Prefacio

¿El enfoque de terapia breve centrado en la solución no es un mero remiendo?

¿Cómo encajan los sentimientos de los pacientes en este modelo?

¿Este enfoque sirve realmente para adolescentes con problemas serios y crónicos?

¿Qué se hace cuando el enfoque no funciona?

Preguntas como estas, formuladas por colegas, participantes de grupos de trabajo y discípulos, me han impulsado durante años a buscar nuevas maneras de ampliar el modelo básico de terapia breve centrado en la solución y hacerlo más integrador, a fin de incluir los casos de adolescentes que han sido calificados de «difíciles», «rebeldes» y de «fracasos terapéuticos». La necesidad de escribir este libro surgió de mi deseo de dar respuesta a las preguntas señaladas y de ofrecer a los clínicos opciones terapéuticas útiles cuando no funciona el modelo básico de terapia breve centrado en la solución.

El libro se ocupa también de la improvisación y del juego terapéuticos en la terapia breve, un área relegada en la bibliografía sobre el tema. Considero que la terapia debe ser divertida, especialmente cuando se trata a adolescentes y sus familias. La creencia tradicional de que «la terapia es un asunto serio» es una idea errónea que ha perjudicado a los terapeutas. Por último, mi mayor deseo es que este libro brinde a los profesionales especializados en terapia breve una guía útil para la toma de decisiones terapéuticas, estimule el ingenio y la creatividad y proporcione los instrumentos necesarios para realizar un trabajo eficiente con los adolescentes difíciles y sus familias.

Resumen del libro

El libro está destinado específicamente a ofrecer a los terapeutas instrucciones prácticas para aplicar mi enfoque de terapia familiar breve centrado en la solución para adolescentes difíciles y sus familias. En el capítulo 1 se describe la evolución de este modelo de terapia breve, en especial la incorporación de ideas innovadoras provenientes del campo de la terapia familiar. El capítulo 2 presenta supuestos útiles sobre los adolescentes difíciles, sus familias y la terapia breve. En el capítulo 3 se analiza cómo cocrear un contexto para el cambio en la primera entrevista familiar. Se presentan diferentes categorías de preguntas y guías terapéuticas para el diseño, la selección y la instrumentación de la intervención.

Los capítulos 4 y 5 se ocupan de llenar dos importantes lagunas en la bibliografía sobre la terapia breve. El capítulo 4 presenta cinco estrategias eficaces y basadas en la experiencia para establecer una buena relación con adolescentes difíciles. En el capítulo 5 se analiza la eficacia terapéutica de la colaboración de profesionales auxiliares y de otras personas significativas en la organización de la ecología social del adolescente con problemas. En ambos capítulos se ofrecen ejemplos de casos.

En el capítulo 6 se presentan diversas estrategias para amplificar los cambios y consolidar los logros terapéuticos en la segunda sesión y en las subsiguientes. Se analizan la intervención sobre la pauta, la estrategia de tratamiento en equipo, las tareas terapéuticas centradas en la solución y otras opciones terapéuticas para casos difíciles.

El capítulo 7 se ocupa del grupo de padres centrado en la solución. Este grupo tiene por objetivo capitalizar las fuerzas y los recursos de los padres para ayudar a construir soluciones. Se ofrece una descripción de cada una de las sesiones.

Por último, en el capítulo 8 se resumen los temas más importantes del libro y se extraen algunas conclusiones con respecto al futuro.

Agradecimientos

Deseo agradecer a todas aquellas personas que han ejercido una influencia decisiva en mi desarrollo profesional y en las ideas analizadas en este libro. En primer término, estoy en deuda con Michele Weiner-Davis por mostrarme cuál es el camino que conduce más rápidamente al cambio. Una vez emprendido el camino recibí, como discípulo, enseñanzas valiosas de Eve Lipchik, Steve de Shazer e Insoo Berg, lo que me permitió adquirir mayor destreza como terapeuta especializado en terapia breve. Agradezco a Michael White y Michael Durrant el haber aprendido de ellos la eficaz estrategia de «externalizar el problema». Harry Goolishian (ya desaparecido) y Harlene Anderson me enseñaron la importancia de la historia familiar, el arte de colaborar con los auxiliares procedentes de sistemas más amplios y la poderosa herramienta terapéutica que constituye «el no saber». Para ellos, mi más profundo agradecimiento. Desde hace poco, he incorporado a mi trabajo clínico el útil e innovador enfoque de Tom Andersen basado en el equipo reflexivo. También quisiera agradecer al equipo clínico del Beech Grove Children's Centre de Kingston, Ontario, por proporcionarme un contexto de entrenamiento en donde conceptualizar y elaborar nuevas ideas terapéuticas. Por último, estoy en deuda con mi amigo y colega Tom Todd, quien no ha dejado de brindarme estímulo y apoyo a lo largo de estos años.

Hay un gran número de personas que han sido claves y en parte responsables de la aparición de este libro. Gracias a Sharon Panulla, de The Guilford Press, tuve la maravillosa oportunidad de publicar mis ideas. Me siento en deuda con Don Efron por sus comentarios útiles sobre la edición y por las sugerencias

aportadas durante la lectura del manuscrito. Patricia Talamo, brillante reportera del tribunal de menores, tuvo a su cargo la hercúlea tarea de transcribir las videocintas de los ejemplos de casos que aparecen en el presente volumen. Vivian Sena y Sandra Biles, del Robinson's Office Services, merecen medallas de oro por haber mecanografiado el manuscrito con paciencia, esmero y buen ánimo. Finalmente y por sobre todo, le doy las gracias a mi querida esposa Asa por haberme asistido con infinita, paciencia durante el arduo proceso de escribir este libro.

1. La evolución de un modelo de terapia breve para adolescentes con problemas

Terapeuta: ¿Qué les gustaría cambiar hoy?
Madre: Jennifer se está arrancando el cabello de nuevo. El médico de la familia dice que se trata de una tricotilomanía, o algo así.
Jennifer: Sí, es una mala costumbre que tengo desde hace tiempo.
M: Es cierto, no deja de arrancarse el cabello desde hace cuatro años.
T: Tengo una curiosidad: ¿qué sucede cuando no incurres en esa mala costumbre? ¿Qué haces en su lugar?
J: Bueno, escucho a los Guns and Roses, hablo con mi amiga Linda o hago la tarea.
T: ¡¿Cómo se te ocurrieron tan buenas ideas para resistirte a esa «mala costumbre»?!
J: Bueno, los Guns and Roses me ayudan a relajarme. A Linda y a mí nos gusta charlar sobre los muchachos guapos de la escuela. Es como si mantenerme ocupada me sirviera mucho.
T: Jennifer, ¿hay algo que hace tu madre y que te ayuda a luchar contra la «mala costumbre»?
J: Sí, hay noches en que hablamos de muchachos, de cuando ella tenía mi edad... A veces me deja alquilar un vídeo y lo vemos juntas, y eso también me tranquiliza.[1]

Muchos terapeutas considerarían el problema de Jennifer alarmante y muy difícil de tratar. Antes de la primera sesión

1 A fin de proteger la intimidad de los pacientes, los nombres y datos de los mismos han sido modificados en los ejemplos de casos descritos en este libro.

familiar, la persona encargada de atender a los nuevos pacientes averiguó por su madre que Jennifer ya había estado tres veces en terapia debido a su «compulsión a arrancarse el cabello». Uno de los terapeutas anteriores había sido un psiquiatra que le diagnosticó un trastorno compulsivo obsesivo. A pesar del carácter crónico del problema de Jennifer, yo creía firmemente que ella y su madre contaban con las fuerzas y los recursos necesarios para cambiar. Me centré en la descripción que había dado Jennifer de su problema: una «mala costumbre» externalizada en un síntoma opresivo (White y Epston, 1990) que había estado mortificando tanto a la madre como a Jennifer durante cierto tiempo. Esto abrió muchas más vías para el cambio que las etiquetas «trastorno compulsivo obsesivo» y «tricotilomanía», que habían puesto los médicos. Finalmente, les pregunté qué estaban haciendo para evitar que la «mala costumbre» las atormentara. Esa línea de interrogatorio surgió de la «conversación sobre el cambio» de la familia (Gingerich, de Shazer y Weiner-Davis, 1988), es decir, de las estrategias efectivas para manejar y resolver el problema que podían servir para la construcción conjunta de la solución.

El enfoque basado en la salud de la familia que yo estaba usando es mi enfoque de terapia familiar breve centrado en la solución, que a su vez es una ampliación del modelo de terapia breve centrado en la solución elaborado por O'Hanlon y Weiner-Davis (1989). Curiosamente, el modelo básico de terapia breve centrado en la solución ha recibido poca atención en la bibliografía sobre terapia breve y familiar como modelo útil de tratamiento para grupos de adolescentes con problemas o difíciles, tales como delincuentes, automutiladores, drogadictos, adolescentes violentos, con trastornos de la alimentación, con problemas escolares y con depresión (Berg y Gallagher, 1991; Selekman, 1989a, 1989b, 1991b). En este capítulo ofreceré un panorama teórico sobre el modelo de terapia breve centrado en la solución, describiré las cuatro formas en las que he ampliado el modelo a fin de hacerlo más integral y eficaz para adolescentes con problemas y sus familias y reflexionaré sobre algunos temas comunes a estos casos.

Influencias teóricas

El enfoque de terapia breve centrado en la solución fue desarrollado por William H. O'Hanlon y Michele Weiner-Davis (O'Hanlon, 1987; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Weiner-Davis, 1992). El modelo se basa principalmente en las ideas terapéuticas del brillante hipnoterapeuta Milton H. Erickson (Erickson, 1954, 1964; Erickson y Rossi, 1983; Erickson, Rossi y Rossi, 1976; Rosen, 1982), en el enfoque de terapia breve centrado en la solución elaborado por Steve de Shazer y sus colegas (de Shazer, 1982, 1984, 1985, 1988, 1991; de Shazer *et al.,* 1986; Gingerich y de Shazer, 1991; Gingerich *et al.,* 1988; Lipchik, 1988; Lipchik y de Shazer, 1986; Weiner-Davis, de Shazer y Gingerich, 1987) y en el enfoque de terapia breve centrado en el problema desarrollado por los teóricos del Mental Research Institute (MRI, Instituto de Investigaciones Mentales) (Fisch, Weakland y Segal, 1982; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974).

Milton H. Erickson: el padre de la terapia breve

Los aportes de Erickson a la hipnosis, a la terapia breve y a la terapia familiar son numerosos. Mucho tiempo después de su muerte, su genio creador y su magia terapéutica continúan ejerciendo una gran influencia en los terapeutas de todo el mundo. Dos de las intervenciones terapéuticas más importantes de Erickson son la estrategia de la utilización (Erickson y Rossi, 1983; Gordon y Meyers-Anderson,1981; O'Hanlon, 1987) y la «pseudoorientación temporal» (Erickson, 1954).

Erickson sostenía que era fundamental que los terapeutas capitalizaran todo lo que los pacientes llevaban a la terapia: su lenguaje, sus creencias, sus fuerzas y recursos, su sentido del humor y sus conductas no verbales. Luego utilizaba esos atributos en las entrevistas y en la construcción de las tareas terapéuticas.

Mediante la técnica de la «pseudoorientación temporal» (Erickson, 1954), Erickson ponía en trance al paciente y luego lo ayudaba a crear una distorsión del sentido del tiempo. Esto

preparaba el camino para que el paciente retrocediera y avanzara en el tiempo. Una vez que el paciente estaba entrenado en la distorsión temporal, Erickson lo ayudaba a dominar la capacidad de amnesia y lo trasladaba a un momento del futuro en el que el paciente había resuelto con éxito el problema que lo aquejaba en el presente. Erickson le pedía al paciente que visualizara un encuentro con él en ese futuro imaginario y le contara cómo había solucionado el problema. Luego de este paso, hacía que el paciente olvidara la experiencia y concluía la terapia (O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989).

Además de la «utilización» y la «pseudoorientación temporal», Erickson inyectó un elemento de sorpresa, de diversión y de humor en su trabajo terapéutico. Una vez dijo: «A todo niño le gustan las sorpresas» (Rosen, 1982). Erickson tenía una capacidad asombrosa para hacer aflorar al niño juguetón en sus pacientes, atraer su interés e inducirlos al cambio. Creía que los terapeutas debían «desparramar humor por todas partes» con los pacientes (Rosen, 1982). Tenía el talento de encontrar aspectos cómicos en cualquiera de los problemas que le presentaban. Consideraba que el humor poseía un tremendo poder curativo. Para Erickson el humor era capaz de arrancar la espina de cualquier situación dolorosa y de darles a los pacientes el coraje de arriesgarse y cambiar.

Erickson era un narrador de cuentos magistral. Sus historias incorporaban el humor y la metáfora, e incluían instrucciones, información interesante y el tema de la búsqueda. Los cuentos de Erickson proporcionaban un conducto directo al inconsciente del paciente, modificaban con éxito creencias obsoletas y creaban nuevas posibilidades para el paciente.

En la práctica clínica empleo a menudo metáforas y cuentos para influir de forma indirecta en la conducta y el pensamiento inconducentes de los adolescentes. Además de contarles mis propios conflictos juveniles, me gusta relatar cuentos de los aborígenes estadounidenses, pues les ofrecen sabiduría y enseñanzas valiosas. Una vez trabajé con un muchacho de 16 años muy rebelde, que se negaba a seguir las reglas parentales y a cooperar

en las tareas del hogar, y que prácticamente se había declarado en huelga como miembro de la familia durante un año. Antes de verme, había estado internado dos meses en un hospital psiquiátrico y, como paciente externo, había tenido tres experiencias terapéuticas infructuosas con psicólogos. Cuando se le preguntaba qué deseaba de sus padres, el joven respondía: «una chaqueta de cuero negro». Según sus padres, hacía un año que el hijo estaba obsesionado con una chaqueta de cuero negro que ellos no le compraban. Después de tres sesiones de familia, los padres realizaron algunos cambios importantes; sin embargo, el hijo seguía obsesionado con la chaqueta de cuero negro y no obedecía las reglas. En la cuarta sesión familiar, durante el tiempo de sesión individual con el joven, le conté la siguiente fábula sobre «cómo llega la sabiduría», tal como fue relatada originariamente por la anciana india *hoh* Leila Fisher (Wall y Arden, 1990: 74-75)

> Había una vez un hombre, que era el cartero de la reservación, que oyó a algunos de los Mayores hablar sobre objetos recibidos que otorgaban un gran poder. Él no sabía mucho acerca de esas cosas, pero pensó que sería maravilloso recibir un objeto que solo podía ser concedido por el Creador. En particular, escuchó de los Mayores que el objeto más excelso que una persona podía recibir era una pluma de águila. Decidió que debía tener una. Si podía recibir una pluma de águila, poseería todo el poder, la sabiduría y el prestigio que deseaba. Pero también supo que no podía comprarla. Tenía que llegarle por la voluntad del Creador. Día tras día, salía a buscar una pluma de águila. Creía que para encontrarla solo debía mantener los ojos abiertos. Llegó un momento en que no pensaba en otra cosa. La pluma de águila ocupaba sus pensamientos desde el amanecer hasta el ocaso. Pasaron semanas, meses, años. Todos los días el cartero hacía sus rondas, buscando afanosamente la pluma de águila. No prestaba atención ni a su familia ni a sus amigos. Mantenía la mente fija en la pluma de águila. Pero nunca la encontraba. Comenzó a envejecer, y la pluma no aparecía. Finalmente, se dio cuenta de que por mucho que buscara, no

> estaba más cerca de hallar la pluma de lo que había estado el día que inició la búsqueda. Un día decidió tomar un descanso al costado del camino. Salió de su pequeño jeep y tuvo una charla con el Creador. Dijo: «Estoy muy cansado de buscar la pluma de águila. Pasé toda mi vida pensando en ella. Apenas me ocupé de mi familia y de mis amigos. Lo único que me preocupó fue la pluma y ahora la vida me ha pasado de largo. Me perdí muchas cosas buenas. Bien, abandono la lucha. Dejaré de buscar la pluma y comenzaré a vivir. Quizá todavía tenga tiempo para recuperar a mi familia y a mis amigos. Perdóname por el modo como conduje mi vida». Entonces (y solo entonces) lo inundó una gran paz. De repente, se sintió mejor interiormente de lo que se había sentido en todos esos años. Tan pronto como terminó de hablar con el Creador y comenzó a caminar en dirección al jeep, lo sorprendió una sombra que pasó por encima de él. Miró al cielo y vio, en lo alto, un gran pájaro volando. Al instante, desapareció. Luego vio algo que descendía flotando suavemente en la brisa: una hermosa pluma. ¡Era su pluma de águila! Se dio cuenta de que la pluma había aparecido inmediatamente después de que abandonara la búsqueda e hiciera las paces con el Creador. Ahora el cartero es una persona distinta. La gente acude a él en busca de sabiduría y él comparte con ellos todo lo que sabe. Si bien ahora posee el poder y el prestigio que tanto anhelaba, ya no le interesan esas cosas. Se preocupa por los demás y no por sí mismo. Ahora sabes cómo llega la sabiduría.

Luego de relatarle a mi joven paciente este maravilloso cuento indio, que en muchos sentidos reflejaba su situación, su conducta dio un giro de 180 grados. Una semana más tarde, los padres informaron de que su hijo había recuperado milagrosamente su «antiguo yo». Interactuaba con los miembros de la familia, obedecía las reglas de los padres y hacía sus tareas. Jamás volvió a mencionar la «chaqueta de cuero negro». La familia y yo acordamos finalizar la terapia luego de un receso terapéutico de dos semanas debido al notorio progreso del paciente.

La terapia breve centrada en la solución

El modelo de terapia breve centrado en la solución fue elaborado por Steve de Shazer y sus colegas del Centro de Terapia Familiar Breve de Milwaukee, Wisconsin (de Shazer, 1985, 1988, 1991; de Shazer *et al.*, 1986, Gingerich y de Shazer, 1991; Gingerich *et al.*,1988; Lipchik, 1988; Lipchik y de Shazer, 1986; Weiner-Davis *et al.,* 1987). El modelo está muy influido por el trabajo clínico de Erickson y por las ideas teóricas de Gregory Bateson. De Shazer y sus colegas construyeron el modelo a partir del supuesto básico de que todos los pacientes cuentan con fuerzas y recursos para cambiar y de la idea de que ningún problema sucede todo el tiempo, es decir, de que hay excepciones a la regla. Capitalizando las fuerzas y los recursos de los pacientes y haciéndolos participar en «conversaciones sobre el cambio» (Gingerich *et al.,* 1988), de Shazer y su equipo descubrieron que este tipo de actividad terapéutica producía cambios rápidos en las creencias y conductas de los pacientes. Como Erickson, de Shazer y sus colegas utilizaron el futuro para coconstruir soluciones hipotéticas con los pacientes. De Shazer desarrolló la intervención de la «pseudoorientación temporal» de Erickson mediante el uso de una bola de cristal imaginaria (de Shazer, 1985) y por último formuló su pregunta terapéutica más famosa y eficaz: la «pregunta por el milagro» (de Shazer, 1988: 5). Se le pregunta lo siguiente al paciente:

> Supongamos que una noche, mientras duerme, se produce un milagro y su problema se soluciona. ¿Cómo se daría cuenta? ¿Qué sería diferente?

A menudo los milagros que mencionan los pacientes son comportamientos que ya tienen o pueden tener. La pregunta por el milagro con frecuencia genera excepciones útiles y permite establecer los objetivos del tratamiento. Según de Shazer (1990), si el paciente puede imaginar una realidad futura sin problemas, de hecho no tiene ningún problema.

De Shazer y sus colegas han ideado diversas tareas terapéuticas eficaces que se adaptan cuidadosamente a las pautas

peculiares de respuesta cooperativa que manifiestan los pacientes. Por ejemplo, a un paciente que se expresa con vaguedad, de Shazer seguramente le asignaría una tarea igualmente vaga, como la «tarea formalizada de la primera sesión» (de Shazer, 1985: 137), que consiste en lo siguiente:

> Entre este momento y la próxima vez que nos veamos, me gustaría que observara qué cosa sucede en su familia que usted desea que siga sucediendo.

En mi trabajo clínico, he descubierto que aproximadamente el 90 por ciento de los pacientes han mencionado por lo menos dos o más excepciones importantes en la segunda sesión tras habérseles asignado la tarea formalizada de la primera sesión.

Otras dos tareas terapéuticas eficaces son la «tarea de la predicción» (de Shazer, 1988) y, más recientemente, la tarea de «simular que se produjo el milagro» (de Shazer, 1991). La tarea de predicción es particularmente útil cuando las excepciones ocurren espontáneamente y el paciente no puede explicar su aparición. Por ejemplo, se les pide por separado a un adolescente deprimido y a sus padres que predigan la noche anterior si el día siguiente será un «buen día» y que al valorar el día siguiente traten de explicar por qué fue un «buen día». Según de Shazer (1988: 184), «las tareas de predicción se basan en la idea de que es más probable que suceda lo que uno espera una vez que se ha puesto en marcha el proceso que conduce a ello». La tarea de «simular que se produjo el milagro» puede emplearse cuando el paciente no puede identificar fácilmente excepciones significativas (de Shazer, 1991; Gingerich y de Shazer, 1991). El siguiente ejemplo de caso demuestra la utilidad de dicha tarea terapéutica:

> George fue enviado a terapia porque peleaba constantemente con su madre y se negaba a hacer las «tareas domésticas». Según el joven, su madre lo retaba todo el tiempo. Luego de algunas de esas «grandes riñas», George había agujereado la pared de su

cuarto a golpes. Con el fin de alejar a la familia de la conversación sobre el problema, les formulé la pregunta por el milagro. Para la madre el milagro consistía en que George «sacara la basura», «ordenara su cuarto», «pusiera la ropa sucia en el cesto» y que no la hostigara. Para George el milagro consistía en que su madre no protestara más, que le permitiera estar más tiempo fuera de la casa y con los amigos, y que cocinara algunos de sus «viejos platos favoritos», por ejemplo, pollo frito. En la última parte de la sesión, hablé a solas con George y le encargué la tarea de elegir dos días de la semana siguiente, en los que debía simular que asumía las conductas que su madre consideraba milagrosas y tratar así de «sorprenderla». Se le indicó que no le dijera a su madre cuáles eran los días en los que simulaba, pero que observara si había diferencias en la reacción de esta. Al final de la sesión se le pidió a la madre que fuera una especie de Sherlock Holmes y tratara de detectar cuáles eran los días en que su hijo simulaba. Una semana más tarde, George y su madre llegaron a la sesión como si fueran una nueva familia. El primer comentario de la madre fue: «Este no es mi hijo». Al parecer, George se había comportado «milagrosamente toda la semana». Había sacado la basura, limpiado su cuarto y no habían reñido durante toda la semana. La madre estaba tan contenta por el progreso de George que le había permitido «permanecer hasta altas horas de la noche fuera de casa durante el fin de semana» y en una ocasión le había cocinado pollo frito para la cena. Pasé toda la segunda entrevista amplificando las diversas excepciones que habían ocurrido y les di tres semanas de vacaciones de la terapia como un voto de confianza. Se los instruyó para que, durante las vacaciones, observaran qué cosas estaban funcionando dentro de la relación a fin de que al volver me pusieran al tanto de los nuevos progresos. La terapia concluyó después de la tercera sesión.

En el resto del libro se describirán otras tareas terapéuticas útiles centradas en la solución. En el capítulo 3, analizaré con más detalle la pregunta por el milagro y otras preguntas terapéuticas que pueden abrir un espacio para que los pacientes consideren sus

situaciones problemáticas de una manera diferente, contribuir a generar excepciones y ayudar a los pacientes a establecer objetivos de tratamiento precisos y realistas.

El *MRI* y la terapia breve centrada en el problema

El modelo de terapia breve centrado en el problema fue elaborado por Weakland, Jackson, Watzlawick y Fisch en el MRI, en Palo Alto, California (Fisch *et al.,* 1982; Watzlawick, Beavin y Jackson, 1967; Watzlawick *et al.,* 1974). Al igual que el grupo de terapia breve centrado en la solución, los teóricos del MRI estuvieron muy influidos por las ideas de Erickson y Bateson. Los teóricos del MRI construyeron su enfoque alrededor del supuesto básico de que el problema es la solución intentada por el paciente (Watzlawick *et al.,* 1974). Los miembros de la familia están «pegados» a una visión particular del paciente y enganchados en la misma danza interactiva que mantiene el problema vigente. Para los teóricos del MRI, los blancos principales de la intervención son el sistema de creencias de la familia o su «posición» (Fisch *et al.,*1982) respecto del problema y las pautas que mantienen el problema.

Los teóricos del MRI han ideado algunas tareas terapéuticas que son muy útiles para adolescentes difíciles. Una intervención del MRI que se usa como último recurso y con la cual tuve mucho éxito es el «sabotaje benevolente» (Watzlawick *et al.,* 1974). Esta tarea es especialmente útil para adolescentes muy rebeldes y propensos a las actuaciones, que tienen dominada a la familia y no responden bien al enfoque de terapia breve centrado en la solución. Cuanto más se esfuerzan los padres por ejercer su poder y autoridad sobre el adolescente, más se rebela este. Se instruye a los padres para que simulen debilidad ante el joven y que no son «ellos mismos últimamente». Por ejemplo, la madre puede poner sal en lugar de azúcar en la masa mientras prepara el pastel favorito de su hijo, o el padre cerrar con llave la casa por la noche y dejar accidentalmente la cadena puesta. Al ser encarados por el hijo se limitarán a decir: «Últimamente no soy yo mismo». Muy pronto el joven aprenderá que es imposible rebe-

larse contra padres débiles (Watzlawick *et al.,* 1974). El siguiente ejemplo, el caso de una jovencita de 15 años de edad y su madre, ilustra la utilidad de esta estrategia terapéutica.

> Louise, una madre soltera, trajo a Mandy a mi consultorio luego de que esta recibiera el alta de un programa psiquiátrico de internación para adolescentes. Mandy había estado en el hospital durante seis semanas por fugas frecuentes, inasistencia a clases, violación de las reglas parentales y abuso de drogas múltiples. Antes de la internación, Mandy y su madre habían tenido siete experiencias terapéuticas infructuosas debido a los mismos problemas. Si bien Mandy vino a la primera sesión familiar, habló muy poco durante la entrevista. Louise pasó la mayor parte de la sesión hablando de los problemas y de todas las soluciones que intentó sin éxito. Mi esfuerzo por hacer que madre e hija identificaran las excepciones fue inútil. Ningún miembro de la familia podía imaginar cambios de conducta milagrosos en el futuro. Cuando me uní al pesimismo de la familia y pregunté cómo habían evitado que las cosas empeoraran, la madre respondió: «Tarde o temprano, algo terrible le sucederá a Mandy». Pasé el tiempo dedicado a la sesión individual con ambas. Louise accedió a experimentar con una tarea de observación (Molnar y de Shazer, 1987) para ayudarnos a identificar algunas pautas de excepción y hacer algo distinto por Mandy. Mandy me aclaró que ella «odiaba a los terapeutas» y que no «volvería a verme». Durante la segunda, tercera y cuarta sesión estuve solo con Louise. Mandy se había negado a concurrir a más entrevistas. En ese momento, Louise se sentía totalmente frustrada y dispuesta a tirar la toalla con la terapia. Decidí abandonar mi enfoque básico centrado en la solución y le propuse a Louise, como último intento, la tarea del sabotaje benevolente (Watzlawick *et al.,* 1974). Para mi sorpresa, Louise estaba absolutamente dispuesta a probar una nueva tarea terapéutica.
>
> Durante la semana siguiente, Louise representó, en una actuación digna de un Óscar, a una «madre deprimida dispuesta a abandonar su papel de madre». En efecto, su actuación fue tan lograda que la conducta de Mandy cambió notablemente. Según Louise,