

PSICOTERAPIA DE APOYO EN EL ENTRENAMIENTO DE PSIQUIATRAS

Por EFRAIN GOMEZ* y GERDA GOMEZ*

RESUMEN

Como modalidad de tratamiento, la psicoterapia de apoyo es más compleja de lo que se piensa. Demanda la integración de una gran variedad de componentes. La psicoterapia de apoyo puede definirse como una modalidad ecléctica integrativa. A pesar de su gran utilidad en el tratamiento de pacientes psiquiátricos y en el entrenamiento de residentes, en psiquiatría no se le estudia en forma sistemática, conceptual o empírica.

SUMMARY

As a modality of treatment supportive psychotherapy is more complex than usually thought. It demands the integration of a great variety of components. Supportive psychotherapy can be defined as a modality of psychotherapy that is eclectic and integrative. In spite of its usefulness in the treatment of psychiatric patients and the training of psychiatric residents, supportive psychotherapy is not studied systematically, conceptually or empirically.

PALABRAS-CLAVE: Psicoterapia de apoyo, estudio, enseñanza, entrenamiento.

KEY WORDS: Supportive psychotherapy, study, teaching, training.

* Universidad de Texas, Estados Unidos de Norteamérica.

INTRODUCCION

La psicoterapia de apoyo es una forma de psicoterapia multiforme y ecléctica, cuya práctica es más común en instituciones públicas que en las privadas. Cuando estas instituciones están afiliadas a Escuelas de Medicina, se le utiliza en el entrenamiento y la educación de residentes de psiquiatría. En nuestra experiencia, este tipo de psicoterapia se presta a la integración de los factores bio-psico-sociales que caracteriza los desórdenes psiquiátricos.

Irónicamente, por mucho tiempo se le consideró como la cenicienta de la psicoterapia. Esto explica en parte la escasez de estudios sistemáticos, conceptuales y empíricos sobre su teoría y su práctica. Su teoría no está bien enunciada y su técnica se ha definido más en términos de lo que se debe evitar, que de lo que se debe hacer.¹

La relación médico-paciente se manifiesta en tres niveles: a) la relación real, b) la alianza terapéutica, y c) la relación transferencial-contratransferencial. En la práctica, la relación real es lo que más se usa en la psicoterapia de apoyo ya que provee los cimientos y el material para el manejo de los otros niveles. La alianza terapéutica es el resultado del trabajo cooperativo y continuado entre el médico y el paciente, por eso se le usa en psicoterapias como la cognitivo-conductual que favorece la relación real con el paciente.² El nivel transferencial-contratransferencial es más difícil de manejar porque se relaciona con representaciones inconscientes internas. Este nivel, a diferencia de los otros, trata de mantener el *status quo*.

Tradicionalmente la psicoterapia de apoyo ha sido conocida como

psicoterapia "reparativa", en contraste con la psicoterapia "reconstructiva" del psicoanálisis. En realidad, una combinación de ambas se ha practicado por mucho tiempo. Por eso no es sorprendente encontrar en la literatura psicoanalítica, pocas referencias sobre las metas, principios, teoría y técnica de la psicoterapia de apoyo.

Por el gran número de componentes de la psicoterapia de apoyo los agrupamos en dos: 1) componentes no específicos y 2) componentes específicos. La psicoterapia de apoyo comparte con las otras formas de psicoterapia los componentes no específicos. Lo que diferencia una psicoterapia de otra son sus componentes específicos, es decir su técnica y su teoría.

El impacto de los factores no específicos se refleja en la relación real médico-paciente, y en menor grado en la explicación del significado inconsciente de dicha relación. Identificamos cuatro factores no específicos en la relación médico paciente.

COMPONENTES NO ESPECIFICOS

1. Clima o atmósfera terapéutica

La creación de un *holding environment* o clima terapéutico es esencial a la psicoterapia de apoyo, ya que el paciente necesita confianza, seguridad y aceptación para desarrollar una alianza terapéutica duradera. Un ambiente de apoyo es tan terapéutico como cualquier otro factor curativo. Su creación es un proceso espontáneo que se realiza cuando el terapeuta y el paciente consiguen crear un encuentro, a la vez que evitan un "en-contra". La búsqueda de un ambiente curativo tiene una histo-

ria larga en la medicina y en la religión. Lugares míticos como Mecca, Delphi, Lourdes, son bien conocidos. Es compartida la observación de pacientes que empiezan a sentirse mejor con sólo cruzar el umbral de una institución prestigiosa como la Clínica Mayo, o la Clínica Meninger, este es el llamado *complejo delphico*,^{3,4} su poder deriva de un arquetipo universal asociado con la fé y la esperanza.

2. Cualidades personales del terapeuta

La personalidad del terapeuta es el instrumento diagnóstico, pronóstico y terapéutico de la relación médico-paciente. La mayoría de los pacientes prefieren un ser humano a una computadora. El médico que observa, escucha, siente, entiende y responde en forma apropiada crea un clima curativo, al mismo tiempo que refuerza la alianza terapéutica. La investigación sistemática de las cualidades personales del terapeuta ha identificado seis cualidades: a) empatía; b) calor humano; c) autenticidad; d) la honestidad; e) capacidad para influenciar al paciente; f) sentido de buen humor. Los terapeutas que poseen estas cualidades alcanzan mejores resultados que los que no las poseen.⁵⁻⁹

3. Expectativas del paciente

Los pacientes tienen expectativas mágicas o reales, positivas o negativas. Los pacientes tienen expectativas mágicas cuando esperan un milagro, una píldora sin efectos secundarios, una fórmula para encontrar felicidad instantánea. Los pacientes tienen expectativas reales o realizables cuando esperan que el resultado del tratamiento dependa de motivación, cooperación y trabajo continuado con el médico. El

paciente ve lo que quiere ver como lo demuestra los experimentos en percepción. Una demostración impresionante de expectativas positivas es la cura milagrosa. Un ejemplo de expectativa negativa es la muerte *voodoo*. Un patólogo llama por teléfono a la señora X y le anuncia que tiene cáncer. La señora se acuesta, mira a la pared y muere en forma instantánea, esta es una muerte *voodoo*. Un estudio con pacientes quirúrgicos en nuestra institución demuestra que pacientes con expectativas positivas, requieren menos analgésicos que pacientes con expectativas negativas.

4. Etiquetación del problema

La etiquetación del problema no sólo decide el resultado del encuentro médico-paciente, sino también reduce la ansiedad del paciente y del médico. Pero, para que la etiquetación sea curativa, tiene que existir entre el médico y el paciente una cosmovisión compartida. Esta requiere que el médico entienda o sea sensitivo al lenguaje, la cultura y el sistema de creencias del paciente. La conexión empática con el mundo subjetivo del paciente es una de las tareas más difíciles en psiquiatría. Su conocimiento es complejo porque viene no sólo del inconsciente personal, sino también del cultural, y del colectivo-universal. Un médico general que prescribe un antibiótico para curar una infección tiene menos problemas.

COMPONENTES ESPECIFICOS

1. Técnicas Biológicas

Las técnicas biológicas en psiquiatría empezaron a comienzos del presente siglo en los asilos de alienados. La hidroterapia, la clinoterapia, la tran-

quilización de pacientes agitados con agentes físicos (camisa de fuerza, ataduras, etc.) y químicos (bromuros, opiáceos, abscesos asépticos). Hoy en día tenemos a nuestra disposición el arsenal más completo en la historia de la medicina. Julius WAGNER VON JAUREGG en 1917 usó la fiebre-terapia para curar la parálisis general progresiva, siguiendo el ejemplo de Cervantes en la cura de don Quijote. En 1934, Ladislaus VON MEDUNA indujo las convulsiones con inyecciones intramusculares de alcanfor en un paciente catatónico. El paciente se recuperó, inaugurándose el uso de los convulsivantes en la cura de desórdenes psiquiátricos. Manfred SAKEL en 1935, introdujo el uso de comas insulínicas en el tratamiento de la esquizofrenia. Ugo CERLETTI y Lucio BINI en 1938, demostraron que la electricidad simplificaba la producción de las convulsiones. En 1935 el portugués Egas MONIZ usó la neurocirugía en el tratamiento de esquizofrénicos agitados. VON JAUREGG y MONIZ ganaron el Premio Nobel. Actualmente, los comas insulínicos y las lobotomías han sido reemplazados por la farmacoterapia, sólo el choque eléctrico continúa en uso.

Desde la introducción de los psicotrópicos, a principios de la década del cincuenta, la psicofarmacoterapia se ha convertido en el tratamiento predominante tanto de enfermos hospitalizados como de los ambulatorios. Ninguna otra cultura ha desarrollado medicamentos tan sofisticados, de tanta variedad, y tan potentes como los que disponemos ahora.

2. Técnicas psicosociales

Partiendo de la manera infinitamente compleja de como la gente se relaciona, tanto en salud como en enferme-

dad, los teóricos psicosociales han desarrollado técnicas diferentes.

a) Técnicas anamnésicas. Se ha demostrado que el sólo hecho de tomar y organizar una historia clínica es una buena técnica no sólo para la formulación diagnóstica, sino porque ayuda las necesidades catárticas del paciente, ya que facilita la observación crítica, y las intervenciones del médico y las reacciones del paciente en un ambiente de tolerancia y apoyo.

b) Técnicas psicodinámicas. La relación médico-paciente tiene un enorme potencial ya que se basa en la relación diádica con la madre. El cambio de comportamientos y actitudes es posible porque el paciente trae a la situación terapéutica actitudes negativas y comportamientos maladaptativos que empiezan en experiencias interpersonales pasadas y que se perpetúan en experiencias interpersonales presentes. ALEXANDER señaló la importancia correctiva de la relación médico-paciente en la eliminación de estas actitudes. También señaló que el médico debe adaptar su técnica a las necesidades individuales del paciente!⁰ La transferencia, ya lo señalamos, puede convertirse en una fuerza negativa porque se opone al cambio terapéutico. La tendencia a mantener el *status quo* es el resultado de la psicopatología que transforma la mente del paciente en un sistema cerrado que repite compulsivamente, el mismo diseño. El psicoanálisis freudiano, dominó la psiquiatría por muchas décadas en el transcurso de este siglo. Empezó como una técnica corta, focal y de breve duración. Su foco se centraba en los síntomas de la histeria. El arribo de las asociaciones libres, el análisis de los sueños y de

las fantasías, reemplazó la hipnosis, la sugestión y las directivas del analista. El análisis perdió su foco y la duración del tratamiento aumentó. La exploración de la transferencia disminuyó la actividad del analista. El refinamiento de la teoría, el énfasis en la sobre-determinación de los síntomas y la resolución de todas las represiones, aumentó aún más la complejidad de su técnica y de su teoría. El análisis que duraba días o semanas al principio, empezó a durar meses, años y después décadas. FREUD, preocupado, terminó escribiendo al final de su vida "Análisis terminable e interminable"¹¹ un artículo pesimista sobre la eficacia del análisis como forma de tratamiento.

Actualmente existe una fuerte tendencia al retorno de la psicoterapia de breve duración.¹² Tres estudios sistemáticos muestran que cuatro tipos de pacientes pueden ser tratados con este tipo de psicoterapia: 1) pacientes con un foco edípico, 2) pacientes con problemas de individuación y separación, 3) pacientes fóbicos y obsesivos, y 4) pacientes con personalidad anormal en los que no se puede identificar un foco principal.

3. Técnicas conductistas-cognitivas

La enseñanza de nuevos comportamientos, nuevos estilos y esquemas cognitivos son las metas de este tipo de psicoterapia. El condicionamiento clásico de PAVLOV y el operante de SKINNER son esenciales en la aplicación de este tipo de psicoterapia.

4. Técnicas humanísticas-existenciales

Estas técnicas centran su interés en el entendimiento holístico de la angustia y los sentimientos en un contexto existencial de la vida humana. La empatía y la

intersubjetividad son factores muy importantes.

5. Técnicas interpersonales

Estas técnicas ayudan al mejoramiento y al mantenimiento de relaciones interpersonales. Estas relaciones deben ser congruentes con el desarrollo psicosocial de cada paciente. Milieu, terapia de grupo, terapia familiar y terapia social son usados como auxiliares en el desarrollo de habilidades personales, sociales y vocacionales.

6. Técnicas culturales

Idealmente, toda técnica debe ser congruente con el lenguaje, la cultura y el sistema de creencias del paciente. Prácticas mágico-religiosas precedieron por miles de años el descubrimiento de la psicoterapia científica, pero aún hoy encontramos sus vestigios en el uso de cruces, medallones, amuletos, similar en simbolismo a las cartas de presentación, tarjetas de cita, número telefónico del terapeuta, etc., clásicos objetos de transición de las relaciones objetales.

APLICACION DE LA PSICOTERAPIA DE APOYO EN TRATAMIENTOS DE CORTA Y LARGA DURACION

La psicoterapia de apoyo es útil tanto en los tratamientos de corta como de larga duración. En casos de emergencia y en crisis se utiliza técnicas que suprimen la ansiedad: la hospitalización, la manipulación ambiental, el uso de psicotrópicos, la intervención familiar, el consejo directivo, la sugestión, la educación, etc. La psicoterapia de apoyo de larga duración combina el uso de los

componentes no específicos y los específicos, especialmente el componente psicodinámico que tiende a aumentar la ansiedad. En pacientes crónicos vulnerables, las técnicas que aumentan la ansiedad deben ser modificadas combinándolas con técnicas de apoyo. La psicoterapia de apoyo de larga duración puede ser mejor entendida si definimos sus metas. La meta principal es reestablecer y mantener el mejor nivel posible de funcionamiento en el paciente, teniendo en cuenta las limitaciones psicológicas y neurobiológicas de pacientes esquizofrénicos, bipolares, esquizoides, fronterizos, narcisistas en los que hay que maximizar potenciales y minimizar debilidades. La integración de la psicofarmacología y la relación médico-paciente es fundamental y no debe separarse.

ALEXANDER fue el primero en identificar la complejidad de las técnicas de apoyo. Las fronteras entre la psicoterapia de apoyo y las psicoterapias reconstructivas nunca estuvieron bien definidas, de tal manera que uno no puede hablar de una psicoterapia de apoyo o psicoterapia reconstructiva inadulterada. Si comparamos y tratamos de diferenciar el tratamiento de una infección viral del de una bacteriana, concluiremos que el tratamiento de la infección viral es básicamente de apoyo mientras que el tratamiento de una infección bacteriana es básicamente específico, ya que responde a determinado antibiótico. En la práctica esta distinción no es tan simple como parece. El antibiótico que usamos es más de apoyo que específico si consideramos que su eficacia depende del papel auxiliar que desempeña con respecto al sistema inmunológico. De la misma manera, en la práctica de la psicoterapia encontramos elementos de apoyo en toda terapia

reconstructiva, y elementos reconstructivos en toda psicoterapia de apoyo.¹³

En la última década se ha escrito dos libros y un manual sobre psicoterapia de apoyo^{14,15,16} desde la perspectiva de la psicología del ego. Desafortunadamente no se ha escrito libros tratando de integrar la nueva metapsicología que ha revolucionado el tratamiento de desórdenes psicopatológicos severos. La efectividad de un buen clínico depende de su capacidad para integrar diferentes perspectivas y teorías en el tratamiento de cada caso individual. La mayoría de los residentes de psiquiatría se entrena en instituciones públicas, y en estas instituciones la modalidad que se practica es una mezcla de psicofarmacología y psicoterapia. Por este motivo es lógico esperar que la psicoterapia de apoyo tenga precedencia, irónicamente en la práctica esto no ocurre. Nuestra recomendación es usarla como matriz para la integración de todos los componentes de la psicoterapia.

CONCLUSIONES

Como modalidad de tratamiento la psicoterapia de apoyo es más compleja de lo que se piensa. Demanda la integración de una gran variedad de componentes tanto a nivel teórico como práctico. La psicoterapia de apoyo es una modalidad ecléctica e integrativa. Pero a pesar de su utilidad en el tratamiento de pacientes y en el entrenamiento de residentes, no se la enseña en forma sistemática, conceptual o empírica. La remodelación de la psiquiatría, la reforma del sistema de salud y los problemas económicos del presente, están determinando esta dirección. La integración de varios tipos de psicoterapia requiere una

labor extraordinaria. Debido a su complejidad, la habilidad del clínico para ofrecer empatía pueden verse comprometida. En este artículo tratamos de reducir su complejidad discutiendo todos sus componentes. Finalmente, proponemos una manera de aplicarla en los tratamientos de corta y larga duración, así como el uso del principio epigenético en la organización e integración del material clínico. El principio epigenético, útil en la embriología puede serlo en psiquiatría porque tiende a unificar teorías divergentes.

El desarrollo del embrión procede de un estado de mínima diferenciación, a un estado de máxima diferenciación. Todo órgano aparece a su debido tiempo para poder organizarse dentro de su mismo

sistema e integrarse con los otros sistemas. El resultado final es un organismo completo y viable. El sistema nervioso central en los humanos, a diferencia de los otros animales, necesita dos décadas de maduración postnatal haciendo relevante la influencia del medio ambiente. Si aplicamos el principio epigenético al desarrollo de la personalidad tres secuencias se hacen presentes: a) Si la maduración y el desarrollo es interferido en sus primeros estadios la psicopatología es más severa, b) Cada estadio debe realizarse en un medio ambiente adecuado que ofrezca apoyo y estímulo al mismo tiempo, y c) Las necesidades de cada estadio deben satisfacerse y completarse a su debido tiempo para prevenir intervenciones correctivas posteriores

RESUME

La psychotherapie de soutien es une forme de traitement plus complexe que ce que nous pensons. Elle demande l'intégration de plusieurs composantes. La psychotérapie de soutien peut être défini comme une modalité d'élection et d'intégration. Malgré l'utilité de cette thérapie, elle n'est pas étudiée d'une façon systématique, de conceptualisation ou empirique.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser behauptet, dass die Hilfspsychotherapie als eine Art Behandlung komplexer ist als man denkt. Hilfspsychotherapie ist eine eklektische, integrative Art von Behandlung. Trotz ihres Wertes in der Behandlung psychiatrischer Patienten und in der Praxis der Fachausbildungen, wird sie nicht systematisch, empirisch und Gründlich studiert.

BIBLIOGRAFIA

1. WINSTON, A., PINSKA, H. & McCULLOUGH, L. (1986): *Hospital and Community Psychiatry*, 37: 1105-1114.- 2. NOVALIS, P.N., ROJCEWICZ, S.J., & PEELE, R. (1993): *Clinical Manual of Supportive Psychotherapy*, American Psychiatric Press, Washington, D.C.- 3. TORREY E.F. (1972): *The Mind Game*. Emerson Hall Publishers, New York. 4.

FRANK, J.D. (1961): *Persuasion and healing*. Johns Hopkins Press, Baltimore.- 5. ROGER, C.R. (1957): "The necessary and sufficient conditions of therapeutic change". *Consulting Psychology*, 21: 95-103.- 6. TRUAX, C.B. & CARKHUFF, R.R. (1962): *Toward Effective Counseling and Psychotherapy: Training and Practice*. Aldine Publishing

- Company, Chicago.- 7. TRUAX, C.B. & CARKHUFF, R.R. (1965): "Training in counseling and psychotherapy: An evaluation of an integrated didactic and experimental approach". *Consulting Psychology*, 29: 333-336.- 8. BEUTLER, L.E., GRAGO, M. & ARZEMENDI, T.G. (1986): Therapists variables in psychotherapy process and outcome. In *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, A.E. Pergin, A.M. Garfield (Eds.) John Wiley, New York.- 9. GOMEZ, G.E., O'CONNELL, W. & GOMEZ, E.A. (1990): "Humor and health". *World J. Psychosynthesis*, 19: 6-9.- 10. ALEXANDER, F. & FRENCH, T. (1946): *Psychoanalytic Therapy*. Ronald Press, New York.- 11. FREUD, S. (1971): *Analysis Terminable and Interminable. The Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. XXIII. The Hogarth Press, London.- 12. DAVANLOO, H. (1992): *Short Term Dynamic Psychotherapy*. Janson Aronson Inc. Northvale, New Jersey, London.- 13. URSANO, R.J. & SILBERMAN, E.K. (1988): "Individual Psychotherapies". En *Textbook of Psychiatry*, J.A. Talbott, R.E. Hales & S. Yudofsky (Eds.). The American Psychiatric Press, Washington DC.- 14. WERMAN, D.S.: *The Practice of Supportive Psychotherapy*. Brunner and Mazel, New York.- 15. ROCKLAND, L.H. (1989): *Supportive Therapy: A Psychodynamic Approach*. Basic Books, New York.- 16. NOVALIS, P.N., ROJCEWICZ, S.J. & PEELE, R. (1993): *Clinical Manual of Supportive Psychotherapy*. American Psychiatric Press, Washington, DC.