencias cuando el problema no se produjo, o se hayan presentado con menor severidad, ayuda al terapeuta a identificar los puntos fuertes, incrustados en las excepciones, que el cliente pueda utilizar en el futuro (De Jong y Berg, 1998).

Las excepciones son las circunstancias en que el problema planteado: (1) no se producen, (2) se produce con menos frecuencia o intensidad, o (3) es de alguna manera diferente de su estado regular (Murphy, 1996).

5. Construcción de soluciones y excepciones: los terapeutas de la terapia breve centrada en soluciones pasan la mayor parte de la sesión de escuchando con atención para detectar signos de soluciones previas, excepciones, y metas. Cuando estos salen el terapeuta los recalca con entusiasmo y apoyo. El terapeuta trabaja para mantener el hablar sobre la solución en avance.

6. Preguntas de afrontamiento: si un cliente reporta que el problema no es mejor, el terapeuta a veces puede hacer preguntas de afrontamiento, como, por ejemplo, ¿cómo has conseguido evitar que empeore? o esto suena difícil ¿Cómo se las está arreglando para hacer frente a esto al grado en el que está?

7. ¿Hay algo que olvido hacer?: antes de tomar un descanso y volver a convocar o, alternativamente, en algún momento durante la sesión, el terapeuta pide al cliente: "¿Hay algo que olvidó hacer?" o "¿Hay algo más que deba saber?"

8. Tomando un descanso y volver a convocar: muchos modelos de terapia familiar han animado a terapeutas a tomar un descanso al final de la sesión. Por lo general, se trata de una conversación entre el terapeuta y el equipo de compañeros de trabajo o un

equipo de supervisión que han estado observando la sesión y que dan información y sugerencias para el terapeuta.

9. Experimentos y tareas: muchos de los modelos de psicoterapia usan las tareas entre sesiones para consolidar los cambios iniciados durante la terapia, la mayoría de las veces se le asigna la tarea por parte del terapeuta. En el BFTC, los terapeutas con frecuencia terminan la sesión por lo que sugiere una experiencia posible para el cliente para tratar entre período de sesiones si así lo desean. Estos experimentos se basan en algo que el cliente ya está haciendo (excepciones), pensando, sintiendo, otros que les está yendo en la dirección de su objetivo.

10. Así, ¿qué es mejor, ni siquiera un poco, desde la última vez que nos conocimos?: al comienzo de cada período de sesiones después de la primera el terapeuta generalmente le preguntará acerca de los progresos, sobre lo que ha sido mejor durante el intervalo. Muchos clientes informan de que ha habido algunas mejoras notables. El terapeuta ayudará al cliente a describir estos cambios en el mayor detalle posible. Por supuesto que algunos clientes informan de que las cosas han permanecido igual o ha empeorado. Esto conducirá al terapeuta para explorar cómo el cliente ha conseguido evitar que las cosas estén empeorando, o, de peor, lo que el cliente hizo para evitar que se conviertan en cosas mucho peores. Lo que el cliente ha hecho para evitar que las cosas sigan empeorando es entonces el enfoque y una fuente gratuita de elogios y tal vez un experimento, porque todo lo que lo hicieron y deben seguir haciendo.

LA PRESENCIA DE MILTON H. ERICKSON EN LA ESCUELA DE SOLUCIONES A TRAVÉS DE SUS TÉCNICAS

Las técnicas descritas a continuación son atribuidas a Erickson por Steve de Shazer

Utilización

El principio de la utilización terapéutica es llevado a su máxima expresión, puesto que todo el proceso de la terapia descansa en lo que trae el paciente (motivación, estilo de cooperación, metas); en donde el cliente es el protagonista de su proceso de cambio y el terapeuta actúa como un “facilitador” de esos procesos, respetando siempre al cliente.

Podemos rastrear la técnica de la utilización en De Shazer (1987), Erickson parte de lo que las personas ya han aprendido, y las ayuda a aplicar eso de otra forma. Vale decir, acepta la cosmovisión de una persona y las pautas de conducta en que se ve envuelta, y luego la ayuda a que use esas pautas de nuevos modelos. Erickson está en lo cierto al “proceder con cautela en cuanto sugerir o añadir algo nuevo al paciente: más bien lo que hace es facilitar su capacidad de utilizar en forma creativa lo que ya posee y desarrollarlo. Esto llevó a Erickson a crear una variedad de métodos para abordar los problemas humanos, ya que su enfoque se funda en las cosmovisiones y pautas de conducta singulares de cada paciente.

Erickson conocía una amplia variedad de patrones de conducta humanos y los aceptaba; y esto lo llevó a instrumentar sus planes terapéuticos de muchísimas formas. Su sabia penetración y su creatividad confirieron a estos métodos, llenos de artilugios, un carácter singular.

Sus libros y sus numerosos artículos tratan en detalle los alcances de sus métodos, pero no desarrollan una teoría o modelo amplio de la terapia. Más aun estos métodos parecen tan anómalos y tan alejados de la práctica corriente de la psicoterapia y de la hipnoterapia, que se diría que cada uno de ellos es fruto de un golpe de genio y supera el talento de la mayoría de los terapeutas. El propio Erickson manifestó en una oportunidad: “se lo que hago, pero resulta mucho más difícil explicar cómo lo hago”.

Más adelante ratifica el conductor comienza aceptando las pautas de la familia y sus encuadres específicos a fin de definir lo que está aconteciendo.

Sus procedimientos conforman un proceso de suscitar y utilizar el propio proceso psíquico del paciente de maneras que escapan a su gama habitual de control intencional o voluntario. Erickson parte de lo que las personas ya han aprendido, y las ayuda a aplicar eso de otra forma.

Técnica de la confusión

De Shazer atribuye esta técnica a Erickson cuando escribe: “mi técnica de la confusión es un desarrollo que parte de las ideas de Erickson, en este caso expuestas en “The Confusion Technique in Hypnosis” (De Shazer, 1986, p. 27). La técnica de Erickson está elaborada en un marco experimental, y la aplico en hipnoterapia con pacientes individuales. Mi propia técnica estaba destinada a aplicarse a la confusión emergente entre dos o más personas con construcciones de la realidad ampliamente diferentes. Mientras que la técnica de Erickson compromete al terapeuta en el empleo de habilidades verbales sumamente complejas y ambigüedad de significado, la mía supone explorar en detalle cada uno y todos los posibles puntos de divergencia entre dos personas, sin realizar un intento de cierre o resolución, admitiendo entonces abiertamente mi confusión ante la confusión de ellas. En ambos casos, la idea es que el terapeuta desarrolle una buena relación y cooperación utilizando la confusión del cliente de modo tal que quede frustrada su necesidad de construir un significado en la sesión terapéutica, y consecuentemente resulte imprescindible el planteo de una meta, que es lo que da sentido a aquella situación.

La técnica de la bola de cristal

De Shazer (1986), refiere que Erickson desarrollo la técnica de la bola de cristal y describió su empleo en una amplia variedad de problemas. La técnica de la bola de cristal se emplea para proyectar al cliente a un futuro en el que tiene éxito: en él, el motivo de queja ha desaparecido. De una u otra manera el cliente construye su propia solución, que puede entonces utilizarse como guía de la terapia.

En los inicios del desarrollo de este enfoque, de Shazer (1991), utilizaba la “técnica de la bola de cristal”, basada en el trabajo de Erickson con la pseudo-orientación en el tiempo para que los pacientes, mientras estaban en un trance hipnótico, pudieran visualizarse sin el problema en el futuro.

De una u otra manera, el cliente construye su propia solución, que puede entonces utilizarse como guía de la terapia. Tal como yo los veo, los principios que están detrás de esta técnica constituyen los fundamentos de la terapia basada en las soluciones y no en los problemas (De Shazer, 1991).

El enfoque de terapia representa plenamente los principios que guiaban el trabajo de Erickson; y que a diferencia de los enfoques “ericksonianos” no utiliza el hipnotismo formal para conseguir la cooperación de los clientes y la extracción de recursos al servicio del cambio.

Erickson en un artículo de 1954 habla acerca de la utilización de la técnica de lo describe de esta manera. Las siguientes dos sesiones se dedicaron haberlo alucinar toda una serie de bolas de cristal. La idea de la bola de cristal se presta fácilmente a la comprensión popular, y la alucinación de la bola de cristal es conveniente, fácil de manipular, y notablemente económica. Estas representaciones alucinadas eran “fijas” es decir, que

podía ver una escena y otra sin tener que volver a alucinar. Por lo tanto, podía verse a si mismo representado en diversas situaciones y en diferentes momentos de su vida. De tal modo que pudiera observar su comportamiento y reacciones, hacer comparaciones y contrastes y tenga en cuenta el hilo de continuidad en los patrones de su reacción desde el nivel de edad de un año a otro (Erickson, 1954).

Lo anterior demuestra como de Shazer retomo la idea de Erickson para desarrollar su técnica de la bola de cristal.

La pregunta del milagro

Como ya se menciona anteriormente esta técnica consiste en una serie de preguntas que el terapeuta utiliza para ayudar al cliente a imaginar como será el futuro cuando el problema ya no este presente. Además de que puede ayudar a establecer metas.

Podemos vincular esta técnica de igual manera con la técnica de la “bola de cristal” de Milton Erickson ya que es una técnica de proyección al futuro, concepción también del mismo Milton Erickson.

Aunque Steve de Shazer no estuvo en contacto directo con Milton H. Erickson como hemos podido observar a través de este capítulo él retomo de Erickson algunas ideas por ejemplo la orientación hacia el futuro para el desarrollo de este enfoque, además de ser la mas joven de las tres escuelas presentadas en este trabajo pero no le quita meritos los dos hechos anteriores. De esta manera se llega al final de los capítulos y ahora se presentaran las conclusiones generales.

CONCLUSIONES

En base en lo desarrollado previamente, es posible decir que, Erickson influyó en las terapias breves del enfoque sistémico ya que estos enfoques retomaron del trabajo de Erickson sus ideas y técnicas para elaborar sus propuestas terapéuticas. Lo anterior lo podemos verificar primero con la terapia del MRI. Zeig y Munion (1999), nos dicen que Haley y Weakland observaron a un terapeuta decididamente directivo, que lograba resultados en forma rápida. Aprendieron de él las ordalías terapéuticas, las intervenciones familiares, hipnosis, uso de tareas y metáforas. Aunque el MRI recogió y sistematizó las técnicas de Erickson, dejó fuera de su modelo las intervenciones hipnóticas formales y el concepto de "inconsciente".

Cuando Watzlawick (1980) analiza los procedimientos hipnóticos de Erickson en el Lenguaje del cambio, utiliza la metáfora de la asimetría de la actividad hemisférica cerebral como la base explicativa de hacia dónde apuntaba el lenguaje indirecto de Erickson. Tampoco necesitó de la metáfora del inconsciente para explicar el fenómeno.

Es interesante el hecho que el mismo Erickson haya disminuido gradualmente el uso de trance hipnótico formal, en beneficio de un mayor uso del lenguaje imperativo y la metáfora en sus terapias. En los últimos años de su vida, "Erickson solamente usaba la hipnosis en aproximadamente el 30% de los casos, en particular para los casos de dolores físicos agudos" (Wittezaele y García, 1994).

Watzlawick (1985), denominó "hipnoterapia sin trance", a las directivas terapéuticas que entregadas en una conversación terapéutica sin "rituales hipnóticos" movilizaban al paciente a la acción o modificaban su encuadre del problema. Podría afirmarse que en los últimos años de su carrera, Erickson utilizaba mucho más este tipo de hipnoterapia que la terapia hipnótica "con trance."

En el enfoque estratégico de Haley de la misma manera que las técnicas terapéuticas realizadas por Erickson (empleando hipnosis formal o no) un elemento común que tienen es la importancia que tiene el terapeuta en el diseño y enfoque particular para cada problema, fija las metas y las intervenciones para alcanzarlas, revisa las respuestas que obtiene y en momento dado corrige el enfoque para que finalmente evalúe los resultados obtenidos fijándose como meta el éxito de la terapia.

El enfoque estratégico maneja entre otros conceptos clave, el de la metáfora misma que podemos encontrar en las técnicas empleadas por Erickson, ya que con este nombre se designa el doble mensaje que puede tener un síntoma y secuencia de una interacción.

Haley también realiza una comparación de las maniobras comunicativas que realiza el hipnotizador con las maniobras que se realizan en cualquier proceso terapéutico así como en la comunicación disfuncional de las familias. Conceptualizando la formación de síntomas como contramaniobras para redefinir la complementariedad o simetría en las relaciones.

Erickson a través de técnicas derivadas de la hipnosis buscaba influenciar al máximo al cliente buscando romper las rigideces de su percepción de la realidad y las relaciones que mantienen el síntoma. Insistía en pedir cambios importantes en el estilo de vida de los pacientes a través de darles directivas, explicándoles anécdotas y metáforas tanto en estado de hipnosis como en conversación “aparentemente” no hipnótica. Los aconsejaba, les enseñaba a conseguir cosas que deseaban o les imponía ordalías para ayudarlos a abandonar sus síntomas. Sus escritos muestran como fue realizando generalizaciones de las técnicas hipnóticas para llegar a una concepción hipnótica más amplia de la psicoterapia que no incluía necesariamente el trance formal.

Actualmente el estilo de terapia directiva ha pasado a ser uno de los sellos distintivos de la terapia breve y estratégica, y ha sido incorporado por algunas escuelas de terapia familiar.

En la escuela de soluciones podemos apreciar la influencia de Erickson en como este modelo se constituyo a partir del nivel de las técnicas utiliza una serie de preguntas que ayuden a transformar las respuestas en objetivos útiles para el proceso de intervención. Las preguntas que se aplican se convierten en herramientas que orienten la interacción, así aplica las preguntas: milagro, proyección al futuro, a escala, de afrontamiento; emplea redefiniciones, connotaciones positivas, elogios y las tareas. De nuevo aquí se aprecia la influencia de Erickson ya fue un terapeuta básicamente orientado hacia el futuro.

En el mismo año 1954, Erickson publica "La Pseudo-orientación en el Tiempo como un Procedimiento Hipnoterapéutico". En ese artículo, Erickson describe cómo a través de un procedimiento que implicó el uso de confusión, alucinación y proyección a futuro, los mismos pacientes describieron los eventos que los llevarían a la resolución de sus problemas neuróticos. El trabajo de de Shazer y su equipo, consistió en obtener a través de una conversación los mismos efectos que logró Erickson a través de su "hipnoterapia con trance" al usar la pseudo-orientación en el tiempo. Donde Erickson dirigía al paciente hacia el futuro a través de un procedimiento de confusión, para que alucinara bolas de cristal en las cuales podía ver los eventos que lo habían llevado a la resolución de los síntomas; de Shazer y su equipo proponen la "Pregunta Milagro", la cual induce al paciente a una creación activa de comportamientos que resuelven el problema.

De esta forma el trabajo de Erickson es un cimiento para los enfoques del interaccional del MRI, el estratégico de Haley y la de soluciones.

BIBLIOGRAFÍA

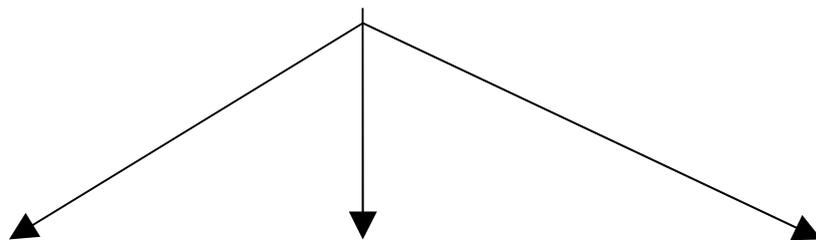
- Baker, M. (2003). *Homenaje a Elizabeth Moore Erickson*. Alom: México.
- Berg, I. y Miller, S. (1996). *Trabajando con el problema del alcohol. Orientaciones y sugerencias para la terapia breve de familia*. Barcelona: Gedisa.
- Bernstein, D & Nietzel, M. (1988). *Introducción a la Psicología Clínica*. Mexico: Mc Graw Hill.
- Bertrano, P. y Toffanetti, D. (2004). *Historia de la terapia familiar*. España: Paidós.
- Bloom, B. (1997). *Planned short-term psychotherapy*. Estados Unidos: Allyn and Bacon.
- Cade, B. (2007). Springs, Streams, and Tributaries: A History of the Brief. Solution-Focused Approach. In Thorana, N. y Frank T. (Comp.), *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy Clinical Applications*. New York: The Haaworth Press, p. 25-59.
- De Jong, P. and Berg, I. K. (1998). *Interviewing for Solutions*. Pacific Grove, Ca.: Brooks/Cole Publishing.
- De Shazer, S. (1986). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*. Barcelona: Gedisa.
- De Shazer, S. (1987). *Pautas de terapia familiar breve: un enfoque ecosistémico*. Buenos Aires: Paidós.
- De Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York, NY: W.W. Norton & Company.
- De Shazer, S. (1991). *Claves para la solución en terapia breve*. Barcelona: Paidós.
- De Shazer, S. (1992). *Claves en psicoterapia breve. Una teoría de la solución*., Barcelona: Gedisa
- De Shazer, S. and Dolan, Y. (2007). *More Than Miracles The State of the Art of Solution-focused brief Therapy*. New York: The Haworth.
- Erickson M. H. (1934). A Brief Survey of Hypnotism. Reprinted with permission from the *Medical Record* for December 5.
- Erickson, M. H. (1948). Hypnotic Psychotherapy, *The Medical Clinics of North America*, May, New York.
- Erickson, M. H. (1952). Deep Hypnosis and Its Induction *Experimental Hypnosis*, New York, Macmillan, pp. 70-114.
- Erickson, M. H. (1954). Pseudo-Orientation in Time as a Hypnotherapeutic Procedure, *Journal Clinical and Experimental Hypnosis*, 1954, 2, 261-283.
- Erickson, M. H. (1958). Naturalistic Techniques of Hypnosis *The American Journal of Clinical Hypnosis*, July, 1, 3-8.

- Erickson, M. H. (1959a). The Basis of Hypnosis: Panel Discussion on Hypnosis *Academy of General Practice*, Longview, Washington, May 13.
- Erickson, M. H. (1959b). Further Clinical Techniques of Hypnosis: Utilization Techniques. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, July, 2, 3-21.
- Erickson, M. H. (1964). The Confusion Technique in Hypnosis. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, January, 6, 183-207.
- Erickson, M. H. (1967). Hypnosis: its renaissance as a treatment modality. In *Trends in psychiatry*. N° 13, pp 3-43.
- Erickson, M. H. (1980). *The Nature of Hypnosis and Suggestion. The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis. Vol. I.* E. L. Rossi (Ed.). New York: Irvington.
- Erickson M. H. (2005). *Seminarios de introducción a la hipnosis California, 1958.* México: Alom.
- Erickson, M. H. and Rossi, E. (1975). Varieties of Double Bind. *Reprinted with permission from The American Journal of Clinical Hypnosis*, January 17, 143-157.
- Erickson, M. H.; Rossi, E.L. and Rossi, S.I. (1976). *Hypnotic Realities.* New York: Irvington.
- Erickson, M.H. y Rossi, E.L. (1979). *Hypnotherapy: An exploratory casebook.* New York: Irvington.
- Erickson, B. A. and Keeney, B. (Eds.) (2006). *Milton H. Erickson, M. D. An American healer.* Sedona, AZ: Ringing Rocks Press.
- Fisch, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1985). *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia.* Barcelona: Herder.
- Foucault, M. (2005). *El poder psiquiátrico.* Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Gilligan, S. (2002). *The Legacy of Milton H. Erickson.* Phoenix: Zeig-Tucker.
- Haley, J. (1966) *Estrategias de psicoterapia.* Barcelona: Toray.Haley,
- Haley, J. (1980a). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson.* Buenos Aires: Amorrortu.Haley,
- Haley, J. (1980b). *Terapia para resolver problemas: Nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz.* Buenos Aires: Amorrortu.Haley,
- Haley, J. (1984). *Terapia de ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1985). *Conversations with Milton H. Erickson.* New York: Triangle Press.
- Haley, J. (1997). *Aprender y enseñar terapia.* Buenos Aires: Amorrortu.

- Haley, J. (1993). *Jay Haley on Milton H. Erickson* New York: Brunner/Mazel.
- Haley, J. y Richepart, M. (2006). *El Arte de la Terapia Estratégica*. Barcelona: Paidós.
- Keeney, B. y Ross, J. (1987). *Construcción de terapias familiares sistémicas. "Espíritu" en la terapia*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Lankton, C. (1985) Elements of an Ericksonian Approach. In S. Lankton (Ed.), *Elements and Dimensions of an Ericksonian Approach. Ericksonian Monographs, N° 1*. New York: Brunner/Mazel, 61-75
- Lankton, S. (2004). *Assembling Ericksonian Therapy: Collected Papers of Stephen Lankton*. Phoenix: Zeig-Tucker.
- Madanes, C. (1989). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Murphy J.J. (1996). Solution-focused brief therapy in the school. En (S.D. Miller, M.A. Hubble y B. Duncan, eds.) *Handbook of Solution-focused Brief Therapy: foundations, applications, and research*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Nardone, G. y Watzlawick, P. (1992). *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Barcelona: Herder.
- Navarro Cueva, R. (1994). Del condicionamiento clásico a la terapia conductual cognitiva: hacia un modelo de integración. *Aprendizaje y comportamiento*, 10, 65-84.
- Ochoa, I. (2004) *Enfoques en terapia familiar sistémica*. España: Herder
- O'Hanlon, W. H. (2001). *Desarrollar posibilidades: un itinerario por la obra de uno de los fundadores de la terapia breve*. Barcelona: Paidós
- O'Hanlon, W. H. (1987). *Raíces profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. B. Aires: Paidós.
- O'Hanlon, W. H. (1990). *En Busca de Soluciones: un nuevo enfoque en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Rosen, S. (1982). *Mi voz ira con Tigo. Los cuantos didácticos de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Paidós.
- Rossi, E. (1983) Milton H. Erickson: *A Biographical Sketch. In Healing in Hypnosis. The Seminars, Workshops, and Lectures of Milton H. Erickson. Vol. I*. Ed. by E. Rossi, M. Ryan, and F. Sharp. New York: Irvington, 1-59
- Schlippe, A. y Schweitzer, J. (1996). *Manual de terapia y asesoría sistemáticas*. Barcelona: Herder.
- Semerari, A (2003). *Historia, teorías y técnicas de la terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Simon, J. (2010). *Solution-focused Practice in end of life & grief counseling*. New York: Springer Publishing company.
- Short, D. (2006). *Estrategias psicoterapéuticas de Milton H. Erickson*. México: Alom.

- Télliez, A. (2007). *Hipnosis clínica un enfoque ericksoniano*. Trillas: México.
- Vilanova, A. (1996). Enseñanza de la psicología: historia y problemas fundamentales. *Cuadernos Argentinos de Historia de la psicología*, 2 (1-2), 199-210.
- Watzlawick, P. (1980). *El lenguaje del cambio*. Barcelona: Herder.
- Watzlawick, P. (1982) Erickson's Contribution to the Interactional View of Psychotherapy. In J. Zeig (Ed.), *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, p. 147-154
- Watzlawick, P. Beavin, J. y Jackson, D. (1981). *Teoría de la comunicación humana*. Herder, Barcelona.
- Watzlawick, P; Weakland, J. y Fisch, R. (1976). *Cambio*. Barcelona: Herder.
- Weakland, J.; Fisch, R.; Watzlawick, P. and Bodin, A. (1974) Brief Therapy: Problem Resolution Focused. *Family Process*, 13(2), 141-168
- Wittezaele, J. y García, T. (1994). *La Escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Barcelona: Herder.
- Yapko, M. D. (1999). *Lo Esencial de la Hipnosis*. Barcelona: Paidós.
- Yapko, M. D. (2003). *Trancework*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J. K. (1985a). *Experiencing Erickson. An introduction to the man and his work*. New York: Brunner/Mazel.
- Zeig, J. K. (1985b). *Un seminario didáctico con Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Zeig, J. (1987) Therapeutic Patterns of Ericksonian Influence Communication. In J. Zeig (Ed.), *The Evolution of Psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel, 392-406
- Zeig, J. K. (1991). Semillas de psicoterapia estratégica e interaccional: contribuciones germinales de Milton H. Erickson. *Rapport Hipnosis de Milton H. Erickson*. Vol. 1 N° 3 254-257.
- Zeig, J. and Geary, B. (2000). *The Letters of Milton H. Erickson*. Phoenix: Zeig Tucker and Theisen.
- Zeig, J. and Munion, W. (1999) Milton H. Erickson. London: Sage Publications.
- Zeig, J. K., and Rennick, P.J. (1991). Ericksonian Hypnotherapy: A communication approach to hypnosis. En S.J. Lynn y J.W. Rhue (Eds.) *Theories of Hypnosis. Current Moles and Perspectives* (pp-275-300). New York: The Guilford Press.
- Zeig J. K., y Gilligan S. (2004). *Terapia Breve: mitos, métodos y metáforas*. Buenos Aires: Amorrortu.

A N E X O U N O



Milton H. Erickson



Definición de terapia	Objetivos en terapia	Técnicas
La psicoterapia hipnótica es un proceso de aprendizaje para el paciente, un procedimiento de reeducación. Los resultados efectivos en la psicoterapia hipnótica, o hipnoterapia, se derivan sólo de las actividades del paciente.	En psicoterapia se le enseña al paciente a usar muchas de las cosas que aprendió hace largo tiempo, y que no recuerda haber aprendido.	Entre algunas de las técnicas empleadas por Erickson podemos encontrar: <ul style="list-style-type: none"> • Hipnosis • Utilización • Técnica de la confusión • Doble Vínculo • Intervención en la pauta • Reencuadre

MRI			ESTRATÉGICA			SOLUCIONES		
Definición de terapia	Objetivos en terapia	Técnicas	Definición de terapia	Objetivos en terapia	Técnicas	Definición de terapia	Objetivos de terapia	Técnicas
La terapia, fue entendida como un cuidadoso estudio de la comunicación interpersonal dirigido a modificar, por medio de acciones directas, a veces paradójicas o aparentemente ilógicas, el sistema de relaciones disfuncional operante en un grupo determinado de personas	El objetivo es modificar las estructuras o las pautas interaccionales que rigen al sistema, lo que se conoce como Cambio 2, ya que todas las soluciones intentadas fallidas son consideradas como meros Cambios 1, que se entienden como 'más de lo mismo'	Algunas técnicas son: <ul style="list-style-type: none"> • Reestructurar • Prescripción de síntoma • Desplazamiento del síntoma • Sabotaje benévolo 	No es como un enfoque o teoría particular, sino varios tipos de terapia cuyo común denominador es que el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en la gente.	En cuanto a la meta del hipnólogo consiste en modificar la conducta, la respuesta sensorial y la conciencia de otra persona	Algunas técnicas son: <ul style="list-style-type: none"> • Directivas directas • Directivas indirectas • Paradójicas • Metafóricas 	la terapia se funda en el supuesto de que la personalidad tiene una fuerte tendencia a amoldarse si se le da la oportunidad para ello	Tiene como objetivo la ampliación de los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera del mismo, es decir, en ampliar las soluciones eficaces y resaltar aquello que es satisfactorio en la vida de los individuos y familias.	Algunas técnicas son: <ul style="list-style-type: none"> • Pregunta Milagro • Escala de avance • Construcción de soluciones y excepciones • Preguntas de afrontamiento