

9

Psicoterapia de apoyo

En el contexto de comparar la aplicación apropiada del psicoanálisis, de la psicoterapia psicoanalítica de expresión, y de la psicoterapia psicoanalítica de apoyo, se sugiere (1980, pág. 200) que "la psicoterapia de apoyo quizá tenga que ser reexaminada y reformulada a la luz de lo que ahora se conoce sobre la psicopatología grave". En los párrafos siguientes se presenta dicha reformulación.

Algún tipo de psicoterapia de apoyo, relativamente "pura" o en combinación con técnicas psicoterapéuticas de expresión, ha sido, durante mucho tiempo, una modalidad importante en la práctica diaria de los psicoterapeutas. Por tanto, es sorprendente encontrar tan pocas descripciones detalladas de los principios y técnicas de la psicoterapia de apoyo en la literatura psicoanalítica en los últimos 40 años.

Antes de 1950 la literatura de orientación psicoanalítica sobre la psicoterapia de apoyo se refería a la aplicación de principios y técnicas psicoanalíticas a la psicoterapia en general. Durante ese periodo la atención se enfocó a enriquecer la psicoterapia de orientación psicoanalítica, y no se hicieron esfuerzos claros para distinguir entre técnicas de expresión y de apoyo. Sin embargo, al aplicar la teoría y técnica psicoanalítica a tal enriquecimiento de la "psicoterapia de sentido común", se describieron muchas técnicas que más adelante formaron parte de lo que ahora se conoce como psicoterapia de apoyo.

Quizá las contribuciones iniciales más amplias sean los textos de Schilder (1938), Levine (1942) y Alexander y cols. (1946). Schilder describió el brindar consejo y persuasión, apelar a la fuerza de voluntad, discutir el pasado, cambiar el ambiente del paciente, el análisis de la adaptación social, y la hipnosis para catarsis: para aclarar amnesias, repetir una escena traumática o bien para sugestión. En general, Schilder recomendaba la sugestión. Todas estas técnicas eran acordes con lo que después se llamó psicoterapia de apoyo.

Schilder no hizo una distinción precisa entre lo que actualmente se conoce como teoría de la terapia y técnicas prácticas, pero sí diferenció las técni-

cas que deberían utilizarse por el “médico general” y por el especialista. Estas últimas incluían hipnosis, psicoanálisis, y métodos psicoanalíticos modificados, como la psicoterapia a corto plazo.

El libro de Levine *“Psychotherapy in Medical Practice”* (1942), en su título sugiere el público al que estaba dirigido. Cubría más o menos los mismos temas que Schilder, y se centraba en lo que ahora se conocería como técnicas de apoyo. En verdad, es impresionante ver cuántas de las técnicas descritas por Schilder y Levine todavía se practican ampliamente.

Aunque Alexander y cols., (1946), discutieron los principios de la terapia psicoanalítica, incluyeron bajo el encabezado de “el principio de flexibilidad” la manipulación de la relación de transferencia, considerada como una técnica de apoyo importante. El facilitar una “experiencia emocional correctiva”, la que ellos recomiendan, es considerada actualmente como una variedad de la técnica de apoyo.

Al principio de los años 50s, algunos psicólogos del yo, como Gill (1951, 1954), Knight (1952, 1953a), Eissler (1953), y Bibring (1954) criticaron a Alexander (y a Fromm-Reichmann, 1959) por empañar las distinciones entre psicoanálisis y psicoterapia. En el contexto de esta controversia, estos teóricos intentaron definir con mayor claridad las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia y, dentro de la psicoterapia, las modalidades de apoyo y de expresión. Gill (1951, 1954), en particular diferenció la psicoterapia psicoanalítica exploratoria, de “insight”, de descubrimiento, o simplemente de expresión de la psicoterapia de supresión o de apoyo, y diferenció toda la psicoterapia del psicoanálisis. Fue Gill (1954), quien explicó más claramente la presunción teórica de que el propósito de las técnicas de apoyo era reforzar las defensas del paciente y así mejorar su funcionamiento total, en tanto que las técnicas de expresión estaban dirigidas a debilitar las defensas del paciente, reorganizar el yo, y promover la reorganización de la personalidad al producir un cambio intrapsíquico estructural. Tanto Gill (1951), como Bibring (1954), declararon que las técnicas de apoyo y de expresión con frecuencia se combinan en cualquier tratamiento psicoterapéutico. Bibring propuso que el uso de algunas técnicas en preferencia a otras determinaba hasta que grado un tratamiento era de apoyo o de expresión.

El proyecto Menninger hizo operativa la definición de las modalidades de apoyo y de expresión de la psicoterapia (Wallerstein y Robbins, 1956). El tratamiento de cada paciente se definía según el punto donde caía a lo largo del “continuum” desde la mayor expresión (psicoanálisis) hasta la menor y el mayor apoyo (psicoterapia de apoyo), lo que se determinaba al estudiar el uso que cada uno hacía de las técnicas y principios básicos sugeridos por Bibring (1954), a saber, sugestión, abreacción, manipulación (de apoyo), clarificación e interpretación (de expresión) (Luborsky y cols., 1958).

Los resultados del proyecto Menninger indicaron, de manera inesperada que los pacientes con debilidad del yo tratados con psicoterapia de apoyo—siguiendo la concepción tradicional de que estos pacientes necesitan reforzar sus operaciones defensivas y que la resolución de resistencias por medio de la interpretación es por lo tanto riesgosa—tuvieron malos resultados (Kernberg y cols., 1972). En contraste, muchos pacientes en esta misma categoría, que fueron tratados con psicoterapia de expresión tuvieron resul-

tados notablemente buenos. Según se predijo, estos pacientes tuvieron resultados más bien malos con el psicoanálisis no modificado.

A través de los años 60s diversas contribuciones clínicas ayudaron a especificar y aclarar los componentes de apoyo de la psicoterapia. Novey (1959), iniciador de la tendencia, concluyó que se usa apoyo en todos los enfoques psicoterapéuticos. Aunque no creía que la psicoterapia de apoyo representara un sistema completo de terapia por sí misma, el describió procedimientos técnicos específicos que tenían aspectos de apoyo, como el apoyo verbal directo y las implicaciones de apoyo de declaraciones abiertas y directas y otra conducta verbal, así como de la conducta no verbal del psicoterapeuta.

Hollon (1962), describió la técnica de psicoterapia de apoyo para pacientes externos deprimidos, y MacLeod y Middelmann (1962), informaron sobre un tratamiento externo de apoyo para pacientes perturbados crónicos con debilidad del yo grave. Algunas contribuciones psicoanalíticas sobre las técnicas de apoyo abundaron sobre la idea de Gill y Bibring de que el reforzamiento selectivo de ciertas estrategias defensivas puede apoyar al funcionamiento del yo en tanto que además permite un enfoque exploratorio o interpretativo en este contexto. Por ejemplo, Tarachow (1963), sugirió medidas que eran profundamente de apoyo dentro de una psicoterapia psicoanalítica. Sus principios predominantes eran facilitar el objeto infantil en la realidad, facilitar desplazamientos y estabilidad. En contraste, con un énfasis sobre el apoyo verbal, propuso que el apoyo más efectivo es que el terapeuta se permita a sí mismo ser real para el paciente en alguna forma implícita o indirecta.

Gedo (1964), de acuerdo con Grinker (Grinker y cols, 1961), recomendaba la psicoterapia de apoyo para pacientes "cuya capacidad integradora del yo es insuficiente para tolerar la ansiedad generada por interpretaciones derivadas del inconsciente, cuyas relaciones objetales consisten predominantemente en transferencias cuya irracionalidad son incapaces de percibir, y cuya representación del sí mismo es la de un niño que carece de autonomía" (ver pág. 534).

Quizá el texto más amplio o de la psicoterapia es el de Dewald (1971), que describe dentro de un marco psicoanalítico, el espectro de los aspectos de expresión contra los de apoyo en la técnica a lo largo de todas las fases y vicisitudes. Una revisión crítica total de la literatura de la psicoterapia psicoanalítica puede encontrarse en el ensayo de Wallerstein (1966), y su trabajo posterior relacionado con éste (1969).

Miller (1969), y Langs (1973), señalan los aspectos de apoyo de los enfoques interpretativos en la psicoterapia, continuando la tradición de los años 50s y 60s, que veían a la psicoterapia psicoanalítica como una combinación de técnicas de apoyo e interpretativas y los efectos de las intervenciones del psicoterapeuta también como teniendo rasgos de expresión y de apoyo. En contraste, dos contribuciones inglesas significativas consideran a la psicoterapia de apoyo como una modalidad específica del tratamiento y proporcionan resúmenes amplios de sus técnicas (Stafford-Clark, 1970; Bloch, 1979).

Schlesinger (1969), presenta un análisis interesante de los efectos de la psicoterapia de apoyo como generalmente se practica, en cuanto a restringir

de manera potencial la gama de exploraciones e intervenciones del terapeuta a causa del temor a volverse "expresivo" con un paciente que presumiblemente sería capaz de responder sólo a una modalidad de apoyo del tratamiento. Subraya el propósito y efectos de apoyo de las técnicas exploratorias o de expresión y concluye recomendado que los términos de *apoyo* y de *expresión* ya no se usan para denotar diferentes tipos de psicoterapia. Prefiere usarlos para describir propósitos específicos, así como efectos y técnicas dentro de cada modo concreto de terapia. Si bien no estoy de acuerdo con su idea de ampliar el significado del término *psicoterapia de apoyo* para incluir propósitos y efectos más que sólo técnicas, encuentro como una contribución importante sus observaciones relativas a los efectos negativos de la fundamentación lógica para la psicoterapia de apoyo y de expresión sobre la práctica de la psicoterapia psicoanalítica en los años 50s y 60s.

Las definiciones que he dado del psicoanálisis y de la psicoterapia de expresión (capítulo 6) se basan en las *técnicas* utilizadas en el tratamiento. Los *efectos* de las técnicas empleadas en la psicoterapia de expresión varían; sin embargo, según la gravedad de la psicopatología del paciente. Como se señaló (1980, pág. 199), estas técnicas tienen diferentes efectos en el tratamiento de los trastornos límite y neurosis ordinaria y patología no límite del carácter.

Yo definiría la psicoterapia de apoyo técnicamente diciendo que no usa interpretación; parcialmente usa clarificación y abreacción, y principalmente utiliza sugestión y lo que yo denomino intervención ambiental (similar al concepto más antiguo de *manipulación*). Aunque el terapeuta debe permanecer muy consciente de la transferencia, controlar sus desarrollos, y considera cuidadosamente las resistencias en la transferencia en relación a su técnica en el manejo de problemas de carácter de los pacientes y su conexión con dificultades vitales, la transferencia no se interpreta, y el uso de la sugestión e intervención ambiental elimina la neutralidad técnica.

En conclusión, el psicoanálisis, la psicoterapia de expresión, y la de apoyo pueden definirse en términos de (1) las principales herramientas técnicas utilizadas (clarificación e interpretación contra sugestión e intervención ambiental), (2) el grado al que la transferencia se interpreta y (3) el grado al que se conserva la neutralidad técnica.

Las indicaciones y contraindicaciones para la psicoterapia de apoyo se explican en detalle en el capítulo 10. En este capítulo sólo se menciona que la terapia de apoyo es apropiada generalmente como un tratamiento de último recurso —es decir, cuando otras formas deben excluirse. Debe subrayarse otro punto; por las razones descritas en el capítulo 10, es más fácil cambiar de la psicoterapia de expresión a la de apoyo que en la dirección opuesta.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE

Es importante, cuando se recomienda la psicoterapia de apoyo (y también la de expresión y el psicoanálisis) aclarar al inicio de la consulta o bien al comenzar el tratamiento, las metas generales y los objetivos específicos del

tratamiento; definir cuando menos un área en la que el paciente y el terapeuta estén de acuerdo respecto a estas metas; distinguir las metas del tratamiento de las vitales (Ticho, 1972), y enfatizar, que la psicoterapia es una labor conjunta del paciente y el terapeuta. La función de este último es contribuir con el conocimiento que pueda ayudar al paciente a comprenderse mejor a sí mismo y sus conflictos y, consecuentemente, trabajar con mayor eficacia sobre sus conflictos y problemas en la realidad. Precisamente porque las oportunidades para el análisis sistemático de las transferencias primitivas del paciente y sus percepciones y expectativas mágicas están menos disponibles en esta modalidad del tratamiento que en las formas de expresión, en la psicoterapia de apoyo es aún más importante crear una base racional para el tratamiento, que constituya un límite de la realidad contra el que puedan diagnosticarse y modificarse después las distorsiones de la transferencia. Las responsabilidades continuas del paciente sobre su propia vida debieran explicarse, y si se prevé la necesidad de apoyo externo, deberá definirse su estructura y relación con la psicoterapia.

Una ventaja importante de la terapia de apoyo es que la frecuencia de las sesiones puede adaptarse, de dos a tres por semana a una por semana; una cada dos semanas o incluso menos. Sin embargo, en tanto menos frecuentes sean las sesiones, más importante es evaluar el trabajo que el paciente realizó entre los horarios de tratamiento y lo que se ha aprendido en las sesiones. Lo más importante es que el terapeuta relacione en forma activa los contenidos de una sesión con otra. En verdad, ésta es una forma no interpretativa de trabajar con el mecanismo de escisión: una disociación activa de la vida del paciente, de sus sesiones de psicoterapia o una escisión defensiva de una sesión y la siguiente, pueden explorarse en términos de la realidad de las tareas del paciente en el tratamiento. Es esencial para el terapeuta explorar por completo la vida del paciente —los conflictos y patrones de interacción fuera de las horas de tratamiento— y en el proceso cuestionar la vaguedad, falta de información, y los efectos distorsionadores de los mecanismos primitivos de negación, fragmentación de la experiencia emocional, devaluación y otros. Una exploración activa de la vida del paciente —en contraste con la sumisión pasiva del terapeuta a la supresión defensiva o vaguedad del paciente— tiende a resaltar los mecanismos primitivos de defensa del paciente y las funciones de resistencia de éstos, y constituye el primer paso en un cuestionamiento de tales operaciones defensivas.

En tanto que la decisión respecto a la frecuencia de sesiones en la terapia de apoyo, puede hacerse con más flexibilidad que en la de expresión, existen peligros para establecer una frecuencia que no se relacione con la naturaleza de la tarea y las metas del tratamiento. Por ejemplo, la motivación primordial de un paciente para el tratamiento pudiera ser la existencia de un problema vital urgente, y una sesión por semana quizá no justifique sus necesidades objetivas para tomar decisiones rápidas en áreas importantes de su vida. En algunos terapeutas una sesión por semana puede fácilmente fomentar la idea de que poco ha de esperarse del paciente bajo tales circunstancias; esto, a su vez, puede fomentar la pasividad del paciente y una actitud de tipo parasitaria hacia la terapia. Con frecuencia existe el peligro de relacionar la poca frecuencia de las sesiones con un tratamiento considerado

como la "segunda mejor opción" en calidad (el peligro contrario será, por supuesto, intentar llevar a cabo una psicoterapia de expresión una vez a la semana o menos; lo que equivale al mal uso o aún el abuso de la interpretación como técnica).

Los objetivos de la psicoterapia de apoyo pueden ir de ambiciosos a modestos, pero aún las metas modestas pueden exceder las capacidades del paciente. Una meta modesta para el paciente incapaz de funcionar de manera independiente puede ser capacitarlo a funcionar en forma autónoma dentro de sus limitaciones, con apoyo psicoterapéutico continuo. En otros casos, la psicoterapia de apoyo puede tener la función de capacitar gradualmente al paciente a buscar y utilizar las alternativas de estructuras ambientales de apoyo, de modo que la psicoterapia puede terminar cuando el paciente sea capaz de reemplazarla con estos otros apoyos (Robert Michels, comunicación personal).

Con frecuencia, es preferible fijar metas y objetivos para aumentar el nivel de funcionamiento y autonomía del paciente y para cambiar a una forma de psicoterapia de apoyo más de tipo "custodia" sólo cuando se haga claro que la capacidad del paciente para la cooperación, sus recursos intrapsíquicos y sociales, son insuficientes para esta meta ambiciosa. En todos los casos, es necesario estar alerta a la presencia de la ganancia secundaria del tratamiento en la forma de un parasitismo social crónico. Hoy en día hay un buen número de pacientes que se han hecho "expertos" en mantenerse en hospitales diurnos y otras instituciones sociales que proporcionan albergue y algunas diversiones mínimas para la vida sin requerir ninguna responsabilidad individual o ningún trabajo activo por parte de ellos (John Cody, comunicación personal). Algunas formas de psicoterapia pueden inconscientemente fomentar esta ganancia secundaria.

CONCEPTOS ERRONEOS

Hay gran número de conceptos erróneos respecto a la psicoterapia de apoyo. El primero es que es "fácil" conducir dicha terapia. Es desafortunado que, aun dentro de programas de residencia psiquiátrica psicoanalíticamente orientados, los terapeutas con menos experiencia son puestos a cargo de casos de "apoyo" y los más experimentados a los de "expresión". De hecho, requiere más destreza aplicar principios psicoanalíticos a la terapia de apoyo que a la de expresión. La razón es que, como parte de la terapia de expresión, los fenómenos de transferencia son consistentemente explorados en profundo, naturalmente ayudando así al terapeuta a resaltar las constelaciones defensivas del paciente al hacerse manifiestas en las resistencias de la transferencia y, por el mismo estilo, a clarificar los temas dominantes de los conflictos intrapsíquicos inconscientes, sus implicaciones de derivación de impulsos (pulsión) y de relaciones objetales. En contraste, en la psicoterapia de apoyo, las manifestaciones de las defensas y resistencias, de los rasgos patológicos del carácter y su activación en la transferencia, de las resistencias de transferencia, y del "acting out" son menos evidentes, y su manejo requiere mucha experiencia y destreza técnica. En forma ideal, la

terapia de apoyo debiera enseñarse después de haber logrado una base sólida en terapia de expresión. La psicoterapia de apoyo es, como espero estar dejando en claro, no sólo "terapia de sentido común". La psicoterapia comienza donde termina la efectividad del sentido común.

Un segundo concepto erróneo sobre la psicoterapia de apoyo es que las defensas primitivas del yo tienen que dejarse sin perturbar porque, dado el equilibrio supuestamente frágil de las defensas-impulso, interpretarlas puede producir regresión adicional. En este punto, la opinión tradicional es que aun las sesiones frecuentes tienen un efecto regresivo, de modo que en tanto más débil el yo del paciente, menos frecuentes debieran ser las sesiones de terapia. Esta suposición deja de tomar en cuenta que la regresión en el tratamiento depende del manejo de la transferencia y de los efectos de interpretar las operaciones defensivas primitivas. Tanto el proyecto de investigación en psicoterapia de la Fundación Menninger como mi trabajo clínico con trastornos límite, han proporcionado evidencia que indica que las operaciones defensivas primitivas son ellas mismas debilitadoras del yo, pero que la interpretación de estas defensas primitivas tiene efectos fortalecedores en el yo. Esta es una de las razones básicas por las que invoco la psicoterapia de expresión para los trastornos límite. Puede resumirse en la siguiente sentencia: Aunque la interpretación de la transferencia dentro de la psicoterapia de expresión de los trastornos límite, no puede ser sistemática, la interpretación de las defensas primitivas en la interacción terapéutica debiera ser tan sistemática como sea posible.

¿Pero qué tiene que ver esta nueva comprensión del efecto fortalecedor en el yo de la interpretación de las defensas primitivas, con una técnica de tratamiento de apoyo que, por definición, no es interpretativa? En mi opinión, uno de los requisitos técnicos principales de la psicoterapia de apoyo es el trabajo no interpretativo pero consistente con las defensas primitivas en la interacción terapéutica.

Otro concepto erróneo sobre la psicoterapia de apoyo es que la transferencia misma no debiera ser centro de la atención, ya que no ha de interpretarse. Pero ignorar las manifestaciones de la transferencia resulta en una distorsión gradual de la relación terapéutica, con el terapeuta haciendo un ajuste seudoadaptativo a aspectos de la transferencia del paciente en vez de clarificarla y confrontarla y, por lo tanto, arriesgar la activación de un trastorno que refleje el "acting out" de la transferencia primitiva. Se desarrolla una complicidad silenciosa entre el terapeuta y el paciente respecto a áreas clave de los conflictos del paciente, una cesación de la expresión activa de estos conflictos en la situación del tratamiento, y el propiciamiento de mecanismos de escisión y "acting out" en la vida externa del paciente. Estos desarrollos típicamente se reflejan en una relación crónica, superficialmente amigable pero básicamente distante en las horas de terapia, en tanto que parece que toda la acción ocurre en alguna otra parte de la vida del paciente.

Otro concepto erróneo común es que si el terapeuta ignora los desarrollos negativos de la transferencia e intenta mantener una actitud "permissiva", paciente, consistentemente amigable, el paciente podrá realizar una "identificación con el terapeuta". En consecuencia, dentro de una atmósfera de

idealización benigna del terapeuta, el paciente reanudará su crecimiento psicológico. En otras palabras, ignorar la transferencia negativa permitirá evitar o transformar la organización patológica del carácter del paciente y fortalecerá su yo en el proceso. Esta suposición se ilustra con la idea tradicional de que el silencio del terapeuta es terapéutico per se, o con el malentendido y sobre extensión del concepto de Winnicott (1960b), de "sostén", como si no hubiera distorsiones inconscientes en las percepciones del paciente respecto al terapeuta derivadas de la proyección sobre él de funciones primitivas sádicas del superyó y relaciones objetales agresivas disociadas. La reacción negativa paradójica, comúnmente observada hacia la medicación psicofarmacológica incluida como parte de la psicoterapia de apoyo, ilustra los efectos del "acting out" de los aspectos no diagnosticados de la transferencia negativa en relación con la medicación. Por lo general se paga un precio muy alto cuando el terapeuta intenta utilizar las suposiciones mágicas del paciente y las idealizaciones disociadas relacionadas, como parte de una modalidad del tratamiento de apoyo.

Un último concepto erróneo, quizá el más extendido de todos, es que mientras más enfermo el paciente, menos puede esperarse que participe activamente en la psicoterapia. Por lo tanto, casi por definición, los pacientes que están en psicoterapia de apoyo, no se debe esperar que se responsabilicen de sí mismos o que participen activamente en el proceso de tratamiento; la psicoterapia de apoyo se convierte en una modalidad de tratamiento "hecha" o "administrada" al paciente. Este concepto erróneo fomenta la pasividad y contribuye en gran manera a los estancamientos en el tratamiento.

TECNICAS BASICAS

La técnica básica de la psicoterapia de apoyo, consiste en explorar las defensas primitivas del paciente en el aquí-y-ahora, con el objeto de ayudarlo a lograr control sobre sus efectos por medios no analíticos y propiciando una mejor adaptación a la realidad haciéndolo darse cuenta de los efectos desorganizadores de estas operaciones defensivas. En el proceso la transferencia negativa manifiesta y suprimida (en oposición a inconsciente o reprimida) puede ser resaltada, reducida mediante un examen consistente de la realidad de la situación del tratamiento, y utilizada para clarificación de los problemas interpersonales relacionados en la vida del paciente.

Por ejemplo, consideremos a un paciente con personalidad paranoide que usa la identificación proyectiva, es hipersensible a la crítica, vive la experiencia de ser atacado por los demás en tanto que inconscientemente los provoca a atacar, y de ser controlado en forma sádica mientras sutilmente ejerce tal control sobre los demás mediante su conducta suspicaz y controladora. Un paciente así puede ser ayudado gradualmente al centrar la atención en una forma discreta, persistentemente cuestionadora, más no amenazante, sobre cómo los patrones de sus interacciones con los demás tienden a repetirse a sí mismos. El análisis de estas dificultades con los demás se facilitará naturalmente por el hecho de que el terapeuta ha observado

ya conductas similares en la relación del paciente con él. Muy seguido, sin embargo, el análisis sistemático de la conducta del paciente en relación con los demás puede ser la primera etapa en la exploración posterior de la misma conducta en la situación del tratamiento. En otros casos, por el contrario, la exploración inicial de la transferencia en el aquí-y-ahora debiera preceder a la exploración de estos problemas en las interacciones extraterapéuticas. Este último orden de prioridad es particularmente útil cuando predomina la transferencia negativa manifiesta. Si no se resuelve, esta transferencia puede amenazar la continuidad del tratamiento y constituir un reto importante para la alianza del tratamiento.

O consideremos al paciente cuyas operaciones de escisión se reflejan en la idealización primitiva de algunas personas y la devaluación total de otras. Una exploración cuidadosa de las relaciones del paciente puede revelar cómo los ídolos previos son repentinamente devaluados o cómo sus juicios sobre los demás rápidamente cambian de la idealización extrema a la total devaluación. El terapeuta puede mostrar al paciente cómo estas secuencias predecibles tienden a debilitar la objetividad del juicio del paciente sobre los demás y a amenazar su relación con ellos, y cómo una reflexión crítica sobre cualquier juicio extremo sobre los demás puede ayudarlo a discriminar su propia realidad.

Otro ejemplo más es la clarificación de la negación manifiesta en un descuido del paciente de las serias responsabilidades de su trabajo, junto con suposiciones mágicas de que lo que se niega no tendrá ningún efecto.

Hay una diferencia importante entre darle al paciente un consejo sobre cómo manejar su vida y ayudarlo a comprender cómo ciertas formas "automáticas" de funcionamiento son perjudiciales a sus intereses. El terapeuta no debería dar consejos a un paciente sobre problemas que este último, puede ser capaz de manejar por sí mismo pero que está evitando en forma defensiva. La función del terapeuta es hacer conocer al paciente sus defensas primitivas y los efectos de éstas sobre su evaluación de la realidad y sus procesos de toma de decisiones. En contraste con los esfuerzos por anular los rasgos patológicos del carácter y las defensas primitivas con el consejo de un conducta más "normal", el terapeuta intenta hacer conocer al paciente los aspectos conscientes y preconscientes de sus dificultades intrapsíquicas y ayudarlo a utilizar este conocimiento, que el paciente potencialmente tiene y que está evitando activamente.

La psicoterapia de apoyo puede ser muy "permisiva" al aumentar la libertad interior del paciente para la toma de decisiones mediante un enfoque activamente confrontador; por otro lado, lo que a menudo parece una actitud permisiva y tolerante del terapeuta puede en realidad reflejar una complicidad inconsciente con las tendencias autoderrotistas del paciente.

En contraste con la posición de neutralidad técnica que caracteriza al psicoanálisis y es un punto de referencia constante en la psicoterapia de expresión igualmente, en la psicoterapia de apoyo el terapeuta toma partido deliberadamente con las necesidades de la realidad externa y está atento a las necesidades emocionales del paciente —en otras palabras, el terapeuta está promoviendo la adaptación y expresión de impulsos. Puede haber ocasiones en que la adaptación entre en conflicto con la expresión de impulsos

en cuyo caso el terapeuta deberá reconocerlo y estar disponible para explorarlo con el paciente. Ilustraré este punto con un ejemplo en el que el terapeuta esté claramente alineado con el "id" (ello) del paciente.

R.: Era un hombre de 30 años que no se atrevía a masturbarse porque pensaba que su religión lo prohibía. **R.** nunca iba a la iglesia ni daba alguna otra indicación de que las consideraciones de tipo religioso fueran de importancia para él. Más que ayudarlo directamente a sobreponer su inhibición sexual, yo presté atención de manera consistente sobre la contradicción entre esta prohibición religiosa particular y su actitud por lo general casual hacia la religión. El paciente respondió alternadamente sospechando que yo lo provocaba a dejar su religión y que lo hacía sentirse culpable de modo que se volviera por igual más religioso en otros aspectos de su vida.

Con el tiempo, trató de convencerme de los peligros de la masturbación, identificándose implícitamente con su superyó sádico en tanto que proyectaba sus impulsos sexuales sobre mí. Gradualmente pude transmitirle lo enjuiciadoras que parecían sus actitudes sobre la sexualidad, aparte de sus convicciones religiosas. Le señalé que, aunque el suponía que yo no era un miembro de su grupo religioso, él se molestaría mucho si mi conducta no se conformara a las costumbres de ese grupo. **R.** pudo reconocer eso, y más adelante también se dio cuenta de lo condenatorio de su actitud respecto a las actividades sexuales de otras personas en su vida. Este desarrollo a su vez llevó a mi observación que él era muy crítico consigo mismo y respecto a asuntos sexuales, y que su convicción religiosa servía sólo como una racionalización para una actitud emocional omnipresente, muy profunda. **R.** mismo relacionó entonces esta actitud crítica hacia la sexualidad con experiencias en su pasado y con sus padres duramente prohibitivos.

Aquí, yo añadiría que cada vez que tal "insight" ocurre como un resultado colateral de un enfoque esencialmente de apoyo es muy apreciado, pero no debiera tentarnos a ir de inmediato más allá de los límites generales del enfoque de apoyo. En otras palabras, la terapia de apoyo no desanima a los pacientes a profundizar en su conocimiento de sí mismo, sino que trabaja exclusivamente con material consciente y preconsciente. Ya que las operaciones defensivas son por lo general las primitivas de negación, identificación proyectiva o escisión, más que de represión u otros tipos de más alto nivel, el material de la fantasía primitiva surge en la conciencia, y las operaciones defensivas correspondientes en las manifestaciones de conducta, todo lo que facilita el trabajo terapéutico con estas defensas y contenidos en la terapia de apoyo.

Volviendo a **R.**, yo estaba aquí claramente del lado de la gratificación del impulso, el "id", pero en vez de cuestionar las racionalizaciones del paciente de su inhibición sexual determinada por el superego, directamente, exploré con él el conflicto con el aquí-y-ahora en la transferencia, en la relación objetal activada, cuando el paciente se identificó con una figura sádica del superyó en tanto que proyectaba sobre mí una representación de sí mismo guiada por el impulso. En el ejemplo siguiente, por el contrario, me coloqué del lado de la realidad externa.

S.: Un hombre al final de sus cuarentas, alternaba entre una conducta desordenadamente sumisa y rebelde hacia las personas en puestos de auto-

ridad. Poco después de haber comenzado a trabajar en un puesto que había deseado mucho, comenzó a hacer observaciones muy críticas sobre su jefe. Me dí cuenta que ponía en peligro el trabajo que pacientemente y por mucho tiempo se había esforzado en obtener, y tan pronto como las primeras manifestaciones de estos conflictos renovados con la autoridad surgieron en el tratamiento, le dirigí la pregunta. Le dije que si su jefe era de veras, como él decía, un hombre hipersensible y vengativo, ¿no sería una amenaza para el futuro del paciente en ese trabajo incluso cualquier expresión leve de enojo o resentimiento de su parte? S. de inmediato me acusó de querer que él se comportara en forma sumisa y de tomar partido con su esposa (quien le había advertido la posibilidad de perder el trabajo) y con otras autoridades que siempre estaban culpándolo. S. también me acusó de querer que él continuara en una situación de trabajo en la que le pagaban bien, de modo que pudiera pagar su tratamiento conmigo, sin importar las humillaciones y sacrificios que este trabajo implicaba.

La activación en la transferencia de este patrón de vida escaló rápidamente, con utilización masiva de mecanismos proyectivos. Comencé por clarificar plenamente la realidad de la situación del tratamiento; a saber, que en verdad yo esperaba que él me pagara los honorarios convenidos y que no podría verlo si él no podía hacerlo. Añadí que en caso de que perdiera su trabajo presente, yo confiaba en que podría encontrar otro que le permitiera continuar el tratamiento. En cuanto a mí concernía, si él continuaba o no con este trabajo, no era lo esencial, pero debería considerar bien si estaría más o menos satisfecho con las alternativas razonablemente disponibles. Atraje su atención sobre cómo en el pasado él se había quejado amargamente porque había perdido trabajos que en retrospectiva le habían parecido atractivos.

Después de varias sesiones, este enfoque orientado a la realidad respecto a la intensa transferencia negativa manifiesta, llevó a una prueba de realidad aumentada en la situación del tratamiento, a una disminución en la intensidad de esa transferencia, y a la aceptación de S. de la posibilidad de que pudiera ser razonable para él intentar controlar su conducta en el trabajo para no poner en peligro su puesto, en tanto que seguíamos explorando sus sentimientos sobre su jefe. Fue sólo entonces que yo le señalé cómo, en su enojo y sospecha de mí que fueron en escalada, él había casi recreado conmigo la situación que describía en su trabajo, ilustrando así su propensión a maljuzgar a las personas en puestos de autoridad. También le dije que parecía estar adquiriendo una nueva e impresionante capacidad para retroceder, observar su conducta y cambiarla a la luz de una mejor comprensión.

Este ejemplo ilustra la exploración, clarificación y reducción de la transferencia negativa manifiesta por la repetida confrontación con la realidad; la activación y clarificación de la identificación proyectiva en el contexto de la exploración en el aquí-y-ahora de una relación objetal primitiva activada en la transferencia; y un enfoque generalmente de apoyo a la patología paranoide del carácter.

Otro principio general de la psicoterapia de apoyo es refrenar el uso de declaraciones "apoyadoras", de consejo, y "manipulación" ambiental si el hacerlo así explotaría disposiciones de la transferencia primitiva no analiza-

das. La clarificación, confrontación, intervención ambiental y transmisión directa de la opinión del terapeuta, en asuntos en los que el paciente objetivamente necesita consejo, deberían operar mediante canales racionales y transmitir que el terapeuta tiene confianza en el propio juicio crítico del paciente, en su capacidad para comprender y usar su entendimiento en forma constructiva.

Estoy rechazando el concepto tradicional de *manipulación* como una técnica de apoyo, a pesar de su uso benigno por psicoanalistas interesados en la psicoterapia de apoyo. Creo que tiene implicaciones denigrantes para los pacientes y para la psicoterapia de apoyo. Ciertamente no podemos evitar los efectos sugestivos de las intervenciones racionales, o, a un nivel más profundo, de las reverberaciones de la transferencia, poderosas aunque no diagnosticadas relacionadas con todo lo que decimos y hacemos durante el tratamiento del paciente en la psicoterapia de apoyo. Sin embargo, si el terapeuta proporciona información, consejo limitado y cuidadosamente considerado, y la expresión directa de apoyo, con base en una consideración racional, pueden obtenerse algunos efectos directamente de apoyo y los límites de la realidad en la situación del tratamiento, pueden así reforzarse. Es sólo contra estos límites de la realidad que podemos detectar defensas primitivas y distorsiones de transferencia en el tratamiento y el "acting out" del paciente en la realidad externa.

Esto también significa que cuando deseamos introducir medicación como parte de la terapia de apoyo deberíamos explicar su justificación lógica y lo que el paciente puede esperar de ella. La medicación debería usarse en dosis efectivas farmacológicamente, más que para efectos de placebo. Si se desarrollan estos últimos deberían diagnosticarse sin interpretarse de manera necesaria, y sin intentar explotarlos tampoco. De modo similar, se introducen técnicas directas de modificación de conducta en la psicoterapia de apoyo —como terapia sexual, hipnosis o una guía activa para confrontar la evitación fóbica— deberá perseguirse un enfoque esencialmente racional. Las razones para introducir estas técnicas deberían encajar en el contexto de los objetivos y procedimientos globales del tratamiento. Si estas técnicas se introducen en forma arbitraria, el sentido de responsabilidad del paciente, que el terapeuta ha estado tratando de cultivar, se deteriorará; tratará estas técnicas en una forma mágica u oscurecerá la transferencia escindiendo las reacciones de la transferencia del terapeuta hacia la técnica recientemente introducida. En otras palabras, es importante que el terapeuta mantenga la lógica interna y consistencia de su esquema conceptual, sus técnicas y la comprensión verbalizada que define las metas y responsabilidades de paciente y terapeuta en la situación de tratamiento.

Otro principio general más, es que las acciones del paciente a lo largo del tratamiento, necesitan evaluarse en términos de la relación de éstas tanto del "acting out" de la transferencia, como de la gratificación de las necesidades emocionales básicas en formas adaptativas en la realidad social del paciente. Es verdad que, ya que no se intenta un análisis sistemático de la transferencia en estos casos, es menos asequible una exploración completa del "acting out" de la transferencia. Pero el "acting out" mismo es también menos indeseable que en las modalidades de expresión en el tratamiento, y

el nuevo aprendizaje adaptativo potencialmente implícito en dicho "acting out" debería diagnosticarse y apoyarse.

Etapas iniciales del tratamiento

Es crucial definir desde el principio, los problemas principales de la vida del paciente y de su psicopatología que han de explorarse y modificarse en el curso del tratamiento. Esta es una condición previa para definir los objetivos del tratamiento y de los papeles del paciente y terapeuta en la obtención de los mismos. Las metas del tratamiento deberán ser realistas, lograrse con mecanismos que puedan explicarse y discutirse con el paciente más que con la suposición de que, simplemente con reunirse, el paciente y el terapeuta mágica y conjuntamente producirán una solución de los problemas del primero. Es importante plantear al inicio la cuestión de si se requiere una intervención ambiental directa o si es necesaria, cómo se realizará, y si hay alguna necesidad de poner límites a la conducta del paciente como un prerrequisito para el tratamiento. Las tendencias gravemente destructivas o auto-destructivas en la vida inmediata del paciente, pueden requerir estas precauciones realistas. Es necesario subrayar su responsabilidad para comunicarse en forma honesta con el terapeuta. El paciente deberá saber que se espera que realice por su cuenta el trabajo entre sesiones. El terapeuta deberá establecer una función de control por la que pueda evaluar de sesión a sesión, cómo está influyendo el tratamiento al paciente fuera de estas horas. Deberá esperarse que el paciente informe bien al terapeuta los desarrollos en su vida, y le comunique pronto y por completo las áreas de conflictos y dificultades.

Las instrucciones iniciales al paciente deberán transmitir estas expectativas e invitarlo a comunicarse libre y abiertamente en las sesiones; si no se van a discutir problemas presionantes, nueva información o un "reporte", el paciente debe entonces expresar libremente lo que venga a su mente durante la sesión.

Las indicaciones y contraindicaciones para el tratamiento psicofarmacológico y/u otras técnicas terapéuticas especiales, deberán evaluarse por completo en las etapas iniciales del tratamiento, en vez de introducirlas en cualquier forma más adelante, como respuesta a la falta de mejoría del paciente. En otras palabras, una integración estratégica de varias técnicas de tratamiento como parte de un plan global de tratamiento, es preferible a una introducción al azar de nuevas modalidades en respuesta a la transferencia —y contratransferencia.

Una evaluación cuidadosa y detallada de la personalidad del paciente, y de las interacciones en su vida externa, deberá proporcionar información respecto a los patrones dominantes de carácter y de aquellos vinculados a sus relaciones objetales significantes. Esta información hace posible predecir los desarrollos futuros en la vida del paciente, planear las intervenciones diagnósticas y terapéuticas en estas áreas, y realizar el trabajo elaborativo en un marco esencialmente no interpretativo. Dentro del contexto terapéutico mismo, el terapeuta deberá diagnosticar las defensas primitivas predominantes y anticipar las intervenciones técnicas engranadas con su elaboración.

tener una buena relación con el terapeuta aun en presencia de frustración o enojo, lo que reduce sus temores respecto a sus propios impulsos y propicia al fortalecimiento de funciones integradoras del yo. El terapeuta ciertamente debería apoyar la búsqueda espontánea del paciente, de los orígenes de su conducta presente en cuanto a que éstos, se refieran a recuerdos conscientes o preconscientes. El terapeuta trabaja principalmente con material consciente y preconsciente, sin embargo, debe recordarse constantemente a sí mismo, que los informes sobre el pasado del paciente, de manera necesaria estarán coloreados por las funciones defensivas y que a menudo, lo que aparece como causas en el pasado, en realidad refleja justificaciones y racionalizaciones de dificultades caracterológicas presentes. Las reconstrucciones seudogenéticas, por medio de las que el terapeuta usa la magia de un supuesto enfoque analítico, al ligar el presente consciente con el pasado consciente, puede reforzar los propios mitos del paciente sobre su pasado y darle la justificación para sus actuales puntos de vista y conducta. Pero una actitud general de "no sabemos quizá de dónde viene todo, pero esto es lo que significa ahora, cómo te afecta y con lo que tenemos que trabajar" representa una base más realista, menos mágica para el trabajo introspectivo por parte del paciente.

Un tipo de "acting out", frecuente y complicado, en la transferencia es aquél en el que el paciente se presenta a sí mismo como la víctima desamparada del maltrato o frustración por parte de otras personas. Si un paciente explica todos sus síntomas como una consecuencia natural de la "realidad" de un cónyuge hostil, es importante reconocer las necesidades insatisfechas del paciente pero también señalar sus propias contribuciones a sus frustraciones. Considerando que en la psicoterapia de expresión o el psicoanálisis hay la posibilidad de trabajo elaborativo de los patrones sadomasoquistas en la transferencia mediante la interpretación, en la psicoterapia de apoyo tales interacciones deberían explorarse en forma directa en términos de su realidad. El terapeuta en forma discreta pero consistente confronta al paciente con la forma en que él contribuye a sus propias dificultades. Esto puede de modo temporal incrementar la transferencia negativa manifiesta, lo que entonces permitirá la exploración de las mismas dificultades en el aquí-y-ahora de las sesiones. Al mismo tiempo, una exploración plena y detallada de las dificultades del paciente —por ejemplo, en las interacciones con su cónyuge— puede de manera sorprendente abrir el camino para nuevas fuentes de gratificación y la actitud masoquista del paciente para ignorarlas o arruinarlas. A menudo el trabajo cuidadoso con la "lógica escondida" de las reacciones de otras personas hacia el paciente, puede en forma indirecta aumentar el conocimiento del paciente sobre sí mismo.

En este punto puede ser útil comparar los enfoques a la transferencia en el psicoanálisis, la psicoterapia de expresión y la psicoterapia de apoyo.

En el psicoanálisis, las defensas del paciente contra una plena conciencia de sus disposiciones de transferencia son exploradas de manera sistemática, lo que lleva a una transformación gradual de las transferencias latentes en manifiestas. Las reacciones de la transferencia evolucionan hacia una neurosis de transferencia bien desarrollada. El análisis sistemático de la neurosis de transferencia, permite su resolución como una resistencia contra el darse

Diagnosticarse los factores ambientales dañinos, las influencias antiterapéuticas que se originan en el entorno del paciente, y las fuentes ambientales de ganancia secundaria, para su exploración en las sesiones y para la intervención potencial ambiental directa.

Un problema importante en la práctica de la psicoterapia de apoyo puede ser la imitación del terapeuta, injustificada, de la técnica psicoanalítica en el sentido de "recostarse en su silla", y dejar por completo al paciente la iniciativa para la estructuración del contenido de las horas de sesión. Esto por lo general, fomenta formas sutiles de "acting out" en la transferencia; el paciente cambia a una actitud pasivo-dependiente hacia el tratamiento, y las defensas primitivas quedan bajo tierra en la transferencia. Debe esperarse que el paciente hable abiertamente, no sólo sobre sus conflictos, pensamientos y sentimientos sino también sobre los desarrollos significativos entre sesiones.

En tanto que debe animarse al paciente a comenzar cada sesión informando en forma espontánea al terapeuta sobre su vida, éste deberá preguntarse a sí mismo lo siguiente: ¿Es en realidad importante o crucial lo que el paciente me está diciendo? ¿Está relacionado con sus quejas iniciales o con los problemas que estamos explorando ahora? ¿Está relacionado con nuestras metas comunes en el tratamiento? ¿Está relacionado con problemas que estamos explorando en la actualidad? ¿Refleja lo que el paciente ha hecho con lo que examinamos en nuestra última sesión o sesiones? ¿Incluye nuevos temas importantes para exploración psicoterapéutica? El terapeuta entonces evalúa la colaboración activa del paciente en el tratamiento, la presencia o ausencia de continuidad contra los mecanismos de escisión, y, a un nivel más profundo, la naturaleza de los desarrollos en la transferencia.

Manejo de la transferencia

Para plantearlo en forma más general: Las transferencias positivas moderadamente intensas pueden utilizarse para la labor psicoterapéutica, pero la idealización primitiva intensa tiene que tratarse con cuidado, a causa de los procesos de devaluación concomitantes que por lo general están activos en alguna otra área de la vida del paciente. Las transferencias negativas latentes deben detectarse para la planeación estratégica, y las negativas manifiestas, explorarse en forma activa, clarificarse y reducirse con el examen realista y completo de las fantasías, sentimientos y conductas conscientes y pre-conscientes importantes, y reforzando las consideraciones de la realidad. Como dije, la exploración cuidadosa de patrones de conducta repetitivos en la vida del paciente, puede permitir más adelante la exploración de patrones similares en la transferencia. El examen y reducción realista de un cierto patrón de transferencia en las sesiones, puede abrir la vía para explorar dificultades similares en otras áreas de la vida del paciente.

Es importante para el terapeuta tener en mente que, hasta donde tolera la expresión del paciente de una intensa ambivalencia respecto a él, está desempeñando una función de sostén, en el sentido de Winnicott (1960b). Esto reafirma al paciente de la permanencia del terapeuta; aquél descubre que éste no se derrumba bajo el impacto de su agresión, que es posible man-

cuenta del pasado inconsciente. Entonces la información sobre el pasado, contenida en la transferencia puede integrarse con la recuperación del paciente del pasado previamente inconsciente mediante el recuerdo y la reconstrucción.

En la psicoterapia de expresión, la atención sobre la transferencia es menos sistemática. La atención combinada sobre el patrón predominante de la transferencia, los conflictos notorios primordiales en la situación vital inmediata del paciente, y las metas de largo alcance del tratamiento, permiten al terapeuta en cualquier sesión decidir con cuánta extensión y profundidad deberá explorarse el patrón predominante de la transferencia. Este enfoque realizado con pacientes con buena fortaleza del yo, se convierte en un análisis limitado de patrones de transferencia. Con pacientes que presentan debilidad del yo —o sea, organización límite de la personalidad— la disponibilidad de material de la transferencia primitiva disociado pero consciente, permite la interpretación de las transferencias primitivas, lo que lleva a su transformación en transferencias “neuróticas”, más avanzadas. Estas pueden interpretarse con profundidad, aunque por lo general no se logra una reconstrucción plena del pasado inconsciente.

En la psicoterapia de apoyo, el terapeuta trabaja con las manifestaciones de la transferencia, en particular la negativa manifiesta. El esfuerzo por trabajar en una forma clarificadora y confrontante con los efectos desorganizadores y regresivos de las operaciones defensivas primitivas (para reducir sus efectos debilitadores del yo) puede llevar a la activación de desarrollo de transferencia negativa manifiesta, en las horas de sesión, los que entonces tienen que explorarse y resolverse como se ejemplificó.

En todos los tipos de tratamiento, el trabajo con la transferencia comienza con manifestaciones conscientes y preconscientes de transferencia, y se prosigue, hasta que las fantasías del aquí-y-ahora del paciente sobre el terapeuta sean exploradas y clarificadas plenamente. Sin embargo, en la psicoterapia de apoyo esta exploración no se conecta interpretativamente con la relación inconsciente del paciente hacia el terapeuta o con su pasado inconsciente. Se usa, en vez de eso, para confrontar al paciente con la realidad de la situación del tratamiento y con distorsiones paralelas en su vida externa. El comienzo del trabajo con manifestaciones de transferencia es el mismo en todas las tres modalidades del tratamiento, pero el punto final es muy diferente. Si un paciente en psicoterapia de apoyo presenta al terapeuta material de fantasía regresivo muy primitivo, la comunicación no se descuida sino que se le sigue la pista hasta problemas de la realidad. En la psicoterapia de expresión, la dirección se invierte: el camino usual es desde la realidad a la exploración de la fantasía subyacente.

MECANISMOS DE CAMBIO

¿Cuáles son los mecanismos por los que se obtiene el cambio en la dirección de los objetivos terapéuticos en la psicoterapia de apoyo? Antes que nada, en un enfoque terapéutico directo, no manipulador, no mágico, las funciones del yo del paciente son comprobadas, activadas y fortalecidas, particular-

mente en las áreas de prueba de realidad y de autoentendimiento, y en la tolerancia e integración de afectos, experiencias y conductas contradictorias. La exploración cuidadosa de operaciones defensivas primitivas, aun sin su resolución analítica, debe permitir previamente una disminución en su control, sin restricción sobre las funciones adaptativas del yo y así aumentar la fortaleza del yo.

A un nivel más profundo, la activación controlada de las relaciones objetales primitivas en la transferencia, representadas en forma parcial con "acting out" en momentos de transferencia negativa manifiesta relativamente estable, así como en momentos de rápidos cambios de transferencia de idealización a transferencia de devaluación, permite una consolidación de la confianza básica del sí mismo cargado libidinalmente y las representaciones objetales, y debería en verdad permitir alguna identificación parcial con el terapeuta. Sin embargo, esta identificación, está en contraste con la identificación primitiva, disociada con el terapeuta, que ocurre en la base de la idealización narcisista o por el reforzamiento de los mecanismos de escisión que dividen al mundo en objetos completamente-buenos y completamente-malos. La estimulación directa de la expresión más adaptativa de las operaciones defensivas y la gratificación del impulso, puede gradualmente producir una mejoría global en el equilibrio impulso/defensa. Los efectos no específicos de todas las intervenciones terapéuticas (Kernberg, 1980, capítulo, 10) también operan aquí; las funciones de "sostén" afectivo y de "contenedor" cognoscitivo del terapeuta son de importancia significativa en los pacientes con debilidad del yo.