

TERAPIA BREVE

Intervención clínica
desde el enfoque interaccional

Vicente Martínez Valdés



Índice

Introducción	11
La terapia breve	12
Terapias interaccionales	14
Estructura del libro	15
Capítulo 1. Breve desarrollo histórico de la terapia breve	17
El inicio	17
Milton H. Erickson	21
Gregory Bateson y el proyecto Bateson	28
El Instituto de Investigación Mental (MRI)	33
Jay Haley y la terapia estratégica	40
La terapia familiar estratégica de Cloé Madanes	44
Dos enfoques de la terapia estratégica	46
La terapia estratégica de Richard Rabkin	48
La terapia centrada en soluciones: el modelo de Milwaukee	51
Bill O'Hanlon y la terapia orientada a las soluciones o las posibilidades	57
La terapia narrativa	61
Terapia conductista	65
Las terapias cognitivas	68
Albert Ellis y la terapia racional emotiva conductual	69
Aaron Beck y la terapia cognitivo conductual	70
Las terapias de la tercera ola o tercera generación	74
La reducción del estrés basada en la atención plena	78
Terapia dialéctica conductual	80

La terapia de aceptación y compromiso	83
Activación conductual	87
Terapia cognitiva basada en <i>mindfulness</i>	88
Terapia basada en procesos	90
El arte y la creatividad en la terapia	92
El arte del impacto terapéutico efectivo de Jeffrey K. Zeig	95
La terapia creativa de Bradford y Hillary Keeney	99
Capítulo 2. El contacto inicial y la conducción del proceso terapéutico	111
El contacto inicial	111
La primera entrevista	117
Distinciones acerca de la presentación del problema	122
Presentación del problema	129
La evaluación	135
Fijación de los objetivos y la meta	145
Establecimiento del contrato evaluativo o terapéutico	147
Plan general de acción	150
Directivas o prescripciones	161
Conclusión de la primera entrevista	171
El informe sobre la tarea	171
Conclusión del tratamiento	172
Una reflexión	173
Capítulo 3. Intervenciones	175
La reestructuración	176
Prescripción del síntoma	179
Prescripción de comportamiento	181
Prescripción de una recaída	182
Principio de remanente sin solución o el resto irresuelto	183
Divulgar en lugar de ocultar	183
Ordalía	184
El chasquido	186
Tratamiento de las fobias	188
La pregunta del milagro	189
Metáforas	192
Analogías	198
El uso de las historias	201

Anécdotas	204
Rituales	206
Capítulo 4. Intervención en crisis, duelo y tanatología	219
Tipos de crisis	220
Evaluación	223
Etapas de las crisis	225
Técnicas de intervención en el estrés postraumático	226
Técnicas de relajación y reducción del estrés	231
Técnicas de respiración	231
Manejo de la conducta violenta	232
Ciclo vital familiar	234
Ritos de paso o rituales de transición	236
Los rituales familiares	239
Tanatología y duelo	240
Rituales terapéuticos de despedida	249
Situación actual en México	255
Capítulo 5. El modelo médico y la obcecación por las evidencias	257
Bibliografía	263
Anexo. El desarrollo de la terapia breve en México	277
La experiencia en Puebla	282
Otros pioneros de la terapia breve	286
Acerca del autor	287

Capítulo 1

Breve desarrollo histórico de la terapia breve

Nuestra disciplina nació cuando algunos terapeutas comenzaron a nombrar “terapia breve” a lo que ellos hacían. En esos tiempos, los especialistas que hacían terapia prolongada consideraban que la terapia breve era un esfuerzo somero e insustancial. Criticaban tanto los aspectos teóricos como prácticos de su aplicación, tildaban a las terapias breves de superficiales, inferiores y hasta peligrosas, o de estar destinadas a individuos que no eran lo bastante sanos para tolerar la “verdadera” terapia. Para estos profesionales la terapia breve constituía meramente un tratamiento sintomático y, por lo tanto, limitado, ya que era incapaz de llevar a cabo un cambio significativo. Si bien le iba, la consideraban un tratamiento de apoyo utilizado como recurso momentáneo o como una segunda alternativa cuando la terapia prolongada resultaba inasequible para el paciente por falta de tiempo, recursos económicos o incluso por las limitaciones psicológicas del paciente para ser tratado en forma. Al ser considerada como una terapia de apoyo o como una alternativa de segunda, en esos tiempos no tenía un nivel específico de intervención, estructura o definición, pero muchos terapeutas alrededor del mundo se dieron cuenta de la necesidad de diseñar técnicas específicas acordes con las necesidades planteadas por las personas que acuden en busca de ayuda y esta era una alternativa.

El inicio

Hace más de cien años que se utiliza la terapia breve. Tal vez fue a finales del siglo XIX cuando este tipo de terapia se comenzó a practicar y ense-

ñar. Esto se debió a que la gente de esa época era muy práctica y usaba el sentido común, de tal manera que comenzó a interesarse por la idea de que se puede cambiar y, por lo tanto, empezó a desarrollar algunos métodos de intervención para ayudar a sus pacientes en dicho cambio. Entre estos métodos surgió la hipnosis y uno de sus principales exponentes fue Hyppolyte-Marie Bernheim (1840-1919), quien comenzó a destacar entonces por curar a la gente de una manera muy rápida. Bernheim era un prestigioso profesor de medicina clínica de la Universidad de Nancy, Francia, y ferviente admirador del trabajo de Ambroise-Auguste Liébault (otro destacado hipnotista de la época algo mayor que él). Bernheim se empeñó en liberar el tema del hipnotismo del misterio que lo cubría y disipar las ideas acerca de los poderes hipnóticos especiales y las influencias magnéticas, producto de la herencia mesmeriana. Invitó al doctor Liébault a trasladarse a la ciudad de Nancy y juntos formaron la escuela de hipnotismo de Nancy, que en poco tiempo adquirió gran fama en el continente europeo y tuvo entre sus alumnos a Sigmund Freud, durante el año 1889.

Bernheim demostró que los pacientes eran susceptibles a la sugestión en estado de vigilia y que los resultados que se podían alcanzar con la hipnosis también se podían producir por medio de la sugestión en estado de vigilia; a esta forma de proceder los miembros de la escuela de Nancy le asignaron el nombre de psicoterapia. Bernheim propuso la teoría de que la histeria era de origen mental, subrayando los factores psicológicos como causantes de la enfermedad nerviosa, en una época en que predominaban las ideas organicistas de Jean Martin Charcot con respecto a la histeria. Según Kolb (1985), probablemente Bernheim fue el primero en aplicar el término psiconeurosis a la histeria y otros estados similares y, también, que para algunos autores su trabajo fue el primer esfuerzo para desarrollar una comprensión general de la conducta.

Como se sabe, la obra de Freud (1856-1939) evolucionó en diferentes etapas bien definidas. Sus teorías se modificaron y, por ende, sus métodos de tratamiento: desde el empleo de la sugestión hipnótica y el método de la hipnosis catártica, pasando por la sugestión en estado de vigilia, el empleo de la asociación libre, la interpretación de los sueños, el análisis de la transferencia y otros mecanismos (represión, censura, resistencia, etc.), hasta llegar a la psicología del yo. Freud era un gran experimentador y sometió cada una de sus formulaciones a la prueba de la experiencia. Irónicamente, el psicoanálisis que practicaban Freud y sus seguidores era más breve que los desarrollos posteriores realizados después de su muerte, salvo excepciones.

Fue Otto Rank (1884-1939) uno de los primeros alumnos de Freud, con quien trabajó alrededor de veinte años antes de distanciarse, al igual que lo hicieron otros de sus colegas y discípulos más cercanos, como Adler, Jung y Stekel, quien desarrolló un tipo de terapia en la cual el rol fundamental para el cambio del individuo era el consciente y la expresión del yo, postura que contradecía las teorías freudianas de esa época que ponían el énfasis en el inconsciente y en la represión.

Otro discípulo y amigo de Freud, Sandor Ferenczi (1873-1933), durante la década de 1920, realizó una gran cantidad de experimentos con el propósito de aislar los factores responsables de los resultados terapéuticos exitosos. Como producto de esta vasta exploración del empleo de la técnica psicoanalítica, llegó a la conclusión de que los terapeutas deberían adoptar una postura más activa y centrada en el conflicto, con la finalidad de obtener mejores resultados en sus tratamientos.

En 1922, Ferenczi trabajó con su colega más cercano, Otto Rank, en un nuevo concepto llamado “técnica activa”. Producto de esta colaboración publicaron en 1924 el libro *The Development of Psychoanalysis*. Tanto a Ferenczi como a Rank les preocupaba que la terapia a largo plazo pudiera reforzar los aspectos regresivos y sobredependientes de la personalidad del cliente y que el objetivo de la investigación psicoanalítica por medio de la exploración en profundidad de la psique del paciente pudiera, a veces, entrar en conflicto con el objetivo inmediato de abordar la dinámica anormal de la vida mental del paciente. Ferenczi estaba particularmente interesado en descubrir formas en las que se pudiera acelerar el proceso de curación sintomática. Ni él ni Rank rehuyeron la posibilidad de usar técnicas de otras modalidades terapéuticas (por ejemplo, hipnosis), si estas promovían su objetivo subyacente de mejorar la experiencia emocional curativa de la terapia psicodinámica. Fueron de los primeros en criticar la actitud analítica “clásica” que favorecía la introspección o *insight* y la comprensión teórica como el principal mecanismo del cambio terapéutico, y propusieron la “terapia activa” que enfatizaba la importancia de la experiencia emocional sobre el *insight* intelectual (Ferenczi y Rank, 2010). Varias de sus ideas fueron recuperadas más adelante por otros autores, como Michael Balint, Donald Winnicott y Jacques Lacan.

En la década de 1940 se produjo una fuerte demanda social para las psicoterapias. En Estados Unidos, después de la Segunda Guerra Mundial, el retorno de miles de militares provocó una creciente solicitud de atención psicológica que no podían cubrir los modelos de tratamiento dominantes,

todos de larga duración. Antes de la guerra, el tratamiento psicológico por lo general estaba destinado a ciertas clases privilegiadas que podían darse el lujo de pagar una consulta privada, dominada por los psicoanalistas y psiquiatras. En el período de la posguerra había muchos soldados que necesitaban atención psicoterapéutica para el manejo de las situaciones traumáticas vividas, así como sus secuelas físicas y mentales. Los modelos dominantes de terapia prolongada de esa época no resultaban útiles para responder a la gran cantidad de personas que requería atención psicoterapéutica. Esto llevó a que los psicólogos clínicos y trabajadores sociales clínicos fueran finalmente reconocidos como proveedores genuinos de psicoterapia en lugar de seguir siendo relegados a sus roles “auxiliares” como aplicadores de pruebas psicométricas y visitantes domiciliarios. El período de posguerra despertó el interés en los métodos de tratamiento breve y las terapias grupales. Pese a estos cambios, la terapia psicoanalítica continuó predominando, pero ahora acompañada de otros métodos de tratamiento que le empezaban a hacer sombra. Entonces, las intervenciones que habían alcanzado cierto éxito en un período corto de tiempo tomaron su lugar.

En 1946, Franz Alexander y Thomas Morton French publicaron el libro *Terapéutica psicoanalítica* (1965). En esta obra los autores revisan y actualizan muchas de las ideas de Ferenczi y Rank con respecto al uso de una mayor actividad del terapeuta y sugieren que la duración y frecuencia de las sesiones podría variar, tanto de un caso a otro, como durante el tratamiento con el mismo paciente, para evitar una dependencia excesiva que prolongue la terapia. Alexander, quien acuñó el concepto de “experiencia emocional correctiva”, escribió lo siguiente:

Reexponer al paciente, en circunstancias más favorables, a situaciones emocionales que no pudo resolver en el pasado. A fin de poder recibir ayuda aquel debe sufrir una experiencia emocional correctiva adecuada para reparar la influencia traumática de experiencias anteriores. Es de importancia secundaria si esta experiencia correctiva tiene lugar durante el tratamiento o en la vida diaria del paciente (Alexander, 1965, p.83).

Este concepto me parece muy importante y digno de tomarse en cuenta con relación al efecto modificador de la realidad que producen las llamadas “experiencias emocionales correctivas”, tanto en la vida cotidiana de las personas como en su empleo en la terapia, para producir un cambio de comportamiento. Al referirse al principio de flexibilidad, Alexander manifestó:

Mientras se consideraba el método psicoanalítico como un procedimiento único, el analista —tuviese o no conciencia de ello— seleccionaba su paciente para adaptarlo a su técnica; solo unos pocos trataban de adaptar el procedimiento a la diversidad de casos que encontraban [...] En toda la medicina existen muy pocos ejemplos en los cuales la herramienta terapéutica sea rígidamente fija y los pacientes deben conformarse a ella. La solución lógica de los problemas de la terapia es, por el contrario, la inversa. No solo sus afecciones difieren sobremanera: los pacientes mismos presentan numerosas diferencias físicas y psicológicas; en psicoterapia, como en toda terapia, el médico debe adaptar su técnica a las necesidades del paciente (1965, p.43).

Después de trabajar a lo largo de muchos años, Alexander descubrió que durante el transcurso del tratamiento terapéutico no solo no era necesario sino que resultaba prácticamente imposible evocar todos los sentimientos reprimidos, y reportó haber obtenido resultados terapéuticos satisfactorios en varios casos sin que mediara ni un solo recuerdo olvidado. También puntualizó que recordar, aunque importante, no es el único elemento empleado en la terapia (Alexander, 1965).

Como buen psicoanalista, aunque disidente, el propósito principal de Alexander era aprender cómo controlar y manejar la relación transferencial para alcanzar el objetivo específico y adaptarse a la psicodinámica particular de cada caso.

Milton H. Erickson

El psiquiatra y psicólogo Milton Hyland Erickson (1901-1980) fue uno de los primeros en proponer, antes de que mediara el siglo xx, que la terapia breve podía ser un enfoque primario y encaminó sus esfuerzos para lograr que esta se convirtiera en un tratamiento corto dentro de lo posible. Al mismo tiempo, la terapia psicoanalítica requería que la dinámica inconsciente se desplegara en el consultorio como resultado de una prolongada y ardua autoexploración del paciente, porque se asumía que la terapia de largo alcance era necesaria para producir un cambio.

Erickson, sin embargo, decía que “la forma de conseguir un cambio rápido consiste en proceder de manera lenta; por ejemplo: si consigues cambiar un segundo en un síntoma que se presenta 24 horas al día, has conseguido un gran cambio” (Erickson, citado por Haley, 1982, p. 23). “A menudo, por medio de la hipnosis, Erickson incrementaba un cambio de

un segundo en progresión geométrica (de uno a dos, de dos a cuatro y así sucesivamente). Un cambio pequeño inevitablemente conduce a uno más grande” (Haley, 1981, p. 171). Con el fin de describir la relevancia de los cambios pequeños, a Erickson le gustaba la metáfora de la bola de nieve rodando cuesta abajo en una montaña, que se hace más grande conforme gira. Cuando la bola comienza a rodar, el terapeuta simplemente debe apartarse del camino (O’Hanlon y Weiner-Davis, 1990, p. 52). Según Erickson:

se precisa cambiar la situación actual y una vez establecido tal cambio, por pequeño que sea, se precisan otros cambios menores y un efecto en bola de nieve de estos cambios menores conduce a otros más importantes, de acuerdo con las posibilidades del paciente. Que los cambios sean transitorios, permanentes o evolucionen hacia otros cambios es de vital importancia con respecto a toda comprensión del comportamiento humano, tanto con respecto a uno mismo como con respecto a los demás (Erickson, 1980a, p. 9).

Con referencia a las características distintivas del trabajo de Erickson, Jay Haley (1980a, pp. 25-26) escribió:

Primero trata de alcanzar una pequeña respuesta y luego construye sobre ella, ampliándola hasta lograr la meta [...] su consejo es que más bien se acepte lo que el sujeto ofrece y se amplie. Buscar un cambio pequeño y entonces ampliarlo es también una característica del trabajo de Erickson con familias. Si el cambio se produce en un área crucial, lo que parece poca cosa tal vez modifique todo el sistema. Erickson solía utilizar la analogía de un agujero en un dique, no es necesario un agujero muy grande para que a la postre se produzca un cambio en la estructura total del dique.

A mediados del siglo xx existían dos modelos predominantes: el psicoanálisis de Freud y la terapia centrada en el cliente de Rogers. En esa época el campo de la terapia no se enfocaba en el síntoma, se argüía que los síntomas no eran importantes y que el problema real se encontraba enraizado en la estructura del carácter y la personalidad. Como resultado de esta particular forma de pensar, los clínicos no solo no sabían cómo cambiar los síntomas sino que sostenían que no se debían cambiar. Erickson adoptó la postura contraria y centró su terapia específicamente en los síntomas, él creía que los síntomas indicaban un ajuste del paciente con respecto al entorno inmediato y que reflejaban la estructura de la personalidad del individuo

(Haley, 1982). Para Erickson se puede cambiar la estructura del carácter si se centra la terapia en los problemas específicos; pensaba que no se debían ignorar los síntomas sino, por el contrario, se deberían estudiar todos los detalles respecto a estos, como su frecuencia, intensidad, duración y cosas por el estilo. Entonces, quedaremos admirados de la manera en que el síntoma se encuentra implicado en todos los aspectos de la vida de las personas. Los terapeutas que ignoran los síntomas y dicen que no se debe intervenir en estos, nunca aprenderán a apreciar la complejidad de la conducta sintomática, pero tampoco a cambiar lo que el paciente quiere cambiar (Haley, 1982). Así que Erickson aprendió tanto como le fue posible acerca de los síntomas de los pacientes, para utilizarlos en forma ordenada, como puntos de palanca para el cambio sistémico (Haley, 1980a).

El método ericksoniano consiste en atraer y vincular cualquiera y todos los recursos del entorno, talentos del terapeuta y experiencia de la persona (paciente, cliente), con el propósito de obtener una resolución rápida del problema que se presenta. Para ello, se debe especificar claramente el proceso de la terapia a través de estrategias dirigidas a una meta, en donde el progreso hacia objetivos terapéuticos concretos se evalúa continuamente (Zeig, 1994).

En cuanto a su trabajo clínico con consultantes, Erickson acentuaba con rigor el intento de adaptación que representan los síntomas, libre de etiquetas peyorativas y de descripciones reificadas, y extraía deliberadamente las fuerzas psíquicas y de conducta que se podían generalizar. Creía que todos los pacientes estaban en lo fundamental sanos y eludía los enfoques terapéuticos basados en los conceptos de la psicopatología. Ponía el énfasis en lo positivo y propugnaba por la despatologización de los problemas (Haley, 1980a). De acuerdo con Erickson, las personas ya tienen, en sus propias experiencias e historias personales o provenientes de sus sistemas sociales, los recursos y las competencias necesarias para proceder a hacer los cambios que requieren (resolver problemas, superar dificultades, etc.), para llevar una vida satisfactoria. Su enfoque estaba dirigido a dilucidar los recursos con los que contaban las personas, para así crear un contexto que les posibilitara acceder a sus habilidades y recursos a los que no habían recurrido antes para resolver sus problemas.

Según O'Hanlon: "Erickson ve básicamente a los seres humanos como capaces por naturaleza de conservar y sostener su salud si se les permite. Corresponde esperar una conducta y un crecimiento normales; los síntomas y la patología son bloqueos en esa buena salud natural" (1993, p. 19).

A su vez, Haley (1981, p.152) menciona:

Cuando Erickson hablaba con la gente tendía a unirse a la persona con la que estaba hablando en el propio lenguaje de esa persona. Su estilo de terapia y enseñanza era conversar en el lenguaje de la otra persona y dentro de ese encuadre sugería nuevas ideas. Cada anécdota que empleaba estaba elaborada de tal manera que personas muy diferentes pensaron que estaba diseñada precisamente para ellas. Cuando uno le preguntaba sobre una teoría, la respuesta era a menudo un ejemplo de caso que correspondía a una metáfora con muchos referentes.

La visión de Erickson del “inconsciente” era opuesta a la visión psicodinámica de su época. En ese momento, la terapia de *insight* se basaba en la idea de que el inconsciente era un lugar lleno de fuerzas e ideas negativas que eran tan inaceptables que tenían que ser reprimidas. Erickson tomó el punto de vista opuesto y aceptó la idea de que el inconsciente era una fuerza positiva que contenía más sabiduría que el consciente. Si una persona simplemente dejara que su inconsciente operara, se encargaría de todo de una manera positiva. Erickson resaltó el hecho de confiar en el inconsciente y esperar que cumpla con el mayor bien. Una de las principales habilidades de Erickson era su capacidad para influir indirectamente en las personas, le gustaba realizar cambios en ellas fuera de su conciencia. Alguien que hablara con Erickson no podría estar seguro de si le estaba ofreciendo un consejo profesional o si estaba sugiriendo sutilmente un cambio para un problema personal no declarado. Una historia o un ejemplo de caso es una analogía que establece un paralelismo entre una situación y otra; mientras que el ejemplo del caso trazaría un paralelismo entre una técnica de terapia y un problema. También podría ser una analogía en relación con la persona con la que hablaba y aquella en el ejemplo del caso; así, contaría el mismo ejemplo de caso de diferentes maneras a distintas personas. Si bien lo esencial del caso era igual, lo que resaltaba en la compleja historia variaría con la analogía que comunicaba al oyente en particular (Haley, 1981, p.152). Su trabajo nos ofreció metáforas con muchos referentes, contadas con diferentes analogías, subrayadas de diferentes maneras según el receptor y variaban con el contexto social. De igual manera, cuando podía, enmarcaba sus acciones de manera paradójica.

Para Zeig (1992, p. 256) “la utilización es un principio central en la terapia ericksoniana, es un sello distintivo del enfoque ericksoniano”. Con-

siste en utilizar de forma terapéutica todo lo que la persona nos presenta en consulta (síntomas, lenguaje, creencias, valores, costumbres, gustos musicales, etc.), con el propósito de obtener un cambio. Zeig (1992, p.256) la definió como: “La disposición del terapeuta a responder estratégicamente a todos y cada uno de los aspectos del paciente y del entorno”. Erickson fue pionero en la idea de utilizar la resistencia, abogando para que los terapeutas aceptaran la conducta y le dieran imposiciones, antes que “analizarla”. Esta es la “terapia económica”, poco se desperdicia. Empleó otras estrategias de utilización tales como aprender a hablar el lenguaje de la persona, la prescripción del síntoma, animar a una recaída y otras más, todas las cuales se han convertido en sólidos pilares en el armamento de las terapias estratégica, interaccional, centrada en soluciones y otras relacionadas con estas.

Erickson también utilizaba las modalidades comunicacionales del consultante, es decir, utilizaba su estilo perceptivo, expresiones, tono de voz, modales, etc., para inducir el trance. Por supuesto, la utilización puede aplicarse también a la psicoterapia individual, de pareja o familiar; la red de relaciones y efectos sociales es una cosa que todas las personas traen a la terapia. En el enfoque ericksoniano, un terapeuta trabaja para obtener recursos de las personas que lo consultan, en lugar de programar sugerencias con autoridad para una persona que se supone pasiva. Zeig (1992, p. 260) señala que “las técnicas de utilización pueden extenderse desde la inducción hipnótica hasta la psicoterapia realizada sin una inducción formal”.

De acuerdo con Erickson (1980):

Los terapeutas que deseen ayudar a sus pacientes nunca deben despreciar, condenar o rechazar cualquier parte de la conducta del paciente simplemente porque sea obstructiva, irrazonable o incluso irracional. El comportamiento del paciente es parte del problema que se trajo al consultorio, constituye el entorno personal en el que debe surtir efecto la terapia; eso puede constituir la fuerza dominante en la relación total paciente-médico. Entonces, lo que sea que el paciente traiga al consultorio es, de alguna manera, parte de él y parte de su problema, el paciente debe verse con ojos comprensivos, valorando la totalidad a la que se enfrenta el terapeuta. Al hacerlo, los terapeutas no deben limitarse a una evaluación de lo que es bueno y razonable como una posible base para los procedimientos terapéuticos. A veces, de hecho, muchas más veces de las que se cree, la terapia puede establecerse firmemente sobre una base sólida solo mediante la utilización de tonterías, manifestaciones absurdas, irracionales y contradictorias. La dignidad profesional de uno no está involucrada, pero sí la competencia profesional (Erickson, 1980b, p. 213).

Señala Erickson (1980b, p. 155) que: “El reconocimiento y concesión a las necesidades de los sujetos y la utilización de su comportamiento [...] constituyen un simple aprecio de las condiciones existentes, basado en el pleno respeto de los sujetos como personalidades funcionales”. El terapeuta se basa en una gran experiencia que se puede utilizar para llegar a las personas. La utilización indica que el terapeuta es un participante activo en el proceso de cocreación del cambio basado en el consultante, es decir lo ayuda a percatarse de las virtudes de sus defectos (Zeig, 1992).

Erickson era además un observador extraordinario y podía casi leer la mente de una persona a partir de sus posturas y movimientos corporales. Puso gran énfasis en que el terapeuta fuera un observador agudo y trató la postura y el movimiento de respuesta como un lenguaje en sí mismo (Haley, 1981, p. 159). Le agradaba mejorar la capacidad de observación de los alumnos. Esperaba que un terapeuta fuera un observador agudo, pero más que eso esperaba una amplia gama de habilidades. Destacaba cómo un terapeuta usa su propio movimiento y postura para influir en el consultante. También aguardaba a que un terapeuta controlara su voz para que las palabras tuvieran un énfasis especial cuando se comunicaba una idea (Haley, 1981, p. 160). De igual manera, Erickson solía advertir a sus estudiantes sobre la importancia de utilizar el inconsciente del terapeuta. Hacía hincapié en el presente y no en el pasado, un inconsciente positivo y no uno negativo, un enfoque en la acción en lugar de desarrollar la percepción, y acentuaba las habilidades necesarias para resolver problemas en lugar de diagnosticar.

Sugería utilizar el patrón de respuesta y las capacidades de la persona en lugar de tratar de imponerle la comprensión limitada del terapeuta acerca de cómo y qué debe hacer. Las personas no son autómatas de las cuales se espera que ejecuten órdenes de acuerdo con el entendimiento del terapeuta con la exclusión del reconocimiento del sujeto como personalidad, con patrones individuales de respuesta y comportamiento (Erickson, 1980b). Se trata de encontrar a la persona en su propio mundo en vez de tratar de imponer elementos del mundo del terapeuta.

Muchos individuos, cuando escuchan el nombre de Milton Erickson, lo asocian con la hipnosis y es correcto, pero desconocen que solo una parte de su trabajo la dedicó a la hipnosis formal y la gran mayoría de las veces la empleaba de manera no formal, es decir, se valía de este recurso para usarlo en la psicoterapia, con el propósito de influir en los consultantes por medio del uso de las palabras, la inflexión de la voz, el ritmo, las pausas, los movimientos del cuerpo y otras maniobras. Creía firmemente que las

personas son modificables y las alentaba para que se volvieran más autónomas. Numerosas ideas de Erickson, incluido su interés en la función actual y el contexto social de los síntomas, ayudaron a estimular el desarrollo de la terapia familiar estratégica. El estilo de terapia, así como muchas de sus intervenciones específicas, están implícitos en el trabajo de varios terapeutas.

Fue una persona auténtica, una figura legendaria cuyo trabajo ha sido llamado acertadamente “terapia no convencional” (Haley, 1980a). Varios discípulos de Erickson han tratado de sistematizar sus contribuciones al tratamiento psicológico, entre ellos Rossi (Erickson y Rossi, 1976, 1979, 1981), Bandler y Grinder (1982), Gilligan (1987), Haley (1967, 1980a), Lankton y Lankton (1987), O’Hanlon (1993), Yapko (1984); Zeig (1985a), por mencionar algunos.

Tales sistematizaciones nos pueden orientar en algunas líneas del trabajo de Erickson; sin embargo, cualquier organización que se haga sobre su vasto trabajo siempre se quedará corta. Los trabajos de estos autores, al realizar una interpretación crítica del trabajo de Erickson —para extraer aprendizajes que puedan hacer más accesible su comprensión—, nos permite obtener un cuadro más completo de los enfoques y las técnicas ericksonianas.

Erickson era amante de los animales, amigo de los niños, confidente de adolescentes y adultos. Guardaba un profundo respeto por sus pacientes, por sus creencias, su integridad y por su capacidad para cambiar, por más crónicos o agudos que fueran sus problemas. Creó cientos de intervenciones brillantes e impredecibles, que incidieron considerablemente en el desarrollo de las terapias breves.

Murió el martes 25 de marzo de 1980 en Phoenix, Arizona, tenía 78 años. Su cuerpo fue cremado y sus cenizas se esparcieron en el Pico Squaw, en el desierto de Sonora, ubicado a unas millas al norte y noroeste del centro de Phoenix.

Soy consciente, por supuesto, de que aquí solo se ha presentado un parco resumen del trabajo realizado por Milton Erickson durante poco más de cuatro décadas, pero la intención es presentar a muy grandes rasgos la influencia que tuvo en el desarrollo de la terapia breve estratégica —impulsada por Jay Haley y Cloé Madanes—, la terapia breve interaccional —del grupo del Mental Research Institute (MRI) de Palo Alto—, la terapia centrada en las soluciones —aplicada por Steve de Shazer, Insoo Kim Berg y sus colaboradores— y la terapia orientada a las posibilidades —implementada, entre otros, por William H. O’Hanlon.

Gregory Bateson y el proyecto Bateson

La modificación epistemológica de la década de 1950 en psicología y psiquiatría, representada por la formulación interaccional sistémica, fue el producto de un intercambio de ideas de muchos pensadores pertenecientes a diferentes disciplinas científicas: la antropología con los estudios sobre comunicación realizados por Gregory Bateson (1904-1980); la cibernética y la física con las teorías de William Ross Ashby, Norbert Wiener, Warren McCulloch, Arturo Rosenblueth, Walter Pitts, Heinz von Foerster; las matemáticas con la teoría de Shannon, Weaver y otros más; así como el trabajo desarrollado por Milton H. Erickson en hipnosis y psicoterapia.

En 1948, Bateson aceptó la invitación de Jurgen Ruesch, un psiquiatra de origen suizo instalado en la clínica Langley Porter en San Francisco, California, para unirse a él y estudiar la comunicación humana en la psicoterapia. Este hecho constituyó el primer contacto formal de Bateson con la psiquiatría. Previamente, en 1940, él y Margaret Mead habían consultado a Milton Erickson con relación al estudio que estaban realizando acerca del trance en la cultura de los balineses.

Bateson y Ruesch se pasaron muchos meses discutiendo sobre epistemología, comunicación, prácticas culturales y otros temas, con el propósito de establecer las bases de un enfoque interaccional de la comunicación humana. Deseaban colmar una carencia de la psiquiatría. Producto de esta colaboración se publicó el libro *La comunicación: matriz social de la psiquiatría*, en 1951. Ambos trataron de crear una teoría unificada de la comunicación centrándose en los sistemas sociales más amplios, de los cuales tanto el psiquiatra como el paciente son parte integral. Poco tiempo después, Bateson dejó su trabajo en el nosocomio, donde no se sentía cómodo con las limitaciones y reglas que imponía la institución psiquiátrica.

En otoño de 1952, Bateson consiguió el apoyo económico de la Fundación Rockefeller para su proyecto de investigación sobre las paradojas de la abstracción en la comunicación. Para poner en marcha su proyecto invitó a su exdiscípulo en antropología John Weakland. Al siguiente año, 1953, contrató a Jay Haley, un joven estudiante de posgrado en comunicación de la Universidad de Stanford, para que trabajara con él y Weakland y luego incorporó a un joven psiquiatra, William F. Fry, con los cuales quedó completo el equipo. Fry dejó el proyecto en 1954 cuando fue reclutado para servir en la armada estadounidense y regresó en 1956 para continuar trabajando en el proyecto vigente (Lipset, 1991). La meta del proyecto era