

PODER, AUTORIDAD Y RELACIÓN TERAPÉUTICA

José E. Roguez Otero
jos_edu_rod@yahoo.es

This article explores the concept, from a historical and multidisciplinary perspective, of power and authority, and the relationship with the development of the therapeutic relationship in health-care in general and Mental Health in particular. A good working relationship facilitates compliance, reduces the risk of relapse, the severity of them and improves psychosocial functioning. To achieve this it is necessary to prevent the rejection of professional power, and increase, from the user's point of view, the prestige and authority associated with their knowledge and their professional work.

Keywords: Therapeutic alliance. Authority. Power. Therapeutic relationship.

INTRODUCCIÓN

Los trabajadores de las instituciones sanitarias están investidos por el poder proveniente de las mismas. Este poder otorga capacidad para decidir sobre cuestiones referidas a tratamientos, periodos de convalecencia, fechas de altas, acceso a pruebas complementarias o regímenes terapéuticos entre otras cuestiones.

En épocas anteriores, a ese poder se le añadía una autoridad relativa a su conocimiento especializado. Diversas instituciones, entre ellas las sanitarias, gozaban de un prestigio, el cual se transmitía al personal vinculado a la misma. El estatus de autoridad facilitaba el trato con el usuario y promovía un adecuado cumplimiento terapéutico. El final del siglo XX y el comienzo del XXI viven unas corrientes ideológicas, políticas, sociales y culturales que facilitan el desprestigio de las instituciones. Esto conlleva que el sujeto perteneciente a las mismas no se beneficie, en términos de autoridad, de su pertenencia a ellas y que el estatus de competencia y prestigio se base principalmente en sus actuaciones personales o a lo comentado respecto a las mismas. Este cambio configura una nueva relación profesional – usuario en la que nada se da por supuesto.

La relación terapéutica en el ámbito sanitario, se ve claramente afectada por esta nueva configuración social. El uso inadecuado del poder o el bajo o nulo estatus de autoridad, siempre desde el punto de vista del usuario, dificultará la creación de

la alianza terapéutica necesaria para el logro de los objetivos rehabilitadores.

Esto afecta con mayor claridad en el campo de la Salud Mental, donde priman las patologías con escasa conciencia de problema (o de posibilidades de un mejor estado de salud). Lo que facilita, desde el punto de vista del usuario, una reducción de la autoridad estimada en los profesionales o una percepción de un uso inadecuado del poder que le transfiere las instituciones sanitarias y, con ello, una relación terapéutica inefectiva, que se asocia a mayores tasas de incumplimiento terapéutico, recaídas, gravedad de las mismas y un peor rendimiento psicosocial entre los episodios.

PODER

Definición de poder y potestas

El poder es un concepto definido repetidamente por las diferentes disciplinas interesadas en su estudio. Así el derecho, las ciencias políticas, la sociología y la psicología, por ejemplo, han aportado diferentes puntos de vista para delimitar o ampliar este concepto. La Real Academia Española [RAE] (2001) define seis aplicaciones de este término.

1. m. Dominio, imperio, facultad y jurisdicción que alguien tiene para mandar o ejecutar algo.
2. m. Gobierno de un país.
3. m. Acto o instrumento en que consta la facultad que alguien da a otra persona para que en lugar suyo y representándole pueda ejecutar algo. U. m. en pl.
4. m. Posesión actual o tenencia de algo. *Los autos están en poder del relator*
5. m. Fuerza, vigor, capacidad, posibilidad, poderío.
6. m. Suprema potestad rectora y coactiva del Estado.

En la definición de la RAE se contemplan varias acepciones que aparecen recurrentemente en los estudios sobre el poder, a saber: fuerza, potencia, coacción y capacidad. En esta línea, Marina (2008) define el poder como la capacidad para realizar algo, la facultad de convertir en acto una posibilidad. Giddens (1984/1995) asegura que el poder es el control ejercido sobre la actividad del otro mediante la utilización estratégica de recursos. Bernard Bass (1985) delimita estos recursos al definirlo como el control de los demás mediante el empleo de recompensas y castigos. Luhmann (1975/1995), finalmente, dice que el poder es la posibilidad de hacer daño.

Dichas definiciones tienen en común la presencia de un poderoso (persona, entidad u organización) que tiene la facultad de mandar y controlar la conducta de otro(s) gracias a la posibilidad de recompensar o castigar su conducta. Esto se aproxima al concepto de potestas romano. Se consideraba que una persona tenía potestas cuando poseía la capacidad legal para hacer cumplir sus decisiones y había un conocimiento social de esta capacidad.

El poder como pasión

La situación jerárquica de poder es una de las grandes pasiones del ser humano, siendo, en ocasiones, el hecho de mandar más deseado que los contenidos perseguidos en lo mandado. Hobbes (1651/2009) asegura que la primera inclinación natural de toda la humanidad es un perpetuo e incansable deseo de conseguir poder y que este deseo sólo cesa con la muerte. Bertrand Russell (1930/2003) dice que las dos mayores pasiones humanas son el afán de poder y el de gloria.

La literatura también ofrece múltiples ejemplos que versan sobre la necesidad y el placer del hombre en el ejercicio del poder. En el Quijote (Cervantes, 1605/1987), éste dice: “si una vez lo probáis, Sancho, comeros heis las manos tras el gobierno, por ser dulcísima cosa el mandar y el ser obedecido” (p. 295).

Marina (2008) no lo conceptualiza como una pasión generalizada e invoca su carácter multimodal y poliédrico. Este autor asegura que el poder fascina a todos por ser una realidad contradictoria que incluye la belleza y el espanto, la visibilidad y el secreto, la miseria y la grandeza, la necesidad y el riesgo. El poder puede tener una cara atractiva, sin ser este un hecho generalizado, pero también encierra el lado oscuro asociado a un uso perverso o desproporcionado del mismo. En palabras de Isabella en la obra de Shakespeare “Medida por medida” (1623/2003): “Es excelente poseer una fuerza gigantesca pero tiránico como gigante usarla” (p. 65).

Fuentes del poder

El poder se logra a través de tres fuentes principales (Galbraith, 1973/1985): el carácter, la propiedad y las organizaciones. Desde el punto de vista que se postula en este escrito, y que más adelante se desarrollará, el carácter apela al concepto de autoridad mientras que la propiedad y las organizaciones se configuran como fuentes principales de poder.

Las personas, a través de la propiedad o de las competencias transferidas puntualmente por las organizaciones, tienen la capacidad para guiar la conducta de otros para conseguir sus propios fines o los de la organización. Esta capacidad se logra a través de la posibilidad de emitir refuerzos o castigos.

El poder, desde este punto de vista, se vincula con el presente (Rivera García, 2002). No es necesario un pasado compartido para que una persona ejerza poder sobre otra, sólo tiene que ser derivado de su propiedad o delegado por una organización. Esta orientación del poder hacia el presente hace que no sea una pertenencia como una riqueza o un bien (Foucault, 1975/1996), sino que está continuamente circulando entre las personas, las situaciones y las circunstancias.

La perversión del poder y sus resistencias

La posibilidad de ejercer el poder puede llevar al individuo a un uso indiscriminado del mismo o a una utilización según la cual éste se convierta en un fin más que en un medio.

Marina (2008) recuerda, en esta línea, un antiguo dicho que señala que en cuanto se tiene un martillo, todos los problemas empiezan a ser clavos. La contrapartida la realiza Robert Kagan (2003), en su análisis de las naciones poderosas y débiles militarmente, al asegurar que éstas últimas apelan necesariamente a la moral (frente al poder de las armas) y que “si no tienen un martillo, no querrán nada que se parezca a un clavo” (p.45).

Zimbardo (1974) realizó un experimento en el que simuló una prisión en los sótanos de la Universidad de Stanford. Estudiantes universitarios participaron en un experimento que consistía en simular la vida penitenciaria en aquellas instancias. Diez sujetos fueron presos, otros once guardias y el propio Zimbardo fue el superintendente de la prisión. A pesar de que todos los sujetos sabían que se trataba de un gran juego de roles, pronto (la primera noche) aparecieron los conflictos entre carceleros y presos. Hubo motines, venganzas y abusos de poder en un experimento que terminó prematuramente al estar comprometidas las garantías éticas exigidas en investigación. Los carceleros hipertrofiaron su posición de poder para lograr un respeto – miedo que no tenían de partida porque los presos sabían que la situación era ficticia y se estaba convirtiendo en abusiva. La posición de los carceleros produjo la consecuente rebelión y hostilidad, comenzando una configuración de escalada simétrica que finalizó con el término del experimento.

Los presos se pusieron en una posición de resistencia al poder en la línea de lo que Foucault (1975/1996) argumentaba al asegurar que donde hay poder hay resistencia. El poder basado en el castigo sólo es efectivo si basta la amenaza, porque la ejecución del mismo supone, además de sumisión, oposición y rebeldía. Tanto la resistencia como el poder se deben considerar desde una postura dimensional y esperar que un empleo inadecuado, desmesurado e inoportuno del mismo produzca cantidades mayores de resistencia.

La carrera hacia la legitimación

Marina (2008) asegura que hay un dogma comúnmente aceptado que sostiene que hay que obedecer a los poderes legítimos y rebelarse contra los ilegítimos. Esto fuerza a todo poder, sea cual sea su origen, a buscar algún tipo de legitimación.

El poder, como se ha comentado, produce resistencias, por lo que es difícil de sostener a largo plazo la realización de conductas que se basen exclusivamente en la provisión de recompensas o, y más en estos casos, en la evitación o escape de castigos. Napoleón (citado en Marina, 2008) aseguraba que “nada importante puede mantenerse sólo mediante las bayonetas” (p. 70). Para que los comportamientos realizados en base a ejercicios de poder se mantengan, tiene que haber una legitimación del mismo. El sujeto subordinado debe encontrar argumentos que potencien la motivación interna para la realización de esos actos frente a la externa e impuesta por el poder.

Esta carrera hacia la legitimación puede observarse en relaciones sociales

simples, en grandes movimientos políticos e incluso en ocupaciones territoriales. Se ha estudiado exhaustivamente el camino del poder hacia la legitimización, sabiendo que su única vía para perdurar, estemos ante sistemas de relaciones autoritarios o democráticos, es la aceptación y el respeto.

El poder busca entonces su legitimización basándose en principios o valores universalmente aceptados (Marina, 2008), siendo éste un concepto variable dependiendo del momento histórico y la cultura de referencia. Históricamente las leyes realizadas por los que sustentan el poder también han tenido que pasar por un proceso de legitimación que les permitiera introducirse y asentarse en la sociedad. En el caso de las leyes es común apelar a la naturaleza, la religión y la historia o costumbre para legitimarlas, si bien Marina (2008) advierte de los peligros de estos procesos al asegurar que no hay disparate que no haya sido legitimado por una costumbre.

El poder en lo cotidiano

Las relaciones de poder están presentes en lo cotidiano, desde las grandes relaciones internacionales hasta las relaciones microsociales y las de pareja.

El poder es empleado en las grandes relaciones internacionales teniendo en cuenta las necesidades y/o los intereses asociados a los mercados, la investigación, el desarrollo y las cuestiones referidas a la defensa. Una manifestación pública, directa e inmediata del poder es el que se ejerce en las campañas bélicas. Este primer paso no garantiza el logro de objetivos posteriores enmarcados en el periodo de posguerra. Bertrand de Jouvenel (1955/2000) asegura que la violencia no es el hecho constituyente de una sociedad, y Maquiavelo (1513/2001) sostiene que por más fuertes que sean los ejércitos propios siempre se necesita el favor de los habitantes. En esta misma línea los gobiernos totalitarios tienen el problema de mantener el poder y para ello, por ejemplo, apelan al bien común, controlan los medios de comunicación o aluden a grandes papeles que deben jugar en cuestiones místico – religiosas. Los gobiernos democráticos solventan con mayor facilidad esta cuestión por su forma de constitución, la participación ciudadana y por la autoridad asociada al Estado de Derecho y sus leyes.

En el ámbito microsociales, las relaciones de poder aparecen también como situaciones, habitualmente coyunturales, en el que uno pueda recompensar (material, socialmente o mediante una actividad) o castigar a otro por su conducta. Estas relaciones de poder, pueden derivar hacia una legitimación y perduración de la relación o hacia una resistencia y una tendencia hacia la ruptura. Las dinámicas de poder en la pareja, habitual y deseablemente coyunturales se concretan al tomar decisiones sobre la administración del dinero, las relaciones sexuales, el reparto de las tareas de la casa y en la relación con los hijos (Marina, 2008).

El poder en lo sanitario

Los mecanismos de poder en la relación profesional – usuario se pueden analizar desde el punto de vista de los dos interesados.

Desde el punto de vista del profesional, el poder se ciñe a decisiones cotidianas referidas a los tratamientos, el régimen terapéutico, los horarios de visita, la fecha de alta, el acceso a pruebas complementarias o a otros profesionales, por ejemplo. El poder que sustenta es derivado de su posición y delegado por la institución sanitaria contratante. El ejercicio del poder, en una situación de prestación de servicios, atiende a los beneficios del usuario. Es una situación colaborativa en la que el beneficio del profesional repercute en el usuario y viceversa. El usuario, como regla general, percibe esta situación colaborativa, por lo que el ejercicio de poder es admitido para beneficio propio.

La configuración de la situación es opuesta cuando nos encontramos ante patologías que cursan sin conciencia de problema y en las que el sujeto no ha decidido participar activamente en un proceso de rehabilitación. En estos casos, mayoritariamente asociados a las patologías psiquiátricas, el profesional es considerado como un sujeto investido por el poder por una institución sanitaria en una suerte de juego no colaborativo (competitivo), de tal manera que el beneficio del profesional no es el del usuario y viceversa. En la visión más extrema de esta situación emerge la resistencia contra el poder y la relación terapéutica se ve claramente comprometida. El profesional puede intentar cambiar la visión del usuario mostrando situaciones colaborativas frente a competitivas pero tiene muchas probabilidades de fracasar en el intento. Estos intentos, siempre vistos desde el punto de vista de los usuarios, son análogos a los procesos antes mencionados de búsqueda de legitimación del poder, ya que también se suele apelar al bien común o a valores universalmente aceptados con el objetivo de incrementar la motivación interna de sus actos. En caso de fracaso de la dialéctica, será fundamental la percepción que tenga el sujeto sobre el uso que haga el profesional de ese poder para que se pueda lograr una alianza terapéutica adecuada que facilite la consecución del objetivo marcado.

PODER Y AUTORIDAD

Definición de autoridad y auctoritas

La RAE (2001) define autoridad como:

1. f. Poder que gobierna o ejerce el mando, de hecho o de derecho.
2. f. Potestad, facultad, legitimidad.
3. f. Prestigio y crédito que se reconoce a una persona o institución por su legitimidad o por su calidad y competencia en alguna materia.
4. f. Persona que ejerce o posee cualquier clase de autoridad.
5. f. Solemnidad, aparato.

6. f. Texto, expresión o conjunto de expresiones de un libro o escrito, que se citan o alegan en apoyo de lo que se dice.

Bertrand de Jouvenel (1955/2000) dice que autoridad es la capacidad de hacer aceptar (vs. imponer) las proposiciones que uno formula. Schmitt (1928/1992) relaciona la autoridad con el prestigio y Rivera García (2002) asegura que es una opinión respetada que, sin ser coactiva, es algo más que un consejo. La autoridad, según este punto de vista, implica una relación jerárquica en la que ambos reconocen la pertinencia de la jerarquía. Esta relación se construye gracias a un pasado, una estabilidad, una continuidad y contiene una referencia a la tradición y la permanencia.

Auctoritas es el saber socialmente reconocido. Este saber otorga al sujeto o a la institución la cualidad moral para dar opinión cualificada sobre una cuestión. Para los romanos aumentar la autoridad significaba crecer en una sabiduría anclada en los tiempos pretéritos (Rivera García, 2002). Auctor es aquel cuyo consejo se sigue, diferenciando esta guía de la del mando coactivo, ya que seguir la proposición del auctor no se vivencia como una pérdida de libertad. Según Rivera García (2002), la principal característica de la auctoritas es el indiscutible reconocimiento por aquellos a quienes se les pide obedecer, y no precisa ni de la coacción ni de la persuasión.

La potestas, como ya se ha referido, es el poder socialmente reconocido. La auctoritas es el saber socialmente reconocido. Potestas se relaciona con el presente mientras que la auctoritas vincula al pasado y a una estabilidad y una continuidad. La potestas es derivada de una propiedad o de una institución mientras que la auctoritas se logra con una trayectoria. En tanto el poder ordena y está respaldado si es necesario por la imposición, la autoridad apela y deja de ser tal si impone (Sartori, 2003). Por ello, en ocasiones, el poder se ejerce ante al fracaso de la autoridad (Arendt, 1961/2003; Rivera García, 2002).

Evolución de la autoridad. De las instituciones al sujeto

La autoridad puede estar en varios lugares: en la persona, en las leyes o en las instituciones.

La autoridad reside en la persona que tiene una historia de competencia y/o reconocimiento en un ámbito determinado del conocimiento. Desde posiciones de poder, el sujeto puede llegar a ser considerado una autoridad si maneja adecuadamente los refuerzos y los castigos y sigue dando muestras de competencia en ese campo.

La autoridad llega a las leyes cuando el sujeto reconoce la historia que les precede, sabe de su participación en las mismas y vislumbra el bien común tras ellas. La anomia o la alineación del ciudadano frente al sistema legal, resta autoridad a las leyes y dificulta la sostenibilidad del Estado de Derecho (Rivera García, 2002).

Las instituciones (Universidades, Iglesia y Hospitales, por ejemplo) también

son portadoras de autoridad. Ésta se asocia al prestigio y la historia de muestras de competencia y logros, y se transmite, por cercanía y participación, a los trabajadores de las mismas. El final del siglo XX lega el escepticismo de la lucidez (Marina, 2008) y, con ello, el inicio de un periodo de desprestigio institucional, pérdida de autoridad y cambio en las interacciones con las personas que pertenecen a esas instituciones. La institución ya no otorga la autoridad de antaño y ésta comienza a derivarse principalmente del prestigio y competencia individual. El pertenecer empieza a no ser suficiente y el sujeto tiene que forjarse una historia de competencia y prestigio para que se estime socialmente su saber.

Pérdidas de autoridad.

Desde el final del siglo XX numerosas construcciones culturales, filosóficas, religiosas, políticas y científicas fueron vistas desde el pensamiento posmoderno como ficciones, simulacros o legitimaciones fraudulentas. El periodo de los grandes relatos y de la admiración por los grandes personajes pasó a convertirse en una época caduca nada aplicable a los tiempos contemporáneos.

El desarrollo de los medios de comunicación de masas ha ayudado también a la desmitificación de los sujetos y de las instituciones al poner al descubierto puntos oscuros antes obviados. Los mass media convierten con mayor facilidad en noticia toda aquella información referente a una negligencia, una mala praxis, la mala gestión, el equívoco o la mala intención. El sujeto y las instituciones tienen más posibilidades de aparecer en los medios por esto que por una adecuada ejecución de su profesión o un cumplimiento de objetivos institucionales. Esto hipertrofia una visión, y su consecuente generalización, en la que se priman los fallos frente a las buenas praxis.

El pensamiento posmoderno y el desarrollo de los medios de comunicación de masas, según esta tesis, están en la base de la pérdida de autoridad asociada a las instituciones y la progresiva necesidad del sujeto de forjar la autoridad a través de la historia personal.

La autoridad en la vida sanitaria

El ámbito sanitario no es una excepción en este proceso de pérdida de autoridad. Los profesionales sanitarios en general han sufrido una pérdida de autoridad asociada a la de los hospitales, la ciencia y el conocimiento especializado. Esto deriva en un cuestionamiento de los diagnósticos, los tratamientos, las altas tasas de incumplimiento terapéutico y un cambio en la relación usuario – profesional marcada, en ocasiones, por la desconfianza.

En Salud Mental esto se potencia cuando trata patologías con escasa conciencia de problema. La pérdida progresiva de autoridad configura un entorno rehabilitador complejo, con elevadas tasas de incumplimiento terapéutico, suspicacia y desconfianza. Por ello urge el incremento de la autoridad del profesional a

través de una historia de competencia, efectividad, vivencia de bien común o a través de una buena estrategia propagandística. En los tres primeros casos, el concepto de autoridad se relacionará con el de relación terapéutica.

PODER, AUTORIDAD Y RELACIÓN TERAPÉUTICA

Papel de la relación terapéutica en la efectividad

Las investigaciones que estudian la eficacia diferencial de las psicoterapias concluyen repetidamente que todas son efectivas sin que se presenten grandes diferencias de resultados entre ellas (Luborsky, Singer, y Luborsky, 1975; Smith, Glass, y Miller, 1980; Lambert y Bergin, 1992). Estos resultados potenciaron la investigación sobre los factores comunes en psicoterapia para poder delimitar el “ingrediente activo” que produce que la intervención sea efectiva.

Los factores comunes más estudiados son la relación y la alianza terapéutica. El estudio clásico de Lambert (1992) concluye que el 15% del cambio conseguido en psicoterapia es atribuible a las técnicas empleadas y el 30% es debido a la relación terapéutica (15% al efecto placebo y el restante 40% al cambio extraterapéutico). Otros estudios como el de Gaston, Marmar, Thompson y Gallagher (1991) o el de Barber, Crits-Cristoph y Luborsky (citado en Horvath y Luborsky, 1993) afirman que la alianza terapéutica explica entre el 36 y el 57% de la varianza del resultado final en psicoterapia. Orlinsky, Grawe y Parks (1994), en una revisión de estudios, aseguran que el 66% de los mismos encuentran una correlación entre vínculo terapéutico y resultado final de los tratamientos.

Eaton, Abeles y Gutfreund (1988) y Frank y Gunderson (1990) señalan, finalmente, la relación directa que hay entre la alianza terapéutica y la aceptación de la farmacología y la adherencia al proceso terapéutico en sujetos con esquizofrenia.

Definición de alianza terapéutica

El estudio de la relación terapéutica y su componente más mencionado, la alianza, ha sido abundante incluso antes de demostrar su importancia en el proceso terapéutico.

El origen del estudio del concepto proviene del psicoanálisis y de los trabajos de Freud (1913), al señalar éste la importancia de que el analista tuviera un interés y una actitud comprensiva hacia el analizado para poder establecer una relación positiva con la parte más saludable de éste. Hartley (1985) definió la alianza terapéutica como una relación compuesta por una “relación real” y una “relación de trabajo”, de tal manera que la real se refiere al vínculo con el sujeto mientras que la de trabajo se refiere a la capacidad de trabajar en conjunto hacia unos objetivos previstos.

En el movimiento humanista destaca la figura de Rogers (1952/1997), quien aseguraba que las condiciones necesarias y suficientes para que se produjera el

cambio en psicoterapia eran que el terapeuta debía ser empático, congruente y aceptar incondicionalmente a su cliente. Diversas investigaciones vinculan la empatía percibida por el cliente con algunos aspectos de la alianza terapéutica (Horvath, 1981)

En la modificación de conducta se prima el componente técnico frente a la alianza (Corbella y Botella, 2003). Parten de la base de que el cambio se asocia al aprendizaje o modificación de hábitos y conductas, y para ello señalan, y validan empíricamente, una serie de técnicas para estos fines.

La revolución cognitiva devuelve el interés hacia los factores comunes. La psicoterapia cognitiva, y especialmente el modelo constructivista, considera la alianza un elemento clave en el proceso psicoterapéutico (Goldfried y Davidson, 1994; Newman, 1998). Las terapias sistémicas basadas en la teoría de sistemas, la cibernética y los modelos constructivistas siguen esta misma línea.

En este contexto, Bordin (1976) propone un marco general de referencia para el estudio de la alianza terapéutica y sus diferentes componentes. Esta aportación es aceptada por autores de diferentes aproximaciones teóricas y sirve como base para la elaboración de diversos instrumentos de evaluación (Corbella y Botella, 2003). Bordin (1976) definió la alianza como el encaje y la colaboración entre cliente y terapeuta, e identificó tres componentes que la configuran:

1. Vínculo positivo
2. Acuerdo con las tareas
3. Acuerdo con los objetivos

Otra de las definiciones más aceptadas es la Luborsky (1976), que describe dos tipos de alianza en función de la fase de intervención:

- Alianza tipo 1: Al inicio de la terapia, es la vivencia que tiene el sujeto sobre el apoyo y la ayuda que proporciona el terapeuta.
- Alianza tipo 2: En fases posteriores y consiste en la sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los problemas y malestar del sujeto.

Según Corbella y Botella (2003), la alianza tipo 1 de Luborsky se puede relacionar con el vínculo positivo de Bordin, mientras que la tipo 2 con el acuerdo sobre las tareas y los objetivos.

Safran y Muran (2000) señalan que para el establecimiento de la alianza es importante la negociación sobre objetivos y tareas y que, tanto terapeuta como cliente, consideren suyos los acuerdos. Esto difiere de concepciones tradicionales que otorgan la responsabilidad en el terapeuta e inciden en la necesidad fundamental de la persuasión para que el sujeto asuma los objetivos y tareas. Comparando la percepción del terapeuta y del cliente, es la visión de éste último la que tiene mayor poder predictivo respecto al resultado final de la terapia (Bachelor, 1991; Horvath y Symonds, 1991; Lambert y Bergin, 1994).

Relación entre alianza terapéutica, poder y autoridad

La visión del cliente es, entonces, fundamental para que haya una buena alianza terapéutica y ésta, a su vez, explica una gran parte de la varianza del resultado final de un tratamiento.

En patologías con conciencia de problema, las cualidades personales del terapeuta y las técnicas de entrevista facilitarán el logro de un vínculo positivo con el usuario (primera característica de la alianza terapéutica según Bordin). El prestigio y la autoridad percibida en el terapeuta pueden facilitar ese vínculo y, sobre todo, serán de amplia utilidad para lograr un buen acuerdo sobre los objetivos y tareas a trabajar (segunda y tercera característica) y, según Luborsky (1976), lograr la sensación de trabajo conjunto hacia la superación de los problemas y malestar del sujeto.

En patologías con escasa conciencia de problema, se complica la elaboración de una adecuada alianza terapéutica. El personal sanitario tiene un poder que debe ejercer de tal manera que éste no soslaye la posibilidad de conseguir una buena alianza. La percepción por parte del usuario de un empleo inadecuado, desproporcionado o injusto del poder provocará desgana, defensividad y hostilidad, factores éstos que dificultan la alianza terapéutica (Gaston, Marmar, Thompson, y Gallagher, 1988). El logro de un vínculo positivo pasa por la percepción general de un buen empleo del poder. El reconocimiento progresivo de autoridad facilitará la sensación de trabajo respecto a tareas y objetivos compartidos. El terapeuta percibido como experto, creíble y competente tendrá, entonces, mayor probabilidad de ser efectivo en los procesos terapéuticos (LaCrosse, 1980).

Por ello el profesional sanitario debe emplear el poder que le es otorgado de tal manera que facilite (o al menos no dificulte) su posición de auctoritas frente al usuario. Esta auctoritas, el prestigio y la competencia asociada, promoverá una alianza terapéutica necesaria para realizar un tratamiento sanitario en general, y en el ámbito de la Salud Mental en particular.

CONCLUSIONES

La pérdida de autoridad asociada al desprestigio de las instituciones configura una nueva relación profesional – usuario en el ámbito sanitario. El logro del prestigio y el estatus de autoridad depende principalmente de la historia de competencia del profesional. Y esta autoridad es importante para construir una alianza terapéutica adecuada.

Es en el ámbito de la Salud Mental en el que las patologías con escasa conciencia de problema están más presentes. En estos casos, el desarrollo de una buena alianza terapéutica es complicada y fundamental para el tratamiento rehabilitador. El prestigio y la autoridad estimada en el profesional ayudan en esta labor pero se pueden ver disminuidas por la visión que tiene el sujeto sobre el empleo que hace el profesional del poder que le otorga la institución. Una visión de

un empleo desproporcionado, injusto o arbitrario del mismo dificulta el desarrollo de una posición de autoridad y, con ello, la creación de una adecuada alianza terapéutica.

En este contexto urge la revisión de las prácticas asociadas al prestigio, el desarrollo de la autoridad y el empleo del poder por parte del profesional, de tal manera que se pueda conjugar el bienestar del usuario sin soslayar la posibilidad de desarrollo de una buena alianza terapéutica.

Este artículo estudia el concepto, desde un punto de vista histórico y multidisciplinar, de poder y autoridad, así como la relación que tienen con el desarrollo de la relación terapéutica en el ámbito sanitario en general y en el de la Salud Mental en particular. Una buena relación profesional – usuario facilita el cumplimiento terapéutico, reduce las recaídas, la gravedad de las mismas y mejora el funcionamiento psicosocial. Para lograrla es necesario evitar el rechazo ante el poder del profesional e incrementar, desde el punto de vista del usuario, el prestigio y el estatus de autoridad asociado al conocimiento y trabajo del mismo.

Palabras clave: Alianza terapéutica. Autoridad. Poder. Relación terapéutica.

Referencias bibliográficas

- Arendt, H. (2003). *Entre el pasado y el futuro: ocho ejercicios sobre la reflexión política*. Barcelona: Península (Orig. 1961).
- Bachelor, A. (1991). Comparison and relationship to outcome of diverse dimensions of the helping alliance as seen by client and therapist. *Psychotherapy*, 28, 534 - 549.
- Bass, B. M. (1985). *Leadership and performance beyond expectations*. Nueva York: Free Press.
- Bordin, E. S. (1976). The generalization of the psychotherapeutic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 16, 252 - 260.
- Cervantes, M. (1987). *Don Quijote de la Mancha*. (Vol. 2). Madrid: Najera (Orig. 1605).
- Corbella, S., y Botella, L. (2003). La alianza terapéutica: historia, investigación y evaluación. *Anales de psicología*, 19 (2), 205 - 221.
- Eaton, T. T., Abeles, N., y Gutfreund, M. J. (1988). Therapeutic alliance and outcome. Impact of treatment length and pretreatment symptomatology. *Psychotherapy*, 25 (4), 536 - 542.
- Foucault, M. (1996). *Vigilar y castigar*. Madrid: Siglo XXI (Orig. 1975).
- Frank, A. F., y Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 47, 228 - 236.
- Freud, S. (1913). On the beginning of treatment: Further recommendations on the technique of psychoanalysis. En J. Strachey, *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (págs. 122 - 144). Londres: Hogarth Press.
- Galbraith, J. K. (1985). *La anatomía del poder*. Barcelona: Plaza y Janés (Orig. 1973).
- Gaston, L., Marmar, C. R., Thompson, L. W., y Gallagher, D. (1991). Alliance prediction of outcome beyond in-treatment symptomatic change as psychotherapeutic progresses. *Psychotherapy Research*, 1, 104 - 112.
- Gaston, L., Marmar, C. R., Thompson, L. W., y Gallagher, D. (1988). Relation of patient pretreatment characteristics to the therapeutic alliance in diverse psychotherapies. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 56 (4), 483 - 489.

- Giddens, A. (1995). *La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu (Orig. 1984).
- Goldfried, M. R., y Davidson, G. C. (1994). *Clinical behavior therapy*. Nueva York: Wiley and Sons.
- Hartley, D. (1985). Research on the therapeutic alliance in psychotherapy. En R. Hales, & A. Frances (eds.), *Psychiatry update annual review* (págs. 532 - 549). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Hobbes, T. (2009). *Leviatán: o la materia, forma y poder de una república eclesiástica y civil*. Madrid: Alianza. (Orig. 1651).
- Horvath, A. O. (1981). *An exploratory study of the working alliance: Its measurement and relationship to therapy outcome*. Vancouver: University British Columbia.
- Horvath, A. O., y Luborsky, L. (1993). The role of therapeutic alliance in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (4), 561 - 573.
- Horvath, A. O., y Symonds, B. D. (1991). Relation between alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139 - 149.
- Jouvenel, B. (2000). *La Soberanía*. Granada: Comares. (Orig. 1955).
- Kagan, R. (2003). *Poder y debilidad. Europa y Estados Unidos en el nuevo orden mundial*. Buenos Aires: Taurus (Orig. 2003).
- LaCrosse, M. B. (1980). Perceived counselor social influence and counseling outcomes: Validity of the counselor Rating Form. *Journal of Counseling Psychology*, 27, 320 - 327.
- Lambert, M. J. (1992). Implications of psychotherapy outcome research for eclectic and integrative psychotherapies. En J. C. Norcross, & M. V. Goldfried (eds.), *Handbook of Psychotherapy Integration* (págs. 94 - 129). Nueva York: Basic Books.
- Lambert, M. J., y Bergin, A. E. (1992). Achievements and limitations of psychotherapy research. En D. K. Freedheim, H. J. Freudenberger, J. W. Kessler, S. B. Messer, D. R. Peterson, H. H. Strupp, y P. L. Wachtel (eds.), *History of psychotherapy: a century of change* (págs. 360 - 390). Washington DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J., y Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. En A. E. Bergin, y S. L. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change* (págs. 143 - 189). Nueva York: Wiley.
- Luborsky, L. (1976). Helping alliances in psychotherapy. En J. L. Cleghorn, *Successful psychotherapy* (págs. 92 - 116). Nueva York: Bruner/Mazel.
- Luborsky, L., Singer, B., y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32 (8), 995 - 1008.
- Luhmann, N. (1995). *Poder*. Barcelona: Anthropos (Orig. 1975).
- Maquiavelo, N. (2001). *El príncipe*. Madrid: Espasa-Calpe (Orig. 1513).
- Marina, J. A. (2008). *La pasión del poder. Teoría y práctica de la dominación*. Barcelona: Anagrama.
- Mauss, M. (2010). Ensayo sobre el don: forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas. Madrid: Katz (Orig. 1925).
- Newman, C. F. (1998). The therapeutic relationship and alliance in short term cognitive therapy. En J. D. Safran, y J. C. Muran, *The therapeutic alliance in brief psychotherapy* (págs. 95 - 122). Washington DC: American Psychiatric Association.
- Orlinky, D., Grawe, K., y Parks, B. (1994). Process and outcome in psychotherapy. En A. Bergin, y J. S. Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change* (págs. 270 - 378). Nueva York: Wiley and Sons.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de la Lengua Española* (22ª ed.). Madrid: Espasa-Calpe.
- Rivera García, A. (2002). Crisis de la autoridad: sobre el concepto político de "autoridad" en Hannah Arendt. *Revista de Filosofía*, 26, 87 - 106.
- Rogers, C. (1997). *Psicoterapia centrada en el cliente*. Barcelona: Paidós Ibérica. (Orig. 1952)
- Rusell, B. (2003). *La conquista de la felicidad*. Barcelona: DeBolsillo (Orig. 1930).
- Safran, J. D., y Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. Nueva York: Guilford Press.
- Sartori, G. (2003). *¿Qué es la democracia?* Madrid: Taurus.
- Schmitt, C. (1992). *Teoría de la Constitución*. Madrid: Alianza (Orig. 1928).
- Shakespeare, W. (1999). *Medida por medida*. Buenos Aires: Norma (Orig. 1623).
- Smith, M. L., Glass, G. V., y Miller, T. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Zimbardo, P. (1974). The psychology of imprisonment. Privation, power and pathology. En Z. Rubin (ed.), *Doing unto others* (págs. 61 - 73). Englewood Cliffs: Prentice Hall.