

Fundamentos técnicos de la psicoterapia de apoyo

Ariel Alarcón Prada¹

Resumen

Introducción: La psicoterapia de apoyo es la modalidad terapéutica más utilizada en psiquiatría. *Objetivo:* El presente trabajo busca explicar los principios básicos teóricos y técnicos que sustentan su práctica. *Método:* Revisión bibliográfica en la cual se definen los términos, filosofía, indicaciones y alcances de la psicoterapia de apoyo. *Desarrollo:* Se presentan las estrategias técnicas fundamentales en este tipo de psicoterapia, como lo son la formulación de caso, el encuadre, la escucha terapéutica, la alianza terapéutica, el ambiente facilitador, el manejo de la transferencia y la interpretación en la psicoterapia de apoyo, aportando ejemplos clínicos.

Palabras clave: psicoterapia de apoyo, formulación de caso, encuadre, alianza terapéutica, escucha terapéutica.

Title: Technical Fundamentals of Support Psychotherapy

Abstract

Introduction: Support psychotherapy (ST) is the most used treatment modality in psychiatry. *Objective:* The present work explains the basic theoretical and technical principles that support the practice of ST. *Method:* A bibliographical review is carried out, in which the terms, philosophy, indications and scope of support psychotherapy is defined. *Development:* The fundamental technical strategies in this psychotherapy type are presented, such as case formulation, setting, therapeutic listening, therapeutic alliance, the facilitating atmosphere, transference management and interpretation in ST. Clinical examples are given.

Key words: support psychotherapy, case formulation, setting, therapeutic alliance, therapeutic listening.

¹ Médico psiquiatra y psicoanalista. Docente adscrito a los departamentos de Psiquiatría de las universidades Javeriana y del Rosario, Bogotá, Colombia. Jefe del Departamento de Psiquiatría de la Clínica de Marly, Bogotá, Colombia.

Introducción

A pesar de que la psicoterapia de apoyo (PA) es la modalidad psicoterapéutica más empleada en la clínica, hay pocos manuales sobre su técnica, y la investigación empírica es escasa. La PA es muy utilizada debido a que una gama amplia de pacientes se puede beneficiar de ella, y aunque tiene sus raíces en el psicoanálisis, hoy en día existen muchas escuelas psicoterapéuticas, enfoques y técnicas que la usan. De ahí que entre todas ellas sea sencillo que el psicoterapeuta en entrenamiento pierda de vista la realidad del paradigma empleado para el trabajo con la mayoría de enfermos mentales, para los cuales este es el tratamiento de elección, y se encuentren al principio con una amalgama confusa de teorías que no los ayuda en la práctica a abordar su paciente (1).

En muchas escuelas psiquiátricas y psicológicas se promulga la idea que la psicoterapia de apoyo es algo “menor”, comparada con otras formas más profundas, como el psicoanálisis o la terapia cognitivo-conductual, y creen que con el simple sentido común se puede hacer PA. Esto lleva a que se descuide la enseñanza de la teoría y la técnica de la psicoterapia, que más va a tener que practicar el profesional (1). Un descuido similar ocurre con la investigación científica en este campo (2,3).

Por el contrario, la PA puede ser muy demandante de habilidades terapéuticas, ya que requiere comprender el papel de la historia del paciente en la formación de sus síntomas, así como el manejo de los efectos de la alianza de trabajo y la transferencia en la relación paciente-terapeuta (4).

Definiciones

Con Joan Coderch (2), entendemos la psicoterapia como aquella actividad con fines curativos, realizada por un profesional especialmente capacitado y entrenado para ella, que utiliza medios psicológicos para entender y tratar los sufrimientos emocionales de los seres humanos. Para que una psicoterapia pueda ser considerada verdaderamente como tal es necesario que cumpla dos requisitos fundamentales: (a) que las herramientas técnicas empleadas por el terapeuta sean sustentadas por sólidos fundamentos teóricos y científicos y (b) que el terapeuta haya recibido un entrenamiento formal en la técnica de la psicoterapia. Su calidad depende de la experiencia del terapeuta y de la sujeción a las normas, demostradas científicamente, de su práctica (2,3).

Tradicionalmente a las psicoterapias psicoanalíticamente orientadas (PPO) se las ha dividido entre la modalidad expresiva y la de apoyo (PA) (4). Las primeras, cuyo paradigma es el psicoanálisis clásico (y cuya

herramienta técnica por excelencia es la interpretación), buscan develar el conflicto inconsciente subyacente a la patología. Las segundas, por el contrario, se orientan a mantener o reforzar las defensas adaptativas del paciente, de tal modo que estas le permitan sobrellevar lo mejor posible su cotidianidad.

Las terapias expresivas buscan el cambio de la estructura psíquica; las de apoyo, la mejor adaptación posible al medio y a las circunstancias que rodean al paciente. La PA hace hincapié en la movilización de las fortalezas del paciente para realzar su autoestima, y usar defensas adaptativas y estrategias de afrontamiento positivas (4,5). Habiendo definido la PA, veamos ahora lo que no es, para aclarar aún más su definición.

Qué no es psicoterapia de apoyo

Usualmente no son consideradas psicoterapias, estrictamente hablando, las intervenciones originadas principalmente en el sentido común, como los consejos, las orientaciones o las pautas brindadas espontáneamente sin que medie un saber científico y técnico en ellas. Estas intervenciones espontáneas y naturales —que en otro lugar (6) he denominado, no desdeñosamente, *palmoterapia*— de ofrecer unos minutos de simple escucha, un hombro para llorar, un abrazo, palmaditas en la espalda, una cari-

cia, palabras cálidas de aliento, un guiño de humor, etc., son consideradas maniobras o estrategias de apoyo emocional.

Basadas en el sentido común (en muchos casos sumamente útiles), son las intervenciones que pueden brindar los profesionales no especializados en psicoterapia, los médicos generales o de otras especialidades involucradas, las enfermeras no especializadas y las asistentes sociales no especializadas; también pueden ser ofrecidas por personas del entorno de los pacientes, como sus familiares, amigos o guías espirituales no especializados.

Desde luego, también son brindadas por psicoterapeutas entrenados, como quiera que tales intervenciones hacen parte de la empatía y del proceder natural de las relaciones humanas. La importancia de estas maniobras, más allá de su utilidad práctica en determinados momentos de crisis, descansa en el hecho de que generan o ayudan a hacer consciente un vínculo humano significativo en términos emocionales entre el paciente y quien le brinda apoyo.

El paciente se siente acogido, querido, respetado, dignificado y, por consiguiente, aliviado en su dolor psíquico; pero estas intervenciones espontáneas, por sí solas, no pueden ser consideradas psicoterapia (7). Al medir su impacto en términos de cambio psíquico, estudios

empíricos han demostrado que (en muchos casos utilísimas e importantísimas) no logran llegar a propiciar un cambio psíquico estable de una condición psicopatológica, lo que sí está demostrado ocurre, y es lo que se busca, con la psicoterapia propiamente dicha, tanto en sus modalidades expresivas y de apoyo de las PPO, como en la terapia cognitivo-conductual, tal como lo hemos definido (2).

Indicaciones

Dado que la PA se puede utilizar en una serie muy amplia de trastornos y de pacientes mentales, su indicación depende de la situación clínica específica de cada uno, más que de la entidad nosológica de que se trate. Así, más que un listado de los trastornos en los que se puede utilizar la PA, depende de la formulación psicodinámica que hagamos del paciente, de sus fortalezas y debilidades por la que esté pasando en el momento de la evaluación.

Como vimos, la PA busca reforzar las defensas para que la persona enfrente del mejor modo posible una crisis vital. La cantidad y cualidad de apoyo requerido difiere de un paciente a otro, de una situación a otra. En general, los pacientes "clásicos" para PA caen dentro de dos categorías: por un lado, individuos muy sanos psíquicamente y bien adaptados que se han afectado debido a un evento vital sobrecogedor;

por el otro, individuos con una enfermedad psiquiátrica tan seria que están crónicamente incapacitados y tienen déficits significativos en su funcionamiento yoico (4).

Sabemos que entre más grave sea la crisis y más frágil el paciente, más apoyo requerirá. Del mismo modo, podemos decir que entre más deteriorada esté la estructura psíquica del individuo, más apoyo requerirá (1,4). Así, por ejemplo, si a un hombre o mujer muy estructurados, con un buen desempeño psíquico, emocional, laboral y social le diagnostican un cáncer, entra en una situación en la que puede requerir una PA mientras restablece su homeostasis psíquica.

Por otro lado, un paciente esquizofrénico no bien tratado ha deteriorado tanto su funcionamiento psíquico que requiere apoyo permanente para enfrentar su vida cotidiana. Entre estos dos extremos, encontramos toda clase de posibilidades clínicas, que comprenden una baja tolerancia a la ansiedad y dificultades en ser reflexivos, así como pacientes en quienes es importante prevenir una regresión muy fuerte y se debe estabilizar el ajuste, fortaleciendo sus defensas y no analizándolas, ya que el análisis las debilitaría y aumentaría la ansiedad a un nivel no soportable para el paciente en ese momento (4).

Por otro lado, entre las PPO se ha demostrado que las técnicas expre-

sivas se combinan con las de apoyo, en psicoanálisis o en PPO de larga duración. La intensidad y frecuencia con que se usan unas u otras dependen de la fase del tratamiento y de la situación clínica por la que esté atravesando el paciente. Si en el curso de un psicoanálisis un paciente con un trastorno de personalidad pasa por una crisis vital intensa (por ejemplo, un divorcio o un duelo agudo), el psicoanalista utiliza más técnicas de apoyo que interpretaciones en ese momento (2,8).

Como la PA tiene una amplia paleta de herramientas técnicas de baja a alta complejidad, la única contraindicación absoluta es una inteligencia subnormal. Además, contraindicaciones relativas, pero no menos importantes son las referentes a dificultades en la empatía y la contratransferencia por parte del profesional hacia su paciente. En personas muy regresadas o muy deficitarias, es cierto que el caudal de herramientas técnicas se reduce, pero se puede seguir realizando una PA (2,9,10).

Herramientas técnicas de la psicoterapia de apoyo

Sin pretender ser exhaustivos, a continuación se revisan algunas

de las herramientas técnicas más utilizadas en la PA, como lo son la formulación del caso, el encuadre, la escucha silenciosa y la alianza terapéutica, que se resumen en lo que he denominado el *ambiente facilitador en psicoterapia*, y siguen las ideas de Winnicott en torno al desarrollo infantil y la función analítica (11).

Formulación del caso

Una vez se ha escuchado detenidamente al paciente, en una o varias entrevistas, sobre lo que le está pasando y su historia personal y antecedentes, se formula su caso.² La formulación del caso o psicodinámica es esencialmente un conjunto de hipótesis acerca de las causas, los precipitantes y las influencias que mantienen los problemas psicológicos, interpersonales o del comportamiento de una persona; es una conceptualización del paciente mucho más amplia que el simple diagnóstico psiquiátrico, que lo incluye.

Ayuda al terapeuta a organizar la información compleja y amplia sobre su paciente, orientando su proceder, los cambios buscados, la forma de lograrlos y las posibles interferencias que se puedan lle-

² Una descripción y explicación detallada de la teoría y la práctica de la formulación del caso, también conocida como *conceptualización del caso* o *formulación psicodinámica*, por ser un tema extenso y complejo en sí mismo, rebasa los objetivos del presente artículo.

gar a presentar en el tratamiento (12). La formulación es el elemento primordial e imprescindible que se debe esclarecer antes de iniciar cualquier psicoterapia, ya que es el punto de partida que nos va a llevar a su éxito.

Es la teoría que cada terapeuta construye de lo que está ocurriendo con su paciente, basándose en los fundamentos teóricos que sustentan su práctica y, como tal, le sirve de hoja de ruta para diseñar sus futuras intervenciones. Debe incluir explicaciones del terapeuta acerca de *por qué y por qué ahora* le ocurre esto a su paciente (13).

En una PA de orientación PPO la formulación psicodinámica incluye, además del diagnóstico psiquiátrico, el diagnóstico del grado de estructuración del yo, su desarrollo psicosexual, la influencia que han tendido en su vida sus relaciones tempranas, la estructuración y dinámica de sus relaciones objetales, los recursos de su personalidad, los mecanismos de defensa más habituales, todo esto para definir ampliamente su personalidad, el conflicto por el que atraviesa, los recursos con los que cuenta y los que le faltan para superarla (12).

Podemos utilizar la metáfora de los planos y la maqueta en arquitectura. Así como a ningún arquitecto que se precie de tal se le ocurriría iniciar una obra sin antes haber le-

vantado unos planos y una maqueta de lo que quiere hacer, del mismo modo ningún psicoterapeuta puede iniciar una psicoterapia sin una formulación del caso.

Encuadre

Puede parecer llamativo incluir este elemento de tanta importancia en las PPO como una herramienta de apoyo en la PA. Sin embargo, el encuadre, con sus diferentes componentes, principalmente el de la *habitualidad*, configura aspectos que cuando se hacen conscientes por parte del paciente estructuran y dan un sentido de confiabilidad a la psicoterapia y al terapeuta, fundamentales para el logro de sus propósitos.

Naturalmente, se ha considerado que para que el encuentro entre dos personas lleve a algún fin son necesarias una temporalidad (momento) y una espacialidad (lugar), definidas. En psicoterapia, a la expresión consciente —aunque, desde luego, con muchos elementos inconscientes—, voluntaria y propositiva de estas coordenadas (momento, lugar y fin) es lo que se ha denominado *encuadre* (12-14). Encuadres o contratos hay en todas las interacciones humanas. Es un aporte de la teoría psicodinámica el hacerlo consciente, el ponerlo de relieve y el destacarlo, no sólo como parte esencial de la vida en sociedad, sino el convertirlo en un

poderoso instrumento para el cambio psíquico.

El encuadre define quiénes, por qué o para qué, cuándo, dónde, cómo y a qué precio se encontrarán paciente y terapeuta. Tiene estos elementos conscientes o explícitos que es necesario aclarar antes de comenzar la psicoterapia, así como otros elementos implícitos, que para el terapeuta son la neutralidad, la abstinencia y la atención libremente flotante, y para el paciente, la asociación libre.

Originalmente, estos elementos del encuadre psicoterapéutico fueron explicados por Freud para el psicoanálisis en sus escritos técnicos de 1910 y 1911, de los consejos al médico y sobre la iniciación del tratamiento (15,16). Son igualmente válidos y aplicables a la PPO, excepto algunas particularidades.

Cuando hablamos de los elementos explícitos, estamos no sólo dando una serie de coordenadas formales de propósito, persona, tiempo, lugar y costo, sino que estamos brindando al paciente un *marco estable* de referencia sobre el terapeuta y un sentido de pertenencia a un estrecho vínculo de trabajo psíquico y afectivo con él o ella. Estos elementos, por la sensación de estabilidad en cuanto a las variables vitales de espacio, tiempo y persona que transmiten, son aliviadores y estructuradores. Entre otras

cosas, porque el paciente, después de un tiempo, toma conciencia de que tiene una persona, un lugar y un momento donde sus ansiedades serán contenidas (14).

La neutralidad y la abstinencia en PPO, que son igualmente válidas en cualquier otro tipo de psicoterapia, no se refieren para nada al anticuado y difundido prejuicio de un analista frío, muy silencioso y desapacible, sino que se refieren a trascendentales ideales terapéuticos y éticos hacia los que todos los psicoterapeutas deben tender, independientemente de la escuela a la que se suscriban. Imponen al terapeuta un profundo respeto por la persona humana del paciente, por su padecer psíquico y por sus propios recursos para superar sus dificultades.

Técnicamente, la neutralidad se refiere a que el terapeuta no toma, aunque está muy interesado en la mejoría de su paciente, partido preferencial por alguna de las instancias de la vida psíquica del paciente, es decir, no se inclina ni hacia su ello, ni hacia su superyó; tampoco se expresa a favor o en contra de cualquiera de los objetos internos de los pacientes. Esto quiere decir que el terapeuta no privilegia ni rechaza ninguno de los temas, vivencias o situaciones que el paciente trae a la terapia. Su obligación perentoria es no juzgar (con juicios de valor) ninguna de las

vivencias o fantasías del paciente, sino recibirlo y aceptarlo tal cual es, sea como sea.

La abstinencia implica que el terapeuta se debe inhibir de gratificar las tendencias pulsionales y las necesidades de los pacientes (¡tanto como las suyas propias!). La relación humana paciente-psicoterapeuta debe permanecer exclusivamente en ese plano, que no puede sobrepasarse jamás. Aunque en términos transferenceles (y, por lo tanto, defensivos) los pacientes nos busquen, además de la psicoterapia y el psicoanálisis, para que seamos sus amigos, sus padres, sus amantes, sus sacerdotes, sus cómplices, sus jueces, sus socios en los negocios, sus amigos, sus enemigos, etc., nuestro lugar inmutable en el mundo del paciente debe ser el de su psicoterapeuta y nada más. Sistemáticamente nos debemos abstener de gratificar las pulsiones tanto libidinosas como agresivas (necesidades de amor o de castigo) del paciente (13,14).

Comenzar una psicoterapia sin saber concretamente qué se quiere obtener de ella, es como salir de casa sin saber adónde se quiere ir. Uno de los elementos centrales a la hora de definir el encuadre es acordar con el paciente las metas que se propone lograr con la psicoterapia y, si se puede, un tiempo en el cual sea realista que esas metas se cumplan. ¿Qué quiere usted lograr con esta psicoterapia? En caso que

la terapia que vamos a comenzar produzca resultados en seis meses, ¿cómo cree que se estará sintiendo en ese momento?, ¿cómo será su vida en ese momento?, son algunas preguntas que se pueden formular en este momento. Lo realista de estos objetivos es algo que debe acordarse conjuntamente, para no estarle ofreciendo al paciente algo que la terapia no puede darle.

Entre más claro y estable sea el encuadre, más apoyado y protegido se va a sentir el paciente. Esto no quiere para nada decir que el terapeuta deba ser una persona fría, distante emocionalmente, que no pueda mostrar su interés y aprecio por el paciente. Todo lo contrario, se trata de recibirlo tal cual es, meterse en su pellejo con la máxima empatía y simpatía posibles, no juzgarlo y tratar al máximo de comprenderlo, sin involucrarse en su vida real más allá del consultorio.

Escucha terapéutica

Nuestro deber inicial ante todo paciente en psicoterapia es escuchar, escuchar y escuchar, sin interrupciones. El silencio terapéutico, el quedarse callado de un modo especial, es una de las principales herramientas técnicas de los psicoterapeutas, tan básica como frecuentemente irrespetada. Aunque pueda parecer una obviedad, la escucha silenciosa, respetuosa y atenta del paciente es un elemento

técnico fundamental, estrechamente relacionada con el encuadre.

Escuchar atentamente con un silencio activo es permitirle a la persona, en nuestra compañía, expresar libremente y a su manera sus sentimientos, temores, conflictos y necesidades. Para nada se trata de un silencio retador demasiado incómodo ni mucho menos desinteresado. Todo lo contrario. Inicialmente no debemos decir muchas palabras, sino transmitirle al paciente la sensación de que nos interesa mucho, lo acompañamos y respetamos profundamente. Desde luego, las entrevistas tipo “lista de revisión” están en este momento completamente contraindicadas.

En general, los pacientes inician las sesiones con unas cuantas frases de introducción de un tinte social o médico, sin que nos hablen de lo que realmente están sintiendo. Si nos quedamos en silencio, en ese momento ellos mismos pasan a relatarnos sus verdaderos motivos de consulta y lo que más los hace sufrir en ese momento. Este silencio debe ser sólo un poco incómodo en la PA y un poco mayor en el psicoanálisis. Si sentimos que el paciente se turba demasiado o espera de nosotros una actitud más activa, podemos intervenir con frases cortas que les demuestren nuestro interés, estimulándolos a continuar su relato.

La escucha terapéutica no sólo implica abrir un espacio en nuestro corazón y en nuestro consultorio a todas las emociones del paciente, sean cuales fueren, que respetamos profundamente (no sólo sus sentimientos), sino también a su idiosincrasia, sus convicciones, su modo de ser, sus ideas, aunque no las compartamos. Le permitimos ser el mismo sin ninguna crítica o rechazo de nuestra parte; no nos precipitamos a corregir sus distorsiones antes de haberlos escuchado completamente.

El mejor ejemplo (entre varios) de la importancia del silencio como herramienta de apoyo es cuando los pacientes irrumpen en llanto. Estar ahí muy atentos y en silencio es permitirles expresar en ese momento todo su dolor en nuestra compañía. Después de un tiempo, que debemos dejar transcurrir sin interrupciones, el llanto cesa y, por lo general, el propio paciente se queda reflexionando sobre su dolor o comienza a darse a sí mismo palabras de aliento.

Ahí podemos intervenir expresando nuestra comprensión y empatía con sus afectos y su situación vital, y al hacerlo habremos reaccionado de un modo opuesto a como lo habría hecho una enfermera no especializada o el vecino de la esquina y habremos utilizado otras tres herramientas técnicas de la PA: la abreacción, la catarsis y el fortalecimiento de la alianza terapéutica (13).

Alianza terapéutica

El primer deber, según Freud, de todo terapeuta es allegar al paciente tanto a la terapia misma como a la persona del terapeuta (16). La alianza terapéutica (AT), también denominada alianza de trabajo o alianza de ayuda, se refiere al grado en el cual el paciente experimenta la relación con el terapeuta como sólida y útil para el logro de sus objetivos en la terapia (13). Según Gaston, citado por Arredondo (17), la AT contiene cuatro componentes principales:

1. La relación afectiva entre el paciente y su terapeuta.
2. La capacidad del paciente [y del terapeuta] para actuar conforme al propósito de la terapia.
3. La comprensión empática y el compromiso del terapeuta.
4. El acuerdo entre paciente y terapeuta sobre los objetivos y las tareas del tratamiento (17).

En otras palabras, repasamos algunos puntos ya tratados cuando hablamos del encuadre, que vale la pena destacar en relación con la AT: la relación paciente-terapeuta es una relación *afectiva* intensa para ambos, que se debe circunscribir estrictamente a normas y propósitos claramente definidos, en las cuales ambos participantes deben estar de acuerdo, cumplirlas y dar lo mejor de sí para el logro de las metas propuestas. Diferentes es-

tudios empíricos en PPO muestran la importancia de la AT como un poderoso determinante del cambio psíquico obtenido en una psicoterapia (5,13,18,19).

Un aspecto que resalta una y otra vez Luborsky, en su famoso manual *Principles of Psychoanalytic Psychotherapy* (13), es la importancia de que el paciente sea consciente de la AT y, por lo tanto, que el terapeuta se la señale cuando él mismo no se dé cuenta que se está desarrollando y está produciendo resultados. Hay varias formas como el terapeuta le puede mostrar que el vínculo y el trabajo de ambos es sólido y eficaz:

1. *El estricto cumplimiento del encuadre por parte del terapeuta.*
2. *El mostrar al paciente que somos conscientes del esfuerzo que hace por mejorar.* Por ejemplo, cuando el paciente te dice “estoy mejor”, señalarle: “¿que será lo que está haciendo *usted* para estar mejor?”.
3. *El desarrollo del aprecio por el paciente.* Se trata aquí de un aprecio general y respetuoso que no lleva al terapeuta a contradecir sus necesidades pulsionales ni a perder objetividad en su análisis. Estudios empíricos han demostrado que aquellos pacientes que eran apreciados por sus terapeutas mejoraron más que los que no lo eran (13,18-20).

4. *El señalar al paciente de un modo realista y discreto que hay esperanzas para la mejoría.* Está demostrado empíricamente que un terapeuta desesperanzado, que no cree en su trabajo, le transmite esta actitud al paciente y la terapia no produce resultados (13, 18,19).
5. *El vínculo nosotros.* Se le transmite al paciente la sensación del vínculo y que los dos están comprometidos en un trabajo conjunto, con frases como: “por esto ya hemos pasado”, “tratemos de entenderlo mejor”, “miremos si estamos o no equivocados”. De este modo, el paciente siente que hace parte del equipo, que él hace parte del terapeuta y el terapeuta de él.

Ambiente facilitador

Lo hasta aquí expuesto en relación con la PA se relaciona con el concepto de *ambiente facilitador*, introducido por Winnicott a partir de observaciones clínicas y del desarrollo infantil (11). Según este autor, todos tenemos un potencial innato para crecer y desarrollarnos; lo único que precisamos es de un ambiente que nos facilite tal desarrollo.

Para el caso del bebé, el ambiente lo proporcionan los padres, principalmente la madre, con una serie de funciones que él ha definido como *madre suficientemente buena*,

entre ellas la del sostén o apoyo. El terapeuta que observe cuidadosamente los cuatro elementos hasta aquí descritos con sus pacientes en PA se estará constituyendo en un *terapeuta suficientemente bueno*, que permitirá y estimulará el crecimiento de su paciente.

Con la formulación de caso, sabemos quién es el paciente, cuál es su historia y qué lo ha llevado a la crisis actual. Con el encuadre establecemos los parámetros desde los cuales trabajaremos con el paciente. Con la escucha terapéutica, le brindamos toda la libertad y acogida posibles para que se encuentre consigo mismo. Por último, con la alianza terapéutica, lo hacemos consciente de su capacidad de establecer vínculos humanos sanos y de crecimiento interior. En el caso de la PA, los elementos y estrategias técnicas presentadas configuran el ambiente básico para que el paciente se desarrolle y reestablezca o mantenga su equilibrio emocional.

Manejo de la transferencia en la psicoterapia de apoyo

Sabemos que la transferencia es el fenómeno psíquico inconsciente donde se reviven figuras posteriores en la vida, modos de relación originalmente pertenecientes a figuras anteriores, generalmente figuras parentales de la infancia (15). En todos los tipos de psicoterapia, independientemente de su

enfoque, los pacientes reviven con sus terapeutas patrones de relación emocional inapropiados para esta situación, correspondientes a una relación con sus padres, cuando ellos eran niños.

El ser consciente de esta situación y darle un manejo apropiado es un elemento fundamental en la PA. Por medio de la transferencia y de su hermana siamés, la contratransferencia, el terapeuta sabe el momento clínico del mundo interno del paciente, se ubica frente a él y reacciona apropiadamente. En una PPO o en el psicoanálisis, que el paciente sea consciente de lo inapropiado de la transferencia, por medio de la interpretación, es el motor de cambio psíquico más poderoso (14). En la PA, la transferencia casi nunca es interpretada, sino que nos valemos de ella para comprender lo que está pasando en el paciente, para mostrarle luego alternativas de manejo a su situación o el significado de la demanda infantil (4).

Uso de la interpretación en la psicoterapia de apoyo

Aunque la interpretación no es la herramienta técnica principal en la PA, tampoco está absolutamente contraindicada, sólo que su uso difiere del de la PPO de largo plazo o del psicoanálisis. En la PA, el paciente debe estar preparado para recibir la interpretación después de un proceso en el cual se han utili-

zando otras estrategias y el vínculo y la AT estén funcionando.

En la PA, la interpretación no se formula de manera categórica, sino como una posibilidad que le permite al paciente un espacio y un afecto para tomarla, rechazarla o trabajar sobre ella (4). Muchas de las interpretaciones formuladas en estos casos son indirectas, es decir, se muestra al paciente la semejanza de una situación dada en el presente con la misma situación en la infancia, sin incluir, en principio, a la persona del terapeuta —o si uno decide incluirse en la situación actual de la terapia, debe señalarle al paciente el proceso mental que lo lleva a uno a establecer la semejanza entre el allá y entonces del pasado del paciente con el aquí y ahora de la situación terapéutica—.

En el caso de pacientes muy regresados, cuando el terapeuta detecta un material producto de conflictos inconscientes que “amenaza” la estabilidad global del proceso y si existe una relación paciente-terapeuta sólida, debe formular una interpretación.

Por ejemplo, una joven del servicio de trasplante de médula ósea se negaba a dejarse aplicar inyecciones de antibióticos, a pesar de estar presentando una grave infección. Tenía “miedo a que las inyecciones le fueran a hacer daño”. En la entrevista relató varios episodios en los

que ella había sido víctima de persecuciones. Su novio era perseguido político. Ella había salido huyendo de su familia, que le quería hacer daño. Además, por estar enferma, su jefe la había despedido del trabajo, entre otras cosas.

Al percibir un conflicto inconsciente de tipo paranoide, que este paciente estaba desplazando y proyectando en la clínica y en las inyecciones, el terapeuta le dijo: “Ante tantas persecuciones de las que has sido objeto últimamente, nada raro que también creas que aquí nosotros te queremos hacer algo malo también”. La paciente abrió los ojos y miró al psiquiatra con asombro, sin decir nada. Un rato después de estar a solas, permitió que se le hicieran las venopunciones que fueran necesarias (7).

Referencias

- Hellerstein DJ, Pinsky H, Rosenthal RN, Klee S. Supportive therapy as the treatment model of choice. *J Psychother Pract Res.* 1994; 3:300-6.
- Coderch J. Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Barcelona: Herder; 1987.
- Luborsky L, Barrett MS. The history and empirical status of key psychoanalytic concepts. *Annu Rev Clin Psychol.* 2006; 2:1-19.
- Ursano RJ, Sonnenberg SM, Lazar SG. Concise guide to psychodynamic psychotherapy: principles and techniques of brief, intermittent, and long-term psychodynamic psychotherapy. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric.; 2004.
- Miller NE, Luborsky L, Barber JP, Docherty JP, editors. Psychodynamic treatment research: a handbook for clinical practice. New York: Basic Books; 1993.
- Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. Washington, DC: American Psychiatric; 1990.
- Alarcón A. Principios básicos de psicoterapia para oncólogos. In: Alarcón A, editor. Manual de Psicooncología. Bogotá: Javegraf; 2006. p 400-30.
- Wallerstein RS. Psychoanalytic treatments within psychiatry: an expanded view. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59(6):499-500.
- Alarcón A. La depresión en el paciente renal. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2004;33(3):298-320.
- Murillo M, Alarcón A. Tratamientos psicossomáticos en el paciente con cáncer. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2006;35 Suppl 1:92-111.
- Winnicott DD. Procesos de maduración y el ambiente facilitador. Buenos Aires: Paidós; 1994.
- Eells TD. Handbook of psychotherapy case formulation. New York: Guilford; 1997.
- Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment. New York: Basic Books; 1984.
- Sánchez G. Técnica del psicoanálisis. 1st ed. Bogotá: Centro Profesional Gráfico; 1994.
- Freud S. Conferencias de introducción al psicoanálisis. En: Freud S. Obras completas. Vol X. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1988.
- Freud S. Sobre el comienzo del tratamiento. En: Freud S. Obras completas. Vol XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1988.
- Arredondo ML, Salinas PA. Alianza terapéutica en psicoterapia: concepción e importancia atribuida por psicoterapeutas con distintas orientaciones teóricas que trabajan en el Centro de Psicología Aplicada de la Universidad de Chile [tesis]. [Santiago de Chile]: Universidad de Chile; 2005 [citado: 15 de mayo de 2008]. URL disponible en: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2005/arredondo_m/sources/arre-

- dondo_m.pdf.
18. Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brien CP, Auerbach A. Therapist success and its determinants. Arch Gen Psychiatry. 1985;42(6):602-11.
 19. Misch DA. Basic strategies of dynamic supportive therapy. J Psychother Pract Res. 2000;9(4):173-89.
 20. Freud S. Sobre la dinámica de la transferencia. En: Freud S. Obras completas. Vol XII. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1988.

Recibido para evaluación: 3 de junio de 2008
Aceptado para publicación: 31 de julio de 2008

Correspondencia
Ariel Alarcón Prada
Calle 50 No. 9-67, consultorio 321
Bogotá, Colombia
arielalarconp@hotmail.com