



**UNIVERSIDAD  
ACADEMIA**  
DE HUMANISMO CRISTIANO

## *Artículos*

Reflexiones sobre la  
relación terapéutica, el  
poder en la terapia y la  
formación de la  
persona del terapeuta  
en el marco del  
Modelo Sistémico

Ps. M. Elena Gorostegui  
Ps. Anneliese Dörr

## RESUMEN

EL PODER ES UN ASPECTO INHERENTE A TODA RELACIÓN HUMANA. TAN NATURAL ES ESTO EN LA RELACIÓN COTIDIANA, QUE DEJAMOS DE PERCIBIRLO ASÍ Y COMIENZA A PASAR INADVERTIDO EN LA MAYOR PARTE DE LAS INTERACCIONES EN LAS QUE PARTICIPAMOS. ES EN ESE PUNTO DONDE LA ADECUADA FORMACIÓN DEL PSICÓLOGO CLÍNICO, LA SUPERVISIÓN Y LA ATENCIÓN A LA PERSONA DEL TERAPEUTA, ADQUIEREN RELEVANCIA. LA RESPUESTA A LA PREGUNTA ¿DESDE DÓNDE EJERCE SU PODER EL TERAPEUTA? NO LA CONOCEMOS. DESDE LA AMISTAD?, ¿DESDE EL AMOR, HUMANO O DIVINO O EL AMOR A LA VERDAD?, ¿DESDE LA CIENCIA?, ¿DESDE SU MAYOR CERCANÍA A LA AUTOACTUALIZACIÓN RESPECTO DE QUIÉN ESTÁ MÁS LEJOS DE LA META?, ¿DESDE SUS PROPIAS EXPERIENCIAS YA SEA EN LA POSICIÓN DE EJERCER O ACATAR?, ¿DESDE EL ROL?, ¿DESDE SUS CREENCIAS Y ESPIRITUALIDAD? LAS PREGUNTAS SON MÁS QUE LAS RESPUESTAS, PERO EL RECONOCERLO ES UNA BUENA MANERA DE COMENZAR Y CONCLUIR ESTE ARTÍCULO.

**PALABRAS CLAVES:** PODER, ESPIRITUALIDAD, FORMACIÓN DE TERAPEUTAS, MODELO SISTÉMICO

## ABSTRACT

POWER IS AN INHERENT MATTER IN EVERY HUMAN RELATIONSHIP. IT IS SO NATURAL IN THE DAY-TO-DAY RELATIONSHIP, THAT WE STOP PERCEIVING IT IN MOST OF OUR INTERACTIONS WITH OTHER PEOPLE. IS AT THIS POINT WHERE THE ADEQUATE TRAINING OF THE CLINICAL PSYCHOLOGIST, THE SUPERVISION AND ATTENTION TO THE PERSON OF THE THERAPIST, BECOME RELEVANT. THE ANSWER TO THE QUESTION: FROM WHERE DOES THE THERAPIST EXERCISE HIS POWER? IS UNKNOWN TO US. FROM FRIENDSHIP? FROM LOVE, HUMAN OR DIVINE, OR LOVE FOR TRUTH? FROM SCIENCE? FROM HIS CLOSENESS TO SELF-ACTUALIZATION WITH RESPECT TO THOSE WHO ARE FURTHER FROM THE GOAL? FROM HIS OWN EXPERIENCES, WHETHER FROM AN EXECUTING POSITION OR AN ABIDING POSITION? FROM THE ROLE? FROM HIS BELIEFS AND SPIRITUALITY? THERE ARE MORE QUESTIONS THAN ANSWERS, BUT ACKNOWLEDGING IT IS A GOOD WAY OF STARTING AND CONCLUDING THIS ARTICLE.

**KEY WORDS:** POWER, SPIRITUALITY, TRAINING OF THERAPISTS, SYSTEMIC MODEL

# Reflexiones sobre la relación terapéutica, el poder en la terapia y la formación de la persona del terapeuta en el marco del Modelo Sistémico”

Ps. M. Elena Gorostegui (\*)  
Ps. Anneliese Dörr (\*\*)

## Antecedentes

El diccionario define *poder*, como dominio, imperio, facultad para hacer algo, posesión o tenencia de alguna cosa; facultad, autorización para hacer algo. (Diccionario Enciclopédico Sopena)

El poder es una característica de toda relación humana y consiste en la capacidad de influencia interpersonal, dentro de un contexto interaccional. Se puede expresar en forma opresiva o coercitiva o como la capacidad de promover desarrollo y protección” (Madanés, 1981). Desde esta última acepción, entendemos la existencia del poder del terapeuta.

(\*) Psicóloga Pontificia Universidad Católica. Magister en Psicología Infanto-Juvenil UC. Supervisora en formación de Psicólogos Clínicos. Sociedad Chilena de Psicología Clínica. Diploma en Bio-Ética Universidad de Chile. Docente y coordinadora Consultorio Psicológico Universidad Academia de Humanismo Cristiano. E-mail: megorosteg@tie.cl

(\*\*) Psicóloga Universidad Diego Portales. Magister en Psicología Infanto-Juvenil Universidad de Chile. Docente Facultad de Medicina U. de Chile. Diploma en Bio-Ética Universidad de Chile.

Cualquiera sea el dominio sobre el que el terapeuta ejerce poder, y especialmente en terapia, en que sin duda se le entrega un poder, la forma en que lo utilice cobra relevancia. Por lo general, el poder es pensado en términos de daño, opresión, o simplemente ejercicio de la autoridad por la fuerza. Pero también la motivación del poder puede ser benigna y es el tipo de poder que se ejerce dentro de un intercambio sano de un grupo humano cuyo propósito es promover el crecimiento y desarrollo de cada uno de sus miembros, como por ejemplo, la familia.

La práctica de la psicoterapia tal como hoy se conoce, es de data relativamente reciente dentro de la Psicología. Sin duda, el modelo del que surge es el *modelo médico*, que todavía (hay que reconocerlo) impone normas y características tanto en la práctica terapéutica, como en la relación que se establece con el paciente, en las expectativas y en las fantasías que éste proyecta en el terapeuta, etc.

Tanto el terapeuta como la familia que llega a consultar han sido socializados de manera tal, que desde el primer encuentro la relación se plantea ante una familia agobiada por su problemática (y reconociendo implícita o explícitamente su incapacidad para resolverla) que busca ayuda en el profesional que posee el conocimiento. Es decir, se sitúan en la perspectiva del modelo médico de salud mental.

Sin embargo, dentro de la psicoterapia cada vez más la tendencia es a alejarse de este modelo de relación creando espacios y dinámicas de interacción diferentes y una identidad que sin ser diametralmente distinta, tiene características que la validan y que le son propias.

La Medicina y la relación médico-paciente con características reconocibles todavía hoy, parte en Grecia (sin mencionar la medicina que se practicaba en Oriente o en las antiguas prácticas arraigadas en la magia). En su momento, el advenimiento del Cristianismo también marca su im-

pronta en las dinámicas y en la concepción de las relaciones entre médico y paciente.

En la historia de la Psicología, en la génesis de la disciplina como diferente de otras, los pioneros y los que pusieron las bases científicas, en su mayoría eran médicos. Por lo tanto, la creación de una identidad propia, pasa por deslegitimar una tradición que está presente incluso en la terminología que a diario se utiliza: paciente, tratamiento, terapia, curación, síntomas, normalidad, anormalidad, etc., sin contar el peso de la infinidad de términos heredados de la Psiquiatría, con la cual hay más de un tema en común.

A lo anterior, se suma el tema del *poder*, heredado del hechicero, del chamán, del curandero, del médico, en fin, de todo aquél que ostenta, legítimamente o no, el poder de curar, de aliviar el dolor ya sea físico y/o moral. El *poder* del que sabe (experto), el *poder* que reconoce la persona que pide ayuda a quién se la pide, el *poder* que se entrega al otro junto con confiarle su intimidad, el poder que rodea al rol, el poder que la cultura y la sociedad confieren. El poder, en fin, presente en toda interacción desde el momento que uno puede influenciar otro, ya sea en forma de opresión o coerción o como protección, dirección y facilitación del desarrollo.

### El poder en la terapia

Cada modelo teórico asigna al terapeuta una posición particular dentro de su relación con el cliente (paciente). M. Foucault (en: Boscolo & Bertrando, 2000) afirma que la posición del terapeuta es siempre una posición de poder, en la medida que es él quien define las reglas de la conversación terapéutica y más aún, que ese poder le es dado por el contexto y por la conformidad del cliente. Aun cuando adopte una postura pasiva de mero oyente y permita al paciente la más amplia libertad para expresarse, es él quien la permite y eso afianza más aún su posición de poder.

La familia, foco de la intervención desde los diferentes modelos sistémicos, forma a sus miembros dentro del contexto social, dentro de los esquemas preexistentes en la sociedad, en cuanto sistema que la contiene y toma como propio el tipo de relación de poder imperante en ese macrosistema. La familia es el lugar en el que el individuo interactúa cognitiva y emocionalmente con sus padres y su primer grupo de pares, sus hermanos. Las formas en que se distribuye el poder al interior de las familias, aun cuando en el macroproceso esté teñida por las formas sociales imperantes en su tiempo y en su espacio, tiene características en torno a la distribución del poder en su interior, que le son propias y que derivan de su propia historia, narrativa, lealtades, etc.

En este sentido los terapeutas familiares y de pareja, se enfrentan a sistemas sociales que naturalmente tienen sus propias jerarquías de poder en cuanto organizaciones y participan de la forma de reparto de poder que la sociedad legitima en el momento.

El poder que entrega la familia al terapeuta (dentro del contexto de la terapia familiar) es un tema que nos preocupa a los formadores de futuros terapeutas familiares, considerando que al interior de la familia hay relaciones de poder preestablecidas y que muchas veces son estas relaciones de poder las que entran en conflicto. Hay implicancias éticas en la forma en que el terapeuta podría manejar el poder, lo que lleva a cuestionar la legitimidad de, por ejemplo, la lectura (interpretación) que puede hacer y entregar a la familia de las conflictivas y narrativas, aun cuando hayan sido coconstruidas.

Nos preocupa la dirección que se puede dar al *cambio*, en la medida que ese cambio se genere de una lectura diferente de las narrativas que la familia trae, o de intervenciones en modalidades de interacción reiterativas dentro de la dinámica familiar que de algún modo mantienen la *homeostasis del sistema consultante*. *Se puede desequili-*

brar el sistema con consecuencias imprevisibles si no se consideran estas variables en la intervención.

Nos preocupa quién decide lo que hay que cambiar, desde dónde y en qué dirección, cómo hacer para no usar el poder en forma coercitiva, restrictiva, directiva o iatrogénica, sino en pro del desarrollo, crecimiento y autonomía del sistema. Nos preocupa quién es y cómo se forma un terapeuta, más allá de la adquisición y manejo de los conocimientos y de las metodologías propias de la profesión (que naturalmente corresponde a las universidades). Consideramos que se debe tender a una formación integral, que implique no sólo lo teórico, sino que también la dimensión humana-espiritual, y que ello debe ser un tema central en la reflexión y en la discusión académica.

Nos preocupan las preguntas de siempre, todavía no respondidas del todo: ¿desde dónde el terapeuta visualiza el cambio, hace la nueva lectura, coconstruye narrativas diferentes? ¿Y las ideologías, y las creencias y la *espiritualidad* del terapeuta? ¿Es posible dejar eso fuera de la terapia? ¿Qué sucede si son antagónicas con el sistema de creencias, ideologías y *espiritualidad* de la familia o la pareja consultante?

## La relación médico-paciente

### *Antecedentes históricos*

La idea imperante en el mundo griego, de que la naturaleza humana es parte de la naturaleza en general y que la naturaleza propia del hombre, con su estructura, sus procesos y sus ritmos es una copia de la naturaleza universal, del cosmos, impregna también la práctica y la reflexión sobre la medicina. La naturaleza a su vez, está hecha a imagen y semejanza de Dios.

Desde esta perspectiva, se comprende que el quehacer del médico, es decir, la Medicina, debía ser ejercida por un sabio (*un médico*) que de-

bería ser capaz de reconocer la *anake theié*, la divina forzosidad, vale decir, las leyes de Dios.

Dentro de la concepción griega del hombre y del cosmos, la afirmación hipocrática de que donde hay filantropía (amor al hombre en cuanto hombre) hay también *philotekhníe* (amor al arte de curar) y de que *el enfermo es amigo del médico a causa de su enfermedad* (Platón, *Lisis*, 217 a) tiene un sentido coherente y abarcador. Antes que una ayuda técnica, que un acto diagnóstico y/o terapéutico, la relación entre un médico y un paciente era de amistad, con todo el peso y el significado que la palabra *amistad* tuvo en el mundo griego.

La palabra clave dentro de la relación médico-paciente, no era entonces el *poder* que convierte la relación en asimétrica, sino la igualdad, la reciprocidad, un cierto *parentesco de naturaleza* (Lisis, 222a, Platón) un apoyo recíproco en la búsqueda de la perfección en el camino hacia la idea del Bien. Tan alejadas como puedan estar en el tiempo estas ideas, cobran cierta resonancia actual en la medida que en el camino hacia la idea del Bien (¿hacia la autoactualización de que hablan los Humanistas?) nos encontramos con dos personas que convienen en realizar algo en conjunto, colaborando (¿coconstruyendo?) unidos por una relación de *amistad*. Quizás el concepto de amistad, no solamente en la relación terapéutica, sino en cualquier otro sentido, es la que más se ha perdido.

Aristóteles pone el acento en la igualdad o en la semejanza de los amigos, igualdad ontológica que hace posible la reciprocidad (Ética a Nicómaco, 1158b).

La relación médico-paciente, concebida como la recta articulación de la filantropía o amor al hombre y la *philotekhnía* o amor al arte (de curar) se comprende si se acepta el concepto aristotélico de que la *techné* imita a la naturaleza o ejecuta lo que ésta es incapaz de hacer. La medicina entonces, *es un acto poético de imitar a la naturaleza en su tendencia hacia la*

*curación....apoyada en un suficiente saber fisiológico acerca de la salud y de la enfermedad*". La medicina cura a aquellos enfermos que abandonados a sí mismos, nunca sanarían. La amistad del médico hipocrático con el paciente, fue en definitiva, un amor a la naturaleza humana, individualizada en el cuerpo del paciente. (Dörr, 2000)

El amor al arte del médico tenía su contrapartida en la confianza en el arte por parte del paciente. Los pacientes confiaban en el prestigio profesional del médico, el que se alcanzaba mediante la exactitud de los pronósticos, que forzosamente debían ser científicos, es decir, basados en el recto conocimiento de la enfermedad y del enfermo. Pero además el enfermo debía colaborar, debía ayudar al médico a combatir la enfermedad.

En este punto cabe detenerse y preguntarse, en qué minuto de la historia esta relación de colaboración parece perder importancia para dar paso a la idea de un enfermo/paciente que recibe casi pasivamente y acata, obedientemente, las prescripciones y decisiones de su médico. Probablemente a medida que el médico se fue haciendo cada vez más dueño de la tecnología y del conocimiento, la simetría se quebró y el paciente reconoció y acató el poder del médico sobre su sanación, pasando de ser amigo y protagonista a ser paciente, cediendo el rol protagónico en su sanación, al médico.

Volviendo al mundo helénico, el médico griego debía cuidar su aspecto y su lenguaje. En un pasaje del Corpus Hippocraticum (L.IX, 228) se lee "el médico vestirá con decoro y limpieza y se perfumará discretamente, porque todo esto complace a los enfermos. Será honesto y regular en su vida, grave y humanitario en su trato, y sin llegar a ser jocosos y sin dejar de ser justos, evitará la excesiva austeridad, procurando mantenerse siempre dueño de sí.....serio sin rebuscamientos, severo en los encuentros, pronto en la respuesta.... silencioso en la turbación, resuelto y firme para el silencio...." (En Dörr, 2000)

Es curioso observar, cómo además de sus conocimientos y experticia, se esperaba del médico ciertos comportamientos y formas de relacionarse con las personas, que probablemente no se les exigían a otros ciudadanos. ¿Por qué ellos pensaban que esas características, incluso del aspecto físico, eran más deseables en el médico?; ¿en qué podía contribuir eso a la curación del enfermo? No es posible saberlo, pero de alguna manera esa preocupación por la persona del médico (o del terapeuta) ya comenzaba a cobrar importancia.

Con la llegada del Cristianismo, la nueva forma de amor que Cristo trae al mundo, también toca la relación médico-paciente: ésta tenía que ser entendida como un acto de amor. Los dos momentos del acto médico griego (diagnóstico y terapia) debían ser precedidos de un acto de amor. Se introduce la noción de que la enfermedad pueda tener un sentido: más allá de ser un castigo originado en el pecado, en la enfermedad se puede manifestar la gloria de Dios. En este sentido, además de atender al cuerpo, el médico y el paciente debían descubrir el sentido de la enfermedad y de ese modo, dar un sentido al sufrimiento.

Y quizás aquí el origen de un tema que cada vez adquiere mayor relevancia, especialmente en terapias de elaboración de duelo: el significado del sufrimiento, el sentido de la muerte, no el *por qué* sino el *para qué*. Probablemente el sinsentido de la enfermedad, el sufrimiento y la muerte, agrava, perpetúa e impide una mejor resolución de un proceso de duelo.

### La historia reciente

Aun reconociendo la impronta del modelo médico, queda fuera de la reflexión, para centrarla en la relación terapeuta-paciente y cómo ha ido evolucionando desde la aparición de la Psicología como disciplina independiente. La reflexión también vale para el ejercicio de la psicoterapia en general (p/ej practicada por psiquiatras).

Dejando atrás las relaciones médico-paciente sustentadas en la amistad (en cualquiera de sus manifestaciones) tal como aparecen en el mundo griego con el poder aparentemente distribuido equitativamente entre ellos, o en el amor privilegiado por el Cristianismo, surgen en la historia de la Psicología, concepciones muy diferentes de esta relación.

Todos los enfoques terapéuticos implican una relación interpersonal, variando la importancia que se le asigne según la teoría que le sirve de base, desde una relación más bien impersonal, con énfasis en la teoría y en los conocimientos técnicos (psicoterapias psicoanalíticas) hasta llegar a las teorías rogerianas, que hacen consistir la terapia en una relación interpersonal *exclusivamente*, en que el terapeuta no es sólo el instrumento para poner en juego diversas técnicas: es *el instrumento mismo*.

### Los enfoques humanistas

Rogers (1957) exige del terapeuta actitudes destinadas al proceso de reintegración del cliente. Estas actitudes o habilidades interpersonales, o condiciones básicas *suficientes y necesarias*, son la empatía o comprensión empática, la aceptación o aprecio incondicionalmente positivo y la autenticidad o genuinidad.

La formulación de estas tres cualidades del terapeuta como condiciones suficientes y necesarias para la terapia, tuvo un gran impacto en su momento (Didier, 1975), más aún si se considera que en la medida que la relación interpersonal bastaría para producir un cambio en el cliente, no serían necesarios los arsenales de técnicas de análisis, interpretaciones, manejos de consecuencias, etc. Bastaría con esas condiciones personales del terapeuta y un cliente capaz de aceptarlas, para que la terapia avance.

Adicionalmente, este enfoque exigía más condiciones emocionales que intelectuales en el terapeuta, por lo que el revuelo entre los clínicos fue aún mayor. La comprensión, el aprecio y la

autenticidad, son cualidades netamente subjetivas que chocaban y todavía aún chocarían (si se enunciaran por primera vez) con el tradicional concepto de formar al psicólogo desde la perspectiva de la ciencia, de la teoría, del intelecto. Y de nuevo las preguntas ¿basta que una persona sea inteligente para que sea un buen terapeuta?

Probablemente las posturas Humanistas tenían más semejanza en este sentido con la concepción cristiana primitiva, basada en una relación terapéutica centrada en el amor tanto o más que en los conocimientos sobre medicina, que la que se podía encontrar con disciplinas contemporáneas a las terapias de inspiración Humanista en el momento de su aparición

En el proceso de la psicoterapia Rogers y colaboradores (Rogers, 1967), distinguen 7 etapas de sucesivo acercamiento a la plenitud del ser humano, es decir, en el proceso de llegar a ser persona, el cliente es acompañado por el terapeuta. En esta relación está implícito el que el terapeuta esté más adelante que el cliente en su proceso de acercamiento a la plena expresión de su potencial de humanidad.

Para acompañar al cliente en su desarrollo, el terapeuta deberá haber alcanzado (al menos más que el cliente) lo que los humanistas llaman *rasgos* en relación a sentimientos y significados personales, construcción y utilización de la experiencia, capacidad de resolver las incongruencias, comunicación consigo mismo y con los otros, capacidad de asumir los problemas y capacidad para percibir la relaciones interpersonales como cercanas y no amenazantes. El logro de esos niveles, por llamarlos así, de madurez en mayor medida que lo logrado por el cliente, son condiciones *sine qua non* para el éxito de una terapia.

En ese sentido, Rogers y sus colaboradores hace 50 años, no estaban muy lejos de las actuales posiciones respecto de la necesidad de que el terapeuta *se forme* más allá de lo que la universidad le entrega. Rogers no habla del poder, pero

está implícito en su afirmación de que la relación terapéutica no es simétrica. Según él, el terapeuta no es reconocido como tal por su poder de experto, sino por su mayor cercanía con el ideal de ser humano realizado.

La terapia Humanista se entiende como un ensanchamiento y expansión de los propios horizontes (...) exteriormente en perspectiva e interiormente, en profundidad (Wilber, 1990). Se postula la personalidad bien integrada y madura del terapeuta como un requisito de las técnicas "la técnica y las habilidades mejorarían con la madurez y con la experiencia terapéutica, lo cual conduce a darse cuenta de la realidad interna" (Chang-Yong, 1990 pág. 20).

Y eso, también es *poder*. Al menos, superioridad en algún sentido, de uno sobre otro.

### **Terapia Psicoanalítica**

En el ámbito de la Psicología Dinámica ha sido casi un lugar común (desde Freud en adelante) que el terapeuta psicoanalítico debía recibir psicoterapia personal para maximizar su efectividad. Los miembros de la Escuela Psicoanalítica clásica han sido enfáticos al declarar que el análisis o la terapia psicoanalítica minimiza el efecto de la contratransferencia del terapeuta y enseña habilidades autoanalíticas para ser puestas al servicio del manejo de las reacciones contratransferenciales, considerando que estas últimas son esenciales para el éxito de la terapia.

En el psicoanálisis clásico, el analista adapta una posición de escaso poder aparente, por cuanto solo interviene con interpretaciones de las conductas, los sueños, las fantasías y las asociaciones libres de los clientes, sin tratar de dirigir sus comportamientos. No obstante, su posición de aparente pasividad le asegura un poder que para el cliente es difícil de descubrir, ya que no es ejercido en tono de desafío (Haley, en: Boscolo & Bertrando, 2000).

Mac Devitt (1987) revisa la importancia de la formación personal del psicólogo de orientación psicoanalítica y concluye que la terapia personal para terapeutas, lleva a una autoconciencia elevada y a un mejor funcionamiento profesional y muestra alguna evidencia en el sentido de que la habilidad en la introspección sería una variable determinante en el éxito de la terapia.

Dentro de esta misma línea, se postula además el valor de la supervisión como un importante factor de entrenamiento. Sin embargo, entre los psicólogos que adhieren a las teorías psicoanalíticas más actuales, no hay consenso sobre la necesidad o utilidad de la terapia personal. Mac Devitt sostiene que no es posible cuestionar los beneficios de la terapia personal para el terapeuta, pero en su opinión, la mayor parte de ellas han sido inadecuadamente diseñadas, pobremente focalizadas y ambiciosamente extendidas, y de allí la falta de consenso sobre su necesidad.

En cuanto al uso del poder dentro del análisis, una mayor profundización excedería los límites de este abordaje, pero aun así, cabe destacar que es probablemente en este ámbito de la psicoterapia donde el poder del terapeuta tiene una mayor expresión.

### ***La terapia de orientación conductista***

En las psicoterapias de orientación conductista, incluidas las variantes psicoeducativas, el terapeuta se ubica en una posición predominantemente directiva (Falloon, 1991, en Boscolo & Bertrando, 2000). Dentro de este modelo el terapeuta tiene el poder suficiente para sugerir e imponer directamente determinados comportamientos a sus pacientes, que aceptan transferirle en gran medida la facultad de elegir. Aunque el terapeuta no se define como omnisciente y los clientes conservan su libertad de acción, el contexto dentro del que se ejerce esa libertad es controlado de manera explícita por el terapeuta.

### ***La terapia familiar sistémica***

Podría afirmarse que dentro de esta línea, se ha explicitado la importancia que tiene la formación del terapeuta en la medida que el terapeuta se utiliza a sí mismo, como un instrumento de la terapia y se utiliza globalmente, con sus emociones, pensamientos y acciones (dentro del espacio terapéutico).

Dentro de la terapia sistémica, el terapeuta se ve enfrentado al desafío de ser al mismo tiempo observador y actor de lo que sucede. El resolver ese desafío y lograr situarse en dicho espacio, es un instrumento poderoso para la terapia. El terapeuta abre, crea, posibilita un espacio en el sistema terapéutico recién formado, para reflexión sobre lo que está ocurriendo, y tiene la facultad de dirigir y controlar lo que sucede en ese espacio así creado. (Corigliano, 1988)

Es decir, el terapeuta tiene el poder de ser observador y actor, mientras los otros son sólo actores, hasta que él les facilita el espacio de la reflexión. El terapeuta tiene el poder para crear ese espacio, saliendo de la emoción y dirigiendo el proceso hacia el cambio.

Del mismo modo que el chamán de antaño ejercía su meditación ritual entre el individuo portador de un maleficio y el grupo, el terapeuta de hoy vuelve a tejer la trama interrumpida entre el signifiante (el síntoma) y el significado entre el individuo y el grupo de pertenencia. Sin duda, tenemos un terapeuta situado fuera del sistema consultante y con poder para redefinir, lo que en este contexto trae como consecuencia la sanación. El chamán, era poderoso porque su poder era divino; en el caso del terapeuta, se le entrega este poder dentro del espacio metafórico de la terapia, definido desde un *como si*.

Entre otros, Bateson (1980) identifica la relación terapéutica como un fenómeno de juego, en la medida que tanto el juego como la terapia transcurren en un marco psicológico limitado por el espacio, el tiempo y una definición inicial. La

declaración: “esto es un juego” determina el sentido de todas las interacciones que se produzcan a partir de la aceptación de la declaración y lo mismo sucede dentro del espacio de la terapia. El setting terapéutico define el espacio de la relación. Ello lleva a que ambos fenómenos se encuentren en una relación especial respecto de la realidad concreta: el marco delimitado por el “como si” que posibilita instalarse simultáneamente en un nivel en que el acto terapéutico y el lúdico se definen al mismo tiempo como reales y como irreales. La relación terapéutica estaría situada entonces en un espacio metafórico y este marco de metacomunicación, delimitado por el *como si*, crea un contexto que posibilita las intervenciones terapéuticas.

Bateson consideraba el poder como *un error epistemológico* y dentro de la circularidad causa y efecto, afirmaba que nadie podía ejercer unilateralmente el poder sobre otro. Esta teoría fue objeto de fuertes críticas de parte de los movimientos feministas y de los operadores que se ocupaban del maltrato y abuso a mujeres y menores, en la medida que conectaba los comportamientos de la víctima y el agresor poniéndolos al mismo nivel dentro de una dinámica de causalidad circular. El reconocimiento del diferente grado de poder entre la víctima y el agresor puso en crisis la postura sistémica según la cual la víctima y el agresor cocreaban una relación de violencia.

La polémica creada alrededor del poder en general, y del poder del terapeuta en particular, resurge con Michel Foucault, quien asigna una importancia central al poder en el conocimiento y en las relaciones humanas. Para él, conocimiento y poder están íntimamente relacionados, pudiendo éste ser ejercido en su forma negativa de restricción o coerción, o en su forma positiva, de creación y producción. Foucault trabaja el concepto de análisis y deconstrucción del discurso, para descubrir la forma en que ideas, acciones y narraciones llegan a ser dominantes a expensas de otras que devienen marginales o secundarias. De este modo, el terapeuta puede, en su diálogo

interno, hacer conciencia de su influencia en la decisión de “qué narrativa puede llegar a ser dominante, y en segundo lugar, reconocer en él mismo, cómo su cliente está organizado e inevitablemente influido por las narrativas dominantes de las estructuras sociales en las cuales viven todos” (Jones, 1993, pág. 139, en: Boscolo & Bertrando, 2000).

El terapeuta enlaza múltiples interacciones en su función de mediador entre él y el sistema familiar (él es activo en la mediación), entre la familia nuclear y la familia ampliada, entre el individuo y el sistema familiar. Establece modos y canales de comunicación entre niveles emocionales, niveles cognitivos y de comportamiento (discursos, actos y emociones). A su vez, la familia le reconoce el poder de hacerlo.

Dentro de este espacio así creado, se instala el sistema terapéutico formado en el encuentro familia/terapeuta, en que la familia en el curso de sus interacciones con el terapeuta, le atribuye a éste un rol, que él deberá descubrir: árbitro, nuevo hijo obediente, progenitor idealizado, etc.

La orientación estratégica, especialmente desde los aportes de Jay Haley, es uno de los modelos que más se ha preocupado de la relación de poder dentro del espacio terapéutico. Para Haley, el terapeuta tiene la misión de ejercer un *poder benévolo* que conduzca al cliente a adoptar una actitud que le permita solucionar sus problemas. A diferencia de lo que ocurre con el poder ejercido por el terapeuta dentro de los modelos de orientación conductista, el poder no es ejercido abiertamente, sino a través de estrategias y usando medios indirectos que no desafíen las resistencias del cliente.

La orientación estructuralista, cuyo principal representante es Salvador Minuchin (Minuchin, 1990), también se interesa en el tema del poder en la terapia, desde el punto de vista de las jerarquías. Le atribuye al terapeuta menos poder que en el modelo estratégico, pero sin duda ejercido de forma más evidente. El poder emana o surge

en el momento que el terapeuta opera desde lo que él considera como estructura deseable para ese grupo familiar y en la terapia, ejerce el poder necesario para alcanzar ese objetivo. En el *aquí y el ahora*, cuenta incluso con una delegación de autoridad que le permite hacer ciertas maniobras con los clientes.

Las más modernas posiciones constructivistas postulan el abandono de la posición de experto del terapeuta, y por consiguiente, del poder. La perspectiva constructivista no admite verdades absolutas, salvo las coconstruidas en el espacio terapéutico y que derivan del consenso. Esta renuncia al poder es bastante cuestionada actualmente dentro de los mismos modelos sistémicos, en la medida que mientras haya personas que acepten a otras en un rol de terapeuta (y le paguen por desempeñar el rol) están aceptando el rol de experto del otro. En palabras de Boscolo: “negar el rol compartido de expertos, significa, más que instituir un modo diferente de hacer terapia, negar la posibilidad misma de hacer terapia” (Boscolo & Bertrando, 2000, pág. 104).

### La formación del terapeuta

Esta relación variará según sus necesidades o deseos, su formación personal, su capacidad para entrar en el juego de la familia. En la medida que el terapeuta conozca y se maneje en este espacio, su tarea tendrá posibilidades. De otro modo, si no se conoce o si no reconoce su posición, será absorbido por el sistema y éste no tendrá ninguna opción para cambiar, es decir, el terapeuta estará respondiendo colusivamente *inducido* por el sistema.

La mayor sensibilidad hacia el poder, permite al terapeuta explorar su presencia y efectos en la relación terapéutica. El problema del terapeuta no es tener demasiado poder, o sucumbir a él, sino más bien, el problema es la forma en que asume su responsabilidad por construir vínculos dentro del espacio relacional. El poder no está unilateralmente determinado, sino que resulta de un pro-

ceso interactivo que requiere el ofrecimiento del respeto (poder) como también la aceptación/reconocimiento de ese ofrecimiento (Fruggeri, 1992, en: Boscolo & Bertrando, 2000).

El análisis de los propios sentimientos y emociones del terapeuta es un camino que permite descifrar y manejar la naturaleza del vínculo que la familia pretende crear. Además de reglas y conductas ligadas entre sí, el terapeuta se amarra a una red de relaciones emocionales, algunas muy primitivas, algunas más diferenciadas y otras menos diferenciadas, las que se expresan a través de canales no verbales y a los que sólo puede accederse a través del estudio de las propias emociones del terapeuta y del reconocimiento de la posición que adquiere dentro del sistema terapéutico.

Sin duda la relevancia y el poder que el terapeuta pueda alcanzar es un tema de preocupación y análisis dentro de las diferentes expresiones de la terapia sistémica, especialmente en la formación de terapeutas.

Para Aponte (1994) la relación terapéutica incluye tanto componentes personales como profesionales. La terapia sería entonces, el *encuentro personal* con un profesional estructurado. A través del entrenamiento personal los terapeutas logran acceder a sus emociones y conocer la forma en que reaccionan a la transacción terapéutica y para ello, necesitan entrenamiento tanto en lo personal como en lo profesional. Abriéndose a sí mismos, pueden conocer sus puntos vulnerables y de ese modo llegan a ser libres en la relación. Esta formación, aun cuando sea un tema central de interés en las escuelas de formación de terapeutas familiares, debería estar presente desde los primeros años de la formación de pregrado.

Aponte reconoce el poder del terapeuta en la relación y por eso le preocupa la formación personal, el reconocimiento de puntos vulnerables en lo emocional, pero también amplía el foco y contextualiza la intervención, incluyendo la espiritualidad, y considera que ésta le confiere el

sentido último a la psicoterapia. Afirma que de una u otra forma, toda terapia debe hacerse cargo de sus fundamentos espirituales, de aquellos supuestos implícitos o explícitos acerca del porqué del dolor psíquico, de por qué sufrimos en nuestras relaciones y acerca de cómo alcanzar la sanación y la felicidad. Utiliza el término ESPIRITUALIDAD en su sentido más amplio, para referirse al significado, el propósito y los valores que guían la vida de las personas.

Siguiendo a Aponte (1988) podemos afirmar que cualquiera sea el enfoque que sustente teóricamente la terapia, el entrenamiento clínico es un proceso intensivo que se asume para desarrollar la capacidad y habilidad del terapeuta y es el puente que permite y revaloriza la aplicación de los conceptos académicos del tratamiento a la clínica específica en el contexto de la terapia real. Cualquiera sea el modelo teórico que se aplique, la terapia es conducida por personas y el vehículo del cambio es una relación social. En consecuencia, y básicamente, el único instrumento es la persona del terapeuta en relación con un cliente o paciente, y en toda relación social se establece dentro de una jerarquía de poder.

Para concluir, en la relación terapéutica encontramos a dos personas interactuando socialmente, relacionadas por la amistad (griega) el amor (cristiano) el aprecio incondicional y la comprensión (humanismo), en torno a dinámicas transferenciales y contratransferenciales (terapia psicoanalítica), a coconstrucciones de narrativas, redefiniciones, resignificaciones (sistémicas) y muchos otros estilos interaccionales terapéuticos. Pero básicamente encontramos a estas personas frente a frente dentro de un espacio creado, en que uno entrega poder a otro. Poder entendido ampliamente como reconocimiento de que el otro puede ayudar, sanar, entender, interpretar, mostrar caminos.

## Bibliografía

- Aponte, H. (1994) How personal can training get. *Journal of Marital and Family Therapy*. 20, 1.
- Aponte, H. y Winter, J. (1988) *La persona y la práctica del terapeuta. Tratamiento y entrenamiento*. Sistemas familiares. Agosto. Paidós.
- Boscolo, L., Bertrando, P. (2000) *Terapia Sistémica Individual*. B. Aires, Amorrortu Editores.
- Corigliano, N. (1988) La relación terapéutica en terapia familiar. En Andolfi, T. (1988) *La creación del sistema terapéutico*, B. Aires, Paidós.
- Chang-Yong (1990) Psychotherapist and expansion of awareness. *Psychotherapy and Psychosomatic*. 3, 53.
- Didier, M. (1975) *Las habilidades interpersonales del terapeuta*. Memoria para optar al Título de Psicólogo. P.U.C.
- Dörr, Otto. *La relación médico-paciente*. Manuscrito en prensa.
- Mac Devitt, J. (1987) Therapists, personal therapy and professional self awareness, *Psychotherapy*, 24, 4.
- Madanés, C. (1981) *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires, Amorrortu.
- Minuchin, S. (1990) *Familias y terapias: implicaciones terapéuticas para un enfoque estructural*. Barcelona, Romanyá Valls.
- Rogers, C.R. (1972) *Psicoterapia Centrada en el Cliente*. Buenos Aires, Paidós.
- Rogers, C.R. (1959) A Theory of Therapy, Personality and Interpersonal Relationships as Developed in a Client-Centered Framework. En: Koch, S. (Ed) *Psychology: the study of a Science*, McGraw Hill, U.S.A. Vol.3
- Rogers, C.R., Stevens, B. (1967) *Person to Person: the problem of being human*. U.S.A. Real People Press.
- Wilber, K. (1990) *La conciencia sin fronteras: aproximación de Oriente y Occidente al crecimiento personal*. Argentina, Ed. Kairós, Troquel.