

SISTEMATIZACION DE LA HIPNOSIS ERICKSONIANA

Ps. Mario Pacheco

En el presente artículo, se utilizan doce criterios para analizar al enfoque psicoterapéutico ericksoniano. Estos criterios han sido escogidos para mostrar un panorama general de este enfoque, a la vez que cada uno de ellos es estudiado en forma somera. Para un análisis más detallado de los mismos, revisar la literatura sugerida al final del artículo.

1. Noción del cambio terapéutico

Erickson definió a su terapia hipnótica[1] en los siguientes términos:

La psicoterapia hipnótica es un proceso de aprendizaje para el paciente, un procedimiento de reeducación. Los resultados efectivos en la psicoterapia hipnótica, o hipnoterapia, solamente derivan de las actividades del paciente. El terapeuta simplemente estimula al paciente hacia la actividad, a menudo sin saber qué actividad pueda ser, y después lo guía y hace uso del juicio clínico para determinar el monto de trabajo por hacer para lograr los resultados deseados. Cómo guiar y juzgar, constituye un problema del terapeuta, mientras que la tarea del paciente es la de aprender a través de sus propios esfuerzos, para aprender su vida experiencial en una nueva forma. 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. (Erickson, 1980a/1994, p. 14)

En ese mismo artículo, Erickson escribió:

La inducción y mantención del trance sirve para proveer un estado psicológico especial que permite al paciente reasociar y reorganizar sus complejidades psicológicas interiores de una manera concordante con su propia vida experiencial. Sirve para permitirle un espacio para aprender más

respecto a sí mismo y a expresarse en forma adecuada. (Erickson, 1980a/1994, p. 13)

Por lo tanto, el cambio terapéutico es concebido en este enfoque como el producto de la reorganización de la vida experiencial del cliente, 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." (Zeig, 1990/1994, p. 24)

La terapia es como echar a rodar una bola de nieve en una montaña. Se arma en un momento y puede crecer hasta ser una avalancha -y todo lo que el terapeuta tiene que hacer es echar a rodar la bola de nieve.

(Erickson, citado en Rosen, 1988/1994, p. 38)

En este enfoque hay dos supuestos que explicarían el cambio:

(1) La mente inconsciente tiende a ser benigna y generalmente busca la salud; y

(2) El inconsciente contiene soluciones para los problemas, las cuales pueden ser traídas a primer plano. Una vez que los esquemas rígidos de los síntomas son interrumpidos, las personas intentan moverse en niveles de funcionamiento más efectivos, al tener acceso a potenciales previamente sub-utilizados. (Zeig, 19990/1994, p. 24-25)

Esta confianza básica en el inconsciente, implica que definamos cómo se lo entiende en este enfoque:

Se entiende a la mente *inconsciente*, a aquella parte de la persona que es un reservorio de todas las experiencias adquiridas a través de la vida. Son una evidencia de las funciones inconscientes nuestras experiencias, aprendizajes, costumbres, impulsos, motivaciones y necesidades para nuestra interacción con el mundo, y el funcionamiento automático de innumerables conductas cotidianas. La mente inconsciente no es rígida ni analítica. Es capaz de la interpretación simbólica y tiende a ser global. La mente inconsciente puede

procesar la información en un nivel más simbólico y metafórico que la mente consciente. (Yapko, 1990)

Una característica resaltante de este enfoque y que lo diferencia marcadamente de otros enfoques de psicoterapia, es que Erickson "le quitó énfasis, e incluso se opuso a la promoción de la comprensión o toma de consciencia [*insighth*] para precipitar el cambio" (O'Hanlon, 1989, p. 28)

El mismo Erickson afirmó:

... muchos psicoterapeutas consideran casi axiomático que la terapia depende de que se haga consciente lo inconsciente. Cuando se piensa en el inconmensurable papel que el inconsciente desempeña en la vida experiencial total de una persona, desde la infancia en adelante, esté despierta o dormida, [se ve que] poco cabe esperar que pueda hacerse algo más para volver conscientes algunas pequeñas partes de él. Además, el inconsciente como tal, no transformado en consciente, constituye una parte especial del funcionamiento psicológico.

(Erickson, citado por O'Hanlon, 1989, p. 28)

Lo anterior no significa que Erickson haya desdeñado el papel de los procesos conscientes en la terapia. Afirma,

En la psicoterapia hipnótica muy a menudo puede darse una adecuada terapia al inconsciente, pero con el descuido del terapeuta para apreciar la inmensa necesidad de permitir al paciente integrar el inconsciente con el consciente, o hacer que sean totalmente accesibles a la mente consciente las nuevas comprensiones, según sus necesidades. Comparable a este descuido sería una apendicectomía que olvide cerrar la incisión. Es en este aspecto que muchos críticos de sillón denuncian ingenuamente a la hipnosis como sin valor, ya que trata "solamente con la mente inconsciente." Adicionalmente, es aun más descuidado el hecho repetidamente demostrado por la experiencia clínica, que en algunos aspectos es deseable la reintegración directa del problema del paciente bajo la guía del terapeuta; en otros

aspectos, el inconsciente simplemente debiera ser hecho disponible a la mente consciente, con lo cual se permite una reintegración espontánea, libre de toda influencia inmediata del terapeuta. Propiamente, la hipnoterapia debiera estar igualmente orientada al consciente y el inconsciente, ya que la integración de la personalidad total es la meta deseada de la psicoterapia.

Sin embargo, lo anteriormente dicho no significa necesariamente que la integración deba constantemente marcar el paso con la terapia. Una de las más grandes ventajas de la hipnoterapia radica en la oportunidad de trabajar independientemente con el inconsciente sin ser estorbado por la renuencia, o a veces la inhabilidad real, de la mente consciente para aceptar las ganancias terapéuticas. Por ejemplo, una paciente tuvo un insight completamente inconsciente en sus pesadillas nocturnas que ella sufría un problema de carácter incestuoso, pero como lo afirmó espontáneamente en el trance, "Comprendo esos horribles sueños, pero no podría tolerar semejante comprensión conscientemente." A través de este aserto, la paciente demostró cómo el inconsciente protege al consciente. La utilización de esa protección como una fuerza motivadora permitió a la paciente, con posterioridad, aceptar conscientemente sus insights inconscientes.

La investigación experimental ha demostrado repetidamente que las buenas comprensiones inconscientes a las cuales se les ha permitido hacerse conscientes antes que exista una disposición consciente, promueve rechazo, represión e incluso la pérdida, a través de la represión, de las ganancias inconscientes. Al trabajar con el inconsciente hay, entonces, una oportunidad para moderar y controlar la velocidad de progreso del paciente y de este modo efectuar una reintegración en una forma aceptable para la mente consciente.

(Erickson, 1980a/ 1994, p. 15)

Relacionado con este aspecto se encuentra la noción que tenía Erickson de los síntomas. O'Hanlon (1989) indica que para muchos enfoques

psicoterapéuticos se supone que los síntomas surgen porque cumplen una función (para el individuo, su sistema familiar), y continúan teniéndola cuando persisten, porque de lo contrario desaparecerían.

Puesto que Erickson a veces sólo procuraba aliviar el síntoma, sin intentar resolver el problema o la posible función subyacente, sostenía un punto de vista diferente. Para Erickson era posible que los síntomas surgieran porque cumplen funciones, pero después de cierto tiempo dejan de cumplir esa función y persisten solamente porque las personas quedan pautadas de esa manera. Cuando Haley le preguntó a Erickson si se "limitaría" a resolver el síntoma, Erickson le respondió del siguiente modo: "Usted supone que sirve a otros fines. ¿Nunca ha pensado que la sintomatología puede desgastarse como servidora de propósitos, y convertirse en una pauta habitual?" (Haley, citado en O'Hanlon, 1989, p. 30)

2. Orientación temporal de la terapia

La orientación temporal de la terapia ericksoniana está ubicada en el presente y dirigida hacia el futuro.

Erickson exhortaba a sus alumnos y clientes que la vida era vivida en el presente y dirigida hacia el futuro, y que la terapia era vivida en el presente y dirigida hacia el futuro. (Zeig, 1987/1994)

"Una terapia es buscada en primer término, no para esclarecer un pasado inmodificable, sino a causa de una insatisfacción con el presente y un deseo de mejorar en el futuro. Ni el paciente, ni el terapeuta pueden saber en qué dirección se ha de verificar un cambio y en qué grado ha de tener lugar este último. Pero se precisa cambiar la situación actual y una vez establecido el cambio, por pequeño que sea, se precisa de otros cambios menores y un efecto de bola de nieve de estos cambios menores conduce a otros más importantes, de acuerdo con las posibilidades del paciente." (Erickson, "Prefacio", Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976, p. 9)

En otro lugar afirmo,

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

(Citado por O'Hanlon, 1989, p. 24)

"Podría decirse que Erickson no se orientaba hacia el *problema*, sino que 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, 1989, p. 24)

3. Procedimientos diagnósticos

En la terapia ericksoniana, al igual que en los demás enfoques humanistas, no se realizan procedimientos diagnósticos tradicionales (DSM-IV, y otros similares), ni estudios de la personalidad del cliente.

Hay varios supuestos en los cuales se basa este proceder:

a) Según Erickson, las teorías acerca de las personas y su funcionamiento psicológico, en lugar de ayudar al terapeuta lo estorbaban. Por lo tanto no se esforzó por tener una teoría especial ni hipótesis generales acerca de los problemas. Prefería tomar cada caso tal como se presentaba, formulando hipótesis específicas para cada cliente en particular. (O'Hanlon, 1989)

Al respecto, Erickson escribió:

En el desarrollo de la psicoterapia como un campo de los esfuerzos médicos, ha habido una extensa elaboración de la teoría y una sorprendente rigidez

de procedimientos. Este es el caso de muchas de las escuelas de pensamiento divergente de orientación psicoanalítica. Este énfasis excesivo sobre una extensa super-estructura teórica como un requisito para toda la psicoterapia, junto a una rigidez de los acercamientos terapéuticos para todos los pacientes, se origina en tres supuestos generales. El primero de ellos es que la psicoterapia basada en el comportamiento observable y relacionada primariamente con las demandas de las situaciones de vida inmediatas y futuras del paciente, necesariamente debe ser inadecuada, superficial, y carente de validez –en comparación con una terapia que reestructura la comprensión del pasado remoto del paciente.

El segundo supuesto es que los mismos acercamientos rígidos y estereotipados a la terapia (las rutinas del "análisis clásico", terapia "no directiva", etc.), es aplicable para todos los pacientes, todas las veces, en todas las situaciones. Este supuesto descuida el significado inmediato de (a) la individualidad de las experiencias vitales, las reacciones y el aprendizaje; (b) el contexto del problema en relación a la situación de vida actual; y (c) el carácter de la sintomatología manifestada, ya sea básicamente psicológica, fisiológica, somática, o una variada combinación de aquellas.

[...] El tercer supuesto es que la psicoterapia efectiva ocurre a través de una interpretación y explicación al paciente, directa o indirectamente, respecto al significado interno de su vida experiencial, formulada en términos de las especulaciones postuladas por una escuela particular de psicoterapia.

(Erickson, 1980b/1994, p. 3-4)

b) Erickson poseía una visión pragmática de la vida y de la personalidad de las personas. Para él, las personas podían cambiar mucho a lo largo de la vida, y por lo tanto la personalidad no es algo inmutable. Independientemente de cómo sea la personalidad del cliente, siempre hay aspectos alternativos de la personalidad susceptibles de sacarse a la luz y usarse en beneficio del cliente. (O'Hanlon, 1989)

Su paciente es una persona hoy, totalmente otra persona mañana, y será otra la próxima semana, el próximo mes, el próximo año. Dentro de cinco, diez y veinte años será otras personas. Es verdad que todos tenemos un cierto fodo general, pero somos personas distintas en cada día de nuestras vidas.

(Erickson, citado por O'Hanlon, 1989, p. 29)

c) Su trabajo ofrece una nueva forma de mirar a los pacientes y a sus problemas, muy apartada de la noción tradicional de la patología. No consideraba a los pacientes como frágiles o vulnerables ante fuerzas misteriosas dentro o alrededor de ellos, sino que los pacientes poseen la capacidad para modificar sus problemas en forma activa, aunque puedan no estar conscientes de ello. (Fisch, 1982)

Sin embargo, la no utilización de procedimientos diagnósticos tradicionales no significa que el terapeuta trabaja a ciegas. Los procedimientos diagnósticos en este enfoque pueden ordenarse en dos niveles, distintos y complementarios:

a) Utilización de pautas diagnósticas (Yapko, 1988; Robles, 1991) que reflejan el estilo individual de vivir, sentir y comportarse de los clientes/consultantes Ayudan a comprender la experiencia subjetiva del consultante, incluyendo sus fortalezas y limitaciones.

Estos criterios sirven a tres propósitos generales:

“ Sirven para determinar el modo en que se entregará la terapia a cada paciente en particular (terapia “hecha a medida”) (Robles, 1991). Son pautas útiles de considerar, ya sea que se utilice el trance terapéutico para transmitir la terapia, o se haga uso de terapia estratégica (“hipnoterapia sin trance”).

“ Ayudan a determinar en qué forma el paciente construye su realidad, cómo esas pautas utilizadas participan en la mantención del problema y cuáles pueden utilizarse para ayudar a la solución.

“ Por otro lado, algunos de ellos también serán el blanco de la terapia, cuando se presentan desbalanceados (en palabras de Yapko, “déficit experiencial”) (Yapko, 1988, 1998) .Según Yapko, una terapia que no incluya el tratamiento de esos déficits experienciales como objetivos de la terapia, deja expuesto al cliente/consultante a continuar utilizando pautas disfuncionales que lo pueden llevar a una recaída o a presentar problemas en otras áreas distintas a las tratadas en el proceso terapéutico.

b) Obtención de información respecto a cómo se manifiesta(n) el(los) problema(s) en la actualidad, con especial énfasis en las pautas involucradas en su mantención. (Cade y O'Hanlon, 1995)

Zeig (1992) ha indicado que este aspecto es especialmente importante, puesto que es un verdadero axioma que el terapeuta puede utilizar para construir un tratamiento el mecanismo a través del cual se mantienen los síntomas/problemas del cliente. Aunque los síntomas parecen ocurrir en forma automática, el comportamiento del paciente parece que realmente mantiene el síntoma.

De lo anterior se deriva que las técnicas terapéuticas utilizadas pueden ser desarrolladas a partir de esos mecanismos que mantienen el problema. Esto implica, tal como lo sugería Erickson más arriba, que la terapia debe ser individualizada y al ser efectuada a partir de las mismas pautas disfuncionales del paciente, es menos probable que se suscite resistencia al cambio terapéutico.

4. Objetivos de la terapia

Puesto que Erickson no tenía ninguna teoría acerca del funcionamiento normal o anormal de la personalidad; ésta es una terapia pragmática, orientada a metas.

En general, a través de la obtención de información relevante respecto a lo que le ocurre al cliente, el terapeuta y su cliente se colocan de acuerdo en cuáles serán las metas del tratamiento. Dichas metas se definen de modo tal

que sean fácilmente alcanzables y susceptibles de ser evaluadas tanto por el cliente como por el terapeuta (es decir, son definidas en términos conductuales).

Nardone y Watzlawick (1994) afirman que esta concepción de la terapia (ericksoniana[2] y estratégica sistémica en general) es un "verdadero y auténtico 'hereje' respecto a las teorías y las prácticas clásicas en el campo psicoterapéutico." (p. 33)

Esos autores analizan cuatro herejías[3] que subyacen a estos enfoques:

(1) El terapeuta estratégico no se deja encerrar por ningún modelo rígido de interpretación de la "naturaleza humana", ni por una concepción rígida y ortodoxa de la psicología y la psiquiatría. El fundamento filosófico que subyace a estos enfoques es el *constructivismo radical*; (Watzlawick, 1979, 1988) el cual se basa en la premisa que es imposible, por parte de cualquier ciencia, ofrecer una explicación absolutamente "verdadera" y "definitiva" de la realidad, y sobre el hecho que la realidad está determinada por el punto de observación del investigador/sujeto.

El pensamiento estratégico no se funda en una teoría que, describiendo la "naturaleza humana", preciba en consecuencia conceptos de "sanidad" o "normalidad" comportamental y psíquica en oposición a los de la patología. [...] El pensamiento estratégico más bien se interesa por la funcionalidad del comportamiento humano frente a los problemas de la existencia y de la convivencia entre individuos [...] El objetivo es el buen funcionamiento de estas relaciones, no en términos generales y absolutos de normalidad, sino en términos de realidad totalmente personal, diversa de individuo a individuo y de contexto a contexto.

(Nardone y Watzlawick, 1994, p. 36)

(2) La segunda herejía es que la tarea del terapeuta no se centra en el análisis "profundo", ni en la búsqueda de las causas del problema hasta la extrapolación de las verdades escondidas, "sino cómo funciona y cómo

puede cambiar la situación de malestar de un sujeto, de una pareja o de una familia. El paso es de los contenidos a los procesos, y se trata de un *saber cómo* más que un *saber por qué*. (Nardone y Watzlawick, 1994, p. 37)

(3) La tercera herejía tiene relación con la noción del cambio terapéutico. Desde esta óptica,

[...] los problemas humanos pueden resolverse mediante estrategias focales que rompen el sistema circular de retroacciones que mantienen operante el problema. De esta ruptura de un equilibrio disfuncional habrá de derivar el cambio en el comportamiento y en las concepciones del sujeto, enjaulado en una situación problemática. [...] Hay que "obligar" al paciente a salir de la rigidez de su perspectiva, conduciéndolo a otras posibles perspectivas que determinarán nuevas realidades y soluciones...

(Nardone y Watzlawick, 1994, p. 44)

(4) La cuarta herejía se refiere a las estrategias terapéuticas y los procesos de cambio. En la mayor parte de las psicoterapias,

...impregnadas de la idea del "cogitocentrismo" (centralidad del pensamiento por sobre las acciones), se basa en el supuesto que el actuar sigue al pensar. Por consiguiente, para cambiar una comportamiento erróneo o una situación problemática, hay que cambiar primero la manera de pensar del paciente y sólo después es posible su manera de obrar. [...] Desde el punto de vista estratégico, que en definitiva es el del constructivismo radical, este proceso debe invertirse. Es decir, se parte de la convicción que, para cambiar una situación problemática, antes hay que cambiar el obrar y, como consecuencia, el pensar del paciente, o mejor, el punto de observación, el "marco" de la realidad.

(Nardone y Watzlawick, 1994, p. 47)

5. Duración de la terapia

Queda absolutamente claro, en base al punto anterior, que ésta es una terapia breve, en cuanto al número de horas terapéuticas invertidas en el tratamiento.

Lo anterior significa, que según el tipo de problema definido por el terapeuta y el cliente, la terapia puede variar desde una sólo sesión a varias sesiones. En general se entiende por terapia breve (en la actualidad) a un período de menos de 20 sesiones.

La frecuencia de las sesiones puede ir desde una sesión semanal, a sesiones quincenales o mensuales.

Haley (1980) cita un caso de Erickson en el cual la terapia duró alrededor de 2 años; pero las sesiones tenían una frecuencia de una vez o dos veces al mes.

Sin duda Erickson extrajo la idea de acortar la terapia a partir de sus estudios de hipnosis, la cual desde sus inicios en el siglo pasado (gracias al trabajo de Braid, Charcot y Janet) fue definida como una intervención breve. El mismo Erickson afirmó:

El supuesto que la psicoterapia necesariamente debe ser compleja y muy prolongada, contradice la experiencia de la vida cotidiana. Los sucesos diarios simples de un carácter breve y transitorio, pueden, y con frecuencia lo hacen, ejercer influencias profundas y perdurables sobre la personalidad humana. Estos sucesos pueden derivar totalmente del presente inmediato y pueden evocar respuestas importantes que dirigen el presente y el futuro de los individuos. Esas respuestas significativas a los eventos cotidianos, a pesar de la sincera creencia sostenida por muchos adherentes a las escuelas interpretativas de la psicoterapia, no son necesariamente un reflejo y nuevas ediciones de experiencias traumáticas infantiles. Esto no desacredita en forma alguna la importancia del trauma físico en la infancia y la niñez. Por el contrario, enfatiza el hecho que las experiencias traumáticas pueden ocurrir

en cualquier edad y pueden reflejar solamente la situación de vida actual implicada.

(Erickson, 1980b/1994, p. 4)

6. Relación terapéutica

En este enfoque la relación terapéutica ha recibido especial importancia, desde el momento que se la entiende como una relación de *influencia* del comportamiento del cliente.

Si el terapeuta *quiere influenciar* en el comportamiento del cliente, será necesario que éste *acepte y/o coopere* con las directivas entregadas por el terapeuta. Sin embargo, en lugar de adaptar al cliente al encuadre del terapeuta, es el propio terapeuta quien se adapta al encuadre de su cliente.

Por lo tanto, el terapeuta creará un clima de aceptación de los comportamientos del cliente, al tiempo que es empático con éste.

El terapeuta utilizará con esos fines el lenguaje del cliente, sus intereses y motivaciones, las creencias y marcos referenciales, la conducta presente del cliente, sus síntomas y resistencias.

Algunas citas de Erickson ayudarán a comprender cabalmente este aspecto:

Con demasiada frecuencia los psicoterapeutas intentan tratar a sus pacientes empleando su propio lenguaje doctoral, pretendiendo explicar lo que es el yo, el superyó y el ello, la consciencia y el inconsciente, y el paciente no sabe si le está hablando de cereal, papas o picadillo. Por lo tanto, trate de emplear el lenguaje del paciente.

(Citado en O'Hanlon, 1989, p. 36)

En otras palabras, usted trata de aceptar las ideas del paciente, sean cuales fueren, y a continuación trata de orientarlas.

(Citado en O'Hanlon, 1989, p. 38)

En pocas palabras, sea cual fuere la conducta puesta de manifiesto por los sujetos, habría que acogerla y considerarla como agua para el molino.

(Citado en O'Hanlon, 1989, p. 40)

Por enfoque naturalista se entiende la aceptación y utilización de la situación que se se encuentra, sin esforzarse por reestructurarla psicológicamente. Al hacerlo así, la conducta que se presente se convierte en una ayuda definida y en una parte real de la inducción de trance, más que en un obstáculo posible.

(Citado en O'Hanlon, 1989, p. 40)

Al utilizar las propias pautas de respuesta y la conducta del paciente, incluso las de la enfermedad actual, se puede llevar a cabo la terapia de modo más rápido y satisfactorio, con la resistencia a la terapia en gran medida evitada, y con la aceptación de la terapia facilitada.

(Citado en O'Hanlon, 1989, p. 41)

Este enfoque ha sido definido por Haley (1980) como *estratégico*; es decir, una terapia en la cual el terapeuta inicia lo que ocurre durante ella y diseña un enfoque particular para cada problema. En este tipo de terapia el terapeuta asume la responsabilidad de influir directamente en las personas. Puede considerarse a Erickson como el maestro del enfoque estratégico en terapia. Durante mucho tiempo se lo ha conocido como el más importante especialista mundial en hipnosis médica, y dedicó su vida al estudio experimental y la utilización terapéutica de la hipnosis, desarrollando infinitas variantes. Menos conocido es su enfoque estratégico para la atención de individuos, parejas y familias, sin el empleo formal de la hipnosis.

[...] Es posible visualizar la terapia estratégica de Milton Erickson como una extensión lógica de la técnica hipnótica. La formación como hipnólogo fomenta la habilidad para observar a las personas y sus complejos modos de comunicación, para motivar a la gente de manera que siga directivas y para influir sobre ella mediante la palabra, las entonaciones y los movimientos corporales. También alienta la concepción que la gente es modificable y el espacio y el tiempo maleables, y provee ideas específicas acerca de cómo

dirigir a otras personas para que se hagan más autónomas. [...] El pensamiento de tipo estratégico ocupa un lugar central en el enfoque hipnológico -cuando se utiliza adecuadamente-, y Erickson lo ha llevado a sus límites. Es a la vez un hipnólogo experimental y un terapeuta experimental, que transfirió ideas desde el terreno de la hipnosis a los procedimientos terapéuticos, donde uno no hubiera esperado encontrarlas. (Haley, 1980, p. 8-9)

7. Rol del cliente

En este enfoque, el rol del cliente es *activo*.

Esto puede ser considerado raro por aquellas personas que consideran que cuando se usa hipnosis el cliente está dormido, escuchando en forma pasiva las instrucciones ("programaciones") del terapeuta. Sin embargo, la hipnoterapia de Erickson, a diferencia de la hipnoterapia clásica, utiliza en la mayoría de los casos *sugerencias indirectas* en lugar de directas.

Erickson y Rossi (1980) indican que tradicionalmente uno puede distinguir entre *sugestión directa* (en donde el terapeuta hace un requerimiento directo y claro de cierta respuesta), y la *sugestión indirecta* (en donde la relación entre la sugestión del operador y la respuesta del sujeto son menos obvias).

Se reconocen como bases de la *sugestión directa*, el prestigio y la autoridad del operador, los principios de la repetición, homoacción y heteroacción, junto a la evocación de procesos ideosensorios e ideomotores, que son mediados frecuentemente por fantasías dirigidas. (Erickson y Rossi, 1980)

Se ha sugerido que las *sugestiones indirectas* son más complejas, en función de la individualidad del sujeto, y quizá por esto son más efectivas que la sugestión directa.

Ingenuamente se ha creído que el sujeto hipnótico es un sujeto pasivo, un autómatas que es programado por el hipnotista. Esto es un error, existe una

tendencia en las personas a *mediar* o *construir* sus propias respuestas externas al estímulo y sugerencias ofrecidas por el hipnotista.

Algunos de los rasgos básicos de las *sugerencias indirectas* son:

- (1) Permiten que se manifieste la individualidad del sujeto, sus experiencias vitales previas, y sus potencialidades peculiares;
- (2) Involucran un nivel más inconsciente de todos los procesos de aprendizaje; de modo que,
- (3) Tienen a rodear la crítica consciente, y debido a esto pueden ser más efectivas que la sugestión directa.

Las sugerencias indirectas no determinan lo que el paciente hará, sino que exploran y facilitan que el sistema de respuesta de éste pueda realizar en un nivel *autónomo* sin hacer realmente un esfuerzo consciente para dirigirse a sí mismo.

Las formas indirectas de sugestión son ambientes semánticos que facilitan la experiencia de nuevas posibilidades de respuesta. Evocan automáticamente búsquedas y procesos internos independientes de nuestra voluntad consciente. (Erickson y Rossi, 1979)

Las sugerencias indirectas, además, no necesitan ser entregadas solamente mientras el cliente está en trance hipnótico formal, sino que pueden ser deslizadas en conversaciones interesantes que atraen la atención del individuo.

Otra característica del trabajo terapéutico en este enfoque, y que implica la participación activa del cliente, es el uso frecuente de tareas terapéuticas para ser realizadas entre las sesiones.

8. Concepción y manejo de la resistencia terapéutica

Existen diversas formas en las cuales el paciente evidencia que está resistiéndose a la terapia: faltar a las sesiones, no realización de las tareas asignadas, discusión de las estrategias propuestas, etc.

Sin embargo, *no debe* presumirse que todas esas respuestas indican resistencia, pues pueden ser respuestas idiosincrásicas, que ocurren sin interferir el curso de la terapia. (Yapko, 1990)

Los orígenes de la resistencia pueden ser diversos. Uno de los más comunes es el temor a lo que sucederá durante el proceso terapéutico; también puede deberse a fracasos anteriores, ya sea por la propia experiencia o la experiencia de personas dignas de confianza del sujeto. También pueden surgir de una falta de rapport con el terapeuta; o de variables contextuales en el ambiente inmediato, el ánimo del sujeto o el tiempo atmosférico.

Sin embargo, mucha de la resistencia puede ser atribuida a la cualidad de las sugerencias y directivas terapéuticas; específicamente, cómo acompañan la experiencia del paciente: ¿se está imponiendo un comportamiento?, ¿el terapeuta es muy directivo?. Erickson (Erickson y Rossi, 1979) creía que la denominada “resistencia” al trance y la terapia no era realmente una resistencia, sino que una reacción razonable a la creencia errónea tan difundida de la hipnoterapia como una relación de “dominación-sumisión”. Así, entonces, la “resistencia” es “generalmente una expresión de la individualidad del paciente.”

La respuesta del enfoque ericksoniano a la resistencia es comprenderla, aceptarla, incluso alentarla, y utilizar esa individualidad para ayudar al cliente a rodear sus limitaciones aprendidas.. Al aceptar la resistencia del paciente como una respuesta válida, se le *redefine* como una conducta *cooperativa* y se puede construir sobre ella. (Yapko, 1990)

El grado de resistencia que presente el sujeto nos indicará el grado de *indirección* que debemos usar: a mayor resistencia, será necesario usar más sugerencias y manejos indirectos. (Zeig, 1987/1994)

de Shazer (1991) afirma que a través de su trabajo terapéutico se fue percatando que las personas en realidad desean cambiar.

Por cierto, algunos clientes consideran que las ideas sobre cómo cambiar no son adecuadas, pero me resulta difícil rotular ese modo de pensar como "resistencia"; me parece antes bien un mensaje que el cliente está enviando, en un esfuerzo por ayudar al terapeuta a que lo ayude. Reiteradamente he hallado gente con deseos desesperados de cambiar y sumamente cooperativa, que me había sido derivada por otros terapeutas con el rótulo de "cliente resistente". En realidad, la clave que mis colegas y yo creamos para promover la cooperación es absolutamente simple.

En primer término vinculamos el presente con el futuro (ignorando el pasado), luego felicitamos al cliente por lo que ya ha hecho de útil o bueno (o ambas cosas) para él, y a continuación (una vez que él sabe que estamos de su parte), podemos sugerir algo nuevo que él podría hacer y que es, o por lo menos podría ser, bueno para él.

[...] Es claro que la gente que visita a un terapeuta desea cambiar su situación. Pero sea lo que fuere que hayan hecho para lograr el cambio, no obtuvieron resultados. Han ido encerrándose en su propio camino, tal vez accidentalmente empeoraron, y han desarrollado pautas de conducta habitual poco afortunadas. En vista de esto, la idea que van a resistirse al cambio está por lo menos desorientada. De hecho, con este tipo de idea en su mente, el terapeuta puede realmente generar "resistencia" o no cooperación, cuando no directamente un conflicto. Es decir que las concepciones del terapeuta son capaces de producir profecías de autocumplimiento, con un desenlace infortunado."

(de Shazer, 1991, p. 32-34)

9. "Herramientas" básicas del terapeuta

La herramienta básica o concepto clave que impregna todo el trabajo ericksoniano, es el de la *utilización terapéutica*. (Zeig, 1992/1994)

Erickson describió el método de utilización terapéutica en la siguiente forma:

Los terapeutas que desean ayudar a sus pacientes, nunca debieran despreciar, condenar, o rechazar alguna parte de la conducta de ellos, debido a que es una obstrucción, irrazonable o incluso irracional. El comportamiento del paciente es parte del problema que traen a la consulta. Constituye el ambiente personal dentro del cual deberá efectuarse la terapia. Puede constituir la fuerza dominante en toda la relación paciente/doctor. De modo que cualquier cosa que el paciente traiga a la consulta es, en alguna forma, una parte de él y de su problema. El paciente debe ser visto con un ojo simpático, valorando la totalidad con la cual se confronta el terapeuta. Al hacerlo así, el terapeuta no debiera limitarse a una valoración de lo que es bueno y razonable, que aparece ofreciendo una base posible para los procedimientos terapéuticos. A veces, de hecho, muchas más veces de lo que es advertido, la terapia puede ser establecida con firmeza sobre una base sólida solamente a través de la utilización de las manifestaciones absurdas, irracionales y contradictorias. La dignidad profesional de uno no está implicada, pero la competencia profesional sí.

(Citado en Zeig, 1992/1994, p. 74)

Zeig (1992/1994, p. 74) ha definido a la utilización terapéutica como, "la disposición del terapeuta para responder estratégicamente a cualquiera y a todos los aspectos del paciente o el ambiente."

O'Hanlon (1989) ha descrito las siguientes pautas ericksonianas que están implicadas en la utilización terapéutica:

- (1) Utilización del lenguaje del cliente.
- (2) Utilización de las creencias y marcos de referencia del cliente.
- (3) Utilización de los intereses y motivaciones del cliente.
- (4) Utilización de la conducta presente.
- (5) Utilización de los síntomas.
- (6) Utilización de la "resistencia".

Para poder colocar en práctica este principio ericksoniano, es un requisito indispensable que el terapeuta desarrolle, a lo menos, dos habilidades fundamentales:

(1) *Flexibilidad*. La tarea de construir el vínculo terapéutico y la co-construcción de la terapia con el cliente, implican necesariamente que el terapeuta adapte sus comportamientos a los del cliente. Cómo cada paciente es único, deben construirse intervenciones que funcionen realmente para cada persona en particular, y que se adapten a su comportamiento actual y marco de referencia.

(2) *Desarrollo de la capacidad de observación*: Cuando se trabaja con técnicas no hipnóticas, o su extrapolación al trabajo estratégico no hipnótico, el terapeuta debe desarrollar una capacidad para observar, reforzar y utilizar las señales mínimas[4] que envía el cliente.

10. Modalidad de la terapia

Este es un enfoque versátil, cuyos principios básicos entregan pautas de trabajo para el terapeuta, más que un conjunto de técnicas rígidas adosadas a una teoría de la personalidad, la salud, la enfermedad y el cambio psicológico.

La versatilidad del enfoque permite que sea utilizado en la psicoterapia individual (desde niños hasta ancianos), la terapia de pareja y la terapia familiar estratégica.[5]

Aunque el trabajo de Erickson se desarrolló antes de la aplicación del pensamiento sistémico a la terapia familiar y la terapia estratégica, podría ser considerado como un terapeuta sistémico, cuyas intervenciones siempre consideraron el impacto del cambio individual en el sistema de interacciones significativas para el individuo.

Este tipo de enfoque y las técnicas utilizadas, dada su individualización, no se prestan para ser entregadas en el marco de un trabajo grupal. Existe un versión de la aplicación de técnicas hipnóticas en un marco grupal, la "hipnosis grupal"; pero en realidad no es un verdadero trabajo en terapia de grupo, puesto que se trabaja en forma individual en el ámbito de un grupo de personas que también están haciendo trabajo individual.

Este tipo de terapia es adecuado cuando se trabajan con un grupo de personas que presentan problemas similares (puede ser muy adecuado su uso en Psicología de la Salud, con el fin de abaratar los costos de las horas terapéuticas). En estos casos, las intervenciones se realizan usando un lenguaje muy general, tratando de abarcar la mayor cantidad de respuestas individuales posibles; pero esto, a la vez, le resta impacto terapéutico. (Klippstein, 1991)

11. Técnicas

El enfoque ericksoniano se caracteriza por utilizar estrategias terapéuticas para ser utilizadas en la sesión de terapia, y fuera de la sesión, entre sesiones.

Estas técnicas pueden ser hipnóticas o no hipnóticas. Ambos tipos de técnicas, como se dijo más arriba, comparten los mismos principios de la aplicación de técnicas hipnóticas.

Dada la diversidad de técnicas, aquí solamente se mencionarán, y se remite al lector a la lectura de las referencias bibliográficas de este artículo y la bibliografía sugerida al final.

a) Técnicas utilizadas *en* la sesión terapéutica:

(1) Trance hipnótico formal (es decir, se siguen ciertos procedimientos para la inducción de trance), en donde se utilizan los fenómenos hipnóticos clásicos (Pacheco, 1997; Rossi, 1986/1993; Yapko, 1999), o se utilizan estrategias para alterar la pauta del problema presentado (O'Hanlon, 1989).

(2) Hipnosis no formal (aunque se usan los mismos principios básicos que en los trances hipnóticos formales, lo que se busca especialmente es la disposición a atender del cliente), para entregar metáforas y anécdotas terapéuticas (Cade y O'Hanlon, 1995; Haley, 1990; Rosen, 1986)

(3) Uso de analogías (Cade y O'Hanlon, 1995)

(4) Reencuadre (Cade y O'Hanlon, 1995; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

(5) Estrategias como alentar la resistencia, advertir respecto a los peligros de la mejoría (cuando el paciente está cambiando muy rápidamente) y prescripción de recaídas. (Cade y O'Hanlon, 1995; Fisch, Weakland y Segal, 1984; Haley, 1980).

b) Técnicas utilizadas para ser efectuadas *entre* las sesiones de terapia:

(1) Tareas paradójicas (Cade y O'Hanlon, 1995; Fisch, Weakland y Segal, 1984; Haley, 1980, 1987; Lankton, 1988; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1976).

(2) Tareas para construir habilidades (Lankton, 1988).

(3) Tareas de función ambigua (Lankton, 1988).

12. Criterios de finalización de la terapia

Como se dijo más arriba, esta es una terapia que busca alcanzar metas co-construidas por el cliente y el terapeuta. Una vez que se alcanzan las metas, o porque el cliente se percata que ya no necesita más terapia, la terapia se da por finalizada.

Críticas al enfoque

Para finalizar este artículo, revisaremos algunas críticas que se hacen al enfoque y la discusión de Zeig (1990/1994) al respecto.

(1) Es un enfoque que promueve la *manipulación* de los clientes.

Zeig responde a esta crítica indicando que si se entiende a la comunicación como un proceso de *influencia* social entre los interactuantes

[6], entonces toda psicoterapia implica esa relación de influencia. Es imposible concebir a la psicoterapia como una relación igualitaria, puesto que los clientes pagan por los servicios del terapeuta, lo cual coloca a éste en una posición superior.

Reflexiona que toda terapia debiera ser como una intervención quirúrgica, en donde el terapeuta entra y sale de la vida del paciente tan rápido como sea posible.

(2) Es un enfoque *superficial*.

Aquellos que practican la terapia de larga duración critican a los métodos ericksonianos por ser "superficiales". En esta crítica se desliza un error de

análisis, puesto que el enfoque ericksoniano posee supuestos epistemológicos distintos a las terapias más tradicionales (terapias psicodinámicas).

El terapeuta ericksoniano supone que al trabajar con problemas específicos, esos cambios pueden reverberar saludablemente en otros aspectos de la vida del cliente, incluido su sistema social. ES un enfoque breve, al cual el paciente puede regresar intermitentemente a través de su vida para tratar otros asuntos específicos.

(3) Es un enfoque *no investigable*.

Lankton (1990/1994) indica que esta crítica se basa en los problemas que surgen cuando se aplican para el estudio de las técnicas ericksonianas los paradigmas de investigación que corresponden a una concepción epistemológica de la causalidad lineal.

Esos paradigmas de investigación se aplican con facilidad a los enfoques que son redundantes; en cambio presentan dificultades cuando se intentan aplicar a tratamientos individualizados. El enfoque estratégico ericksoniano intenta ser muy individualizado, y por lo tanto no se hacen aquellas cosas que facilitarían la aplicación de los paradigmas de investigación tradicionales (como la entrega de las técnicas en secuencias y contenidos estándares).

Zeig indica que Erickson realizó mucha investigación respecto a la naturaleza de la hipnosis y la psicoterapia[7]. Sin embargo, sus estudios eran más experimentos de campo antropológicos que el tipo de investigación empírica que ha predominado en la psicología contemporánea.

Referencias

- Cade, B. y O'Hanlon, W. (1995) *Guía breve de terapia breve*. Ed. Paidós, Barcelona
- de Shazer, S. (1991) *Claves para la solución en terapia breve*. Ed. Paidós, Barcelona

Erickson, M.H. (1980a/1994) Psicoterapia Hipnótica. En M. Pacheco (Comp.) *Hipnoterapia Ericksoniana: Nivel Avanzado. Co-creando un Contexto para el cambio. Lecturas adicionales.* Instituto Milton H. Erickson de Santiago, p. 10-29

Erickson, M.H. (1980b/1994) Los Prejuicios Limitantes de las "Escuelas" de Psicoterapia. En M. Pacheco (Comp.) *Hipnoterapia Ericksoniana: Nivel Avanzado. Co-creando un Contexto para el cambio. Lecturas adicionales.* Instituto Milton H. Erickson de Santiago, p. 3-7

Erickson, M.H. and Rossi, E.L. (1979) *Hypnotherapy: An exploratory casebook.* New York: Irvington

Erickson, M.H. and Rossi, E.L. (1980) The Indirects Forms of Suggestions. In E. Rossi (Ed.), *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis, Vol. 1.* New York: Irvington, p. 452-477

Fisch, R. (1982) Erickson's Impact of Brief Psychotherapy. In J. Zeig (Ed.), *Ericksonian Approaches to Hypnosis and Psychotherapy.* New York: Brunner/Mazel, p. 155-162

Fisch, R.; Weakland, J. y Segal, L. (1984) *La táctica del cambio. Cómo abreviar la terapia.* Ed. Herder, Barcelona

Haley, J. (1980) *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson, M.D.* Ed. Amorrortu, B. Aires

Haley, J. (1987) *Terapia de ordalía. Caminos inusuales para modificar la conducta.* Ed. Amorrortu, B. Aires

Klippstein, H. (Ed.) *Ericksonian Hypnotherapeutic Group Inductions.* New York: Brunner/Mazel

Lankton, C. (1988) Task Assignments: Logical and Otherwise. In J. Zeig and S. Lankton (Eds.), *Developing Ericksonian Therapy. State of the Art.* New York: Brunner/Mazel, p. 257-279

Lankton, S. (1990/1994) Terapia Estratégica Ericksoniana. En M. Pacheco (Comp.), *Ob cit.*, p. 116-121

Nardone, G. y Watzlawick, P. (1994) *El arte del cambio. Manual de terapia estratégica e hipnoterapia sin trance*. Ed. Herder, Barcelona

O'Hanlon, W. (1989) *Raíces Profundas. Principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton H. Erickson*. Ed. Paidós, B. Aires

Pacheco, M. (1997) La realidad de las realidades hipnóticas. *Revista Terapia Psicológica, Año XV, Vol VI(4), N° 28, 47-65*

Robles, T. (1991) *Terapia cortada a la medida. Un seminario ericksoniano con Jeffrey K. Zeig*. Instituto Milton H. Erickson de la Ciudad de México

Rosen, S. (1986) *Mi voz irá contigo. Los cuentos didácticos de Milton H. Erickson*. Ed. Paidós, B. Aires

Rosen, S. (1988/1994) ¿Qué hace tan efectiva a la hipnoterapia ericksoniana? En M. Pacheco (Comp.), *Ob. cit.*, p. 32-47

Rossi, E. (1986/1993) *The Psychobiology of Mind-Body Healing. New Concepts of Therapeutic Hypnosis*. Revised Edition. New York: Norton

Wittezaele, J. y García, T. (1994) *La Escuela de Palo Alto. Historia y evolución de las ideas esenciales*. Ed. Herder, Barcelona

Watzlawick, P. (1979) *¿Es real la realidad?* Ed. Herder, Barcelona

Watzlawick, P. (Comp.) (1988) *La realidad inventada. ¿Cómo sabemos lo que creemos saber?* Ed. Gedisa, B. Aires

Watzlawick, P.; Weakland, J. y Fisch, R. (1976) *Cambio*. Ed. Herder, Barcelona

Yapko, M. (1988) *When Living Hurts*. New York: Brunner/Mazel

Yapko, M. (1990) *Trancework*. New York: Brunner/Mazel

Yapko, M. (1998) Curso-Taller, "Hipnosis Aplicada a la Psicoterapia Orientada a la Solución", Instituto Milton H. Erickson de Santiago, mayo 15 y 16 de 1998

Yapko, M. (1999) *Lo esencial de la hipnosis*. Ed. Paidós, Barcelona

Zeig, J. (1987/1994) Pautas Terapéuticas de Influencia Comunicacional Ericksoniana. En M. Pacheco (Comp.), *Ob. cit.*, p. 48-67

Zeig, J. (1990/1994) Psicoterapia Ericksoniana. En M. Pacheco (Comp.), *Ob. cit.*, p. 24-29

Zeig, J. (1992/1990) Las Virtudes de Nuestros Defectos: Un Concepto Clave en la Terapia Ericksoniana. En M. Pacheco (Comp.), *Ob. cit.*, p. 68-86

[1] En este enfoque se entiende a la interacción hipnótica como un proceso por medio de la cual se busca influenciar la experiencia del cliente. Esta interacción puede ser definida formalmente como "hipnosis" (hipnosis formal), o el terapeuta aunque utiliza las pautas de inducción de un trance hipnótico, busca influenciar al paciente a través del uso de metáforas que atraen la atención del cliente (hipnosis "no formal").

[2] El estudio de la obra de Erickson y de su influencia en el desarrollo de la psicoterapia estratégica sistémica permite afirmar que fue Erickson quien inventó esta forma de hacer terapia.

[3] Watzlawick y Nardone se refieren (humorísticamente) a la definición etimológica de "hereje": "aquel que tiene posibilidad de elegir."

[4] Se entiende por "señales mínimas" a todos los comportamientos sutiles que envía el cliente: postura corporal, movimientos o falta de movimientos, estilo con el cual presta atención, cambios en la tonalidad de la voz, ritmo, ausencias notables (en el sentido de los "déficits experienciales" de Yapko), alteración de los reflejos, etc.

[5] De hecho, el enfoque terapéutico de Erickson influyó notablemente la concepción de la terapia estratégica sistémica de Palo Alto (Enfoque del *Mental Research Institute*, MRI) (Wittezaele y García, 1994)

[6] Véase, P. Watzlawick, J. Beavin y D. Jackson. (1981) *Teoría de la comunicación humana*. Ed. Herder, Barcelona

[7] Ernest L. Rossi (Ed.) (1980) *The Collected Papers of Milton H. Erickson on Hypnosis*. Vol 1: *The Nature of Hypnosis and Suggestion*, Vol. 2: *Hypnotic Alteration of Sensory, Perceptual and Psychophysiological Processes*, Vol. 3:

Hypnotic Investigation of Psychodynamic Processes, Vol. 4: Innovative

Hypnotherapy. New York: Irvington