

TERAPIA INTERPERSONAL DE LA DEPRESIÓN

Fernández A., Rodríguez B.

ANTECEDENTES HISTÓRICOS Y FUNDAMENTOS

Aunque el término *interpersonal* goce de una rica tradición en la psiquiatría americana (Sullivan, 1953), lo que hoy conocemos como *psicoterapia interpersonal* tiene una historia relativamente corta. Podríamos decir que su texto fundacional es el manual de *psicoterapia interpersonal de la depresión* de Klerman, Wissman, Rousanville y Chevron, que vio por primera vez la luz en 1984. Hoy es, junto con la terapia cognitivo-conductual, la que más frecuentemente aparece mencionada y estudiada en las publicaciones psiquiátricas y, probablemente, es la forma de psicoterapia que con más frecuencia dominan los psiquiatras americanos (Docherty, 1993).

Se inscribe en el movimiento que comienza a desarrollar por entonces, un trabajo sistemático que pretende aportar las pruebas que hagan insostenible aseveraciones como las del célebre informe en el que Eysenck (1952) afirmaba, no sólo que no existía ninguna prueba de que la psicoterapia fuera eficaz para el tratamiento de los trastornos mentales, sino que los indicios existentes parecían indicar lo contrario. Se trata de someter a la modalidad de psicoterapia propuesta a las mismas pruebas a las que somete a cualquier tratamiento médico. Para ello habrá que ceñirse a entidades diagnósticas bien definidas y generalmente aceptadas.

En los primeros años 80 se produce lo que uno de los más lúcidos teóricos de la psicoterapia - psicoanalítica - moderna, Lester Luborsky (Luborsky y DeRubies 1984), calificó como *una pequeña revolución*: la aparición de los primeros *manuales* de psicoterapia. Estos se presentan en primer lugar como un instrumento para la investigación y lo que pretenden es homogeneizar las intervenciones de los diversos participantes en una investigación y proporcionar un canon con el que compararlas. Como efecto secundario proporcionan un procedimiento de entrenamiento en intervenciones bien definidas. Su utilidad a ambos efectos ha hecho proliferar, desde entonces, las manualizaciones de psicoterapias, ya sea de orientación cognitiva (Beck, Rush, Shaw y Emery 1979; Clark y Slakovskis, 1991), psicoanalítica (Luborsky 1984; Strupp y Binder 1984; Sifneos, 1992; Fosha 1992; Kenberg 1991; Lord 1985), interpersonal (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman, 1984), conductista (Bellack, Hersen y Himmelhoch, 1981; Fuchs, Rehm., 1977; Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz y Teri, 1982), experiencial (Daldrup, Beutler, Engle, Greenberg, 1988; Mahrer, 1989) o integradora (Garfield, 1989; Prochaska y DiClemente, 1992; Lineham, 1987; Davis y Olmsted, 1992); y ya sea diseñadas para intervenir sobre un tipo de trastornos - depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; Klerman, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman, 1984; Bellack, Hersen y Himmelhoch, 1981; Fuchs y Rehm 1977; Lewinsohn, Antonuccio, Steinmetz, Teri, 1982), ansiedad (Clark y Slakovskis, 1991), trastornos adaptativos (Horowitz, 1976; Michelbaum 1994), trastornos de la conducta alimentaria (Davis y Olmsted, 1992), trastornos de la personalidad (Lineham, 1987; Kenberg, Selzer, Koenigsberg, Carr y Appelbaum, 1989) e incluso trastorno bipolar (Markowitz y Klerman,

1991) o esquizofrenia (Falloon, Boyd y McGill. 1984; Anderson, Reiss y Hogarty, 1986; Roder, Brenner, Hodel y Kienzle 1995; Hogarty, Kornblith, Greenwald, DiBarri, Cooly, Flesher, Reiss, Carter y Rich R, 1995) - o para atender trastornos *neuróticos* en general (Luborsky, 1984, Strupp y Binder, 1984; Sifneos, 1992; Fosha, 1992; Daldrup, Beutler, Engley, Greenberg, 1988; Mahrer, 1989; Garfield, 1989).

Dos de los grupos que investigaron durante esta época con psicoterapias manualizadas (ambos inicialmente sobre depresión) en los Estados Unidos coincidieron en su habilidad en

- 1) Diseñar su investigación con la metodología de los ensayos clínicos empleados para demostrar la eficacia de los fármacos
- 2) Contrastar la eficacia de las intervenciones que proponían con placebo, con los fármacos que habían probado su eficacia sobre esos mismos trastornos y con una combinación de ambos
- 3) Publicar sus resultados en las más prestigiosas revistas primarias entonces monopolizadas por la investigación más *biológica* (por ejemplo el *Archives of General Psychiatry*)

Uno de estos grupos desarrolló en el *Center for Cognitive Therapy* de Philadelphia la *terapia cognitiva de la depresión* de Aaron Beck (Beck, Rush, Shawy Emery, 1979): El otro desarrolló en un trabajo coordinado por el grupo liderado por Gerald Klerman y Mirna Weissman (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman, 1984) en Boston, New Haven y Nueva York, la *terapia interpersonal de la depresión*. Ambas terapias constituyeron la excepción al silencio que, en el período al que venimos refiriéndonos se cernió sobre la psicoterapia en las publicaciones y foros de la psiquiatría dominante.

Klerman y sus colaboradores, en este manual inicial, (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman, 1984) se refieren a la terapia interpersonal de la depresión como basada en *un enfoque pluralista, no doctrinario y empírico, construido sobre la experiencia clínica y la evidencia experimental*. Se trata de un procedimiento **específicamente diseñado para intervenir sobre trastornos depresivos** (definidos con los criterios del DSM para trastorno depresivo mayor).

Reconoce un antecedente en el modo de pensar la psiquiatría que se conoció en Estados Unidos como *psiquiatría interpersonal* que arranca de la obra de Adolf Meyer (1947) y Harry Stack Sullivan (1953, 1954, 1955, 1956) y de la que forman parte autores como Frieda Fromm Reichman (1960), Karen Horney (1950) o Arieti (1978); incorpora ciertos descubrimientos de la *psiquiatría social*: Srole y Fischer (1980), Leighton, Harding, Macklin y Huges (1963), Stouffer (1950), Holmes and Rahe (1967), Faris y Dunham (1939), Hollingshead y Redlich (1958), Goffman (1961), Stanton y Schwatz (1954), Gruenberg, et als (1972) y retoma las concepciones sobre roles sociales de *la escuela de Chicago de psicología social*. Pero - y en esto se manifiesta su carácter no doctrinario - **no se trata de una aplicación a los trastornos depresivos de los principios generales de la psiquiatría interpersonal**.

Efectivamente, en el manual los autores creen encontrar antecedentes remotos de su modo de entender las cosas en el *tratamiento moral* de los protopsiquiatras de la Francia

revolucionaria, con Philippe Pinel (1732-1819) a la cabeza. Pero la referencia clave es, sin duda, Adolf Meyer (1866-1950), un psiquiatra de origen suizo-germánico y originariamente principalmente interesado en la neuropatología, que, al entrar en contacto una vez emigrado a los Estados Unidos, con los seguidores del pragmatismo de William James, desarrolló un modelo al que calificó de *psicobiológico* en el que contemplaba la salud y los trastornos mentales como resultado de intentos de adaptación a un ambiente cambiante (que en el caso del hombre es, sobre todo un ambiente social). Meyer ha sido considerado justamente como uno de los padres fundadores de la moderna psiquiatría americana y tuvo una influencia inmensa no sólo en la conceptualización de los trastornos, sino también en la configuración de las alternativas asistenciales. Así, el DSM-I (American Psychiatric Association, 1952), por su influencia ambientalista, se refiere a categorías como “reacción esquizofrénica” o “reacción psiconeurótica” y conceptualiza los trastornos neuróticos considerando el uso de “mecanismos de defensa” específicos. Se le considera, también, el fundador del movimiento de higiene mental, junto con el ex-paciente Clifford Beers, que narró su experiencia como tal en un libro de gran difusión, titulado *Una mente que se encontró a sí misma* (1908). En esta medida, puede considerársele inspirador del movimiento de psiquiatría comunitaria que, a partir del Acta Kennedy de 1963, será el origen de la gran transformación del sistema de atención a la salud y los trastornos mentales en los Estados Unidos de América.

Klerman y sus colaboradores, reconocen inicialmente como el antecedente inmediato de su propuesta a la escuela americana de *psiquiatría interpersonal*, que cobró vigor, sobre todo en los años treinta y cuarenta en el área de Washington-Baltimore y que, como queda dicho se basó, sobre todo en los trabajos de Sullivan (1956), e incluyó psiquiatras, inicialmente psicodinámicos, de la importancia de Frieda Fromm Reichman (1960), Karen Horney (1950), Erich Fromm o Arieti (1978). Harry Stack Sullivan (1892-1949), llegó a plantear que, en última instancia, lo que era un psiquiatra es un *experto en relaciones interpersonales* y, a desarrollar todo un arsenal teórico en el que los acontecimientos de la salud y los trastornos mentales (incluidos los más graves, a los que esta escuela dedicó particular atención) aparecen en términos de relaciones interpersonales (1953, 1954, 1955, 1956). Aunque algo del clima propuesto por Sullivan –sobre todo el recogido en su célebre texto sobre *la entrevista psiquiátrica* - se trasluce en el manual de Klerman, ninguno de sus conceptos claves (ansiedad, dinamismo, campo interpersonal, teoremas...) son utilizados en él. El alejamiento de la propuesta iniciada por Klerman y su equipo de la corriente histórica interpersonal, se ha acentuado cuando el liderazgo del nuevo movimiento ha pasado a manos de terapeutas de la siguiente generación como John Markowitz, que ha mostrado incluso su desacuerdo con que la *Terapia interpersonal* en el nuevo sentido, se incluya en los prontuarios de terapias “dinámicas” como la *Guía Concisa* de la Asociación Psiquiátrica Americana (Levenson, Butler y Beitman, 1997)¹.

Así, aunque el texto originario, efectivamente, transpira una sensibilidad hacia lo relacional que, por otra parte, parece casi inevitable para un clínico de la generación de Klerman, crecido en un ambiente psiquiátrico en el que Meyer y Sullivan eran referentes principales, el modo en el que se presenta hoy la terapia interpersonal de cualquier trastorno, no es como aplicación a ese trastorno de la psicoterapia interpersonal tal y como fue concebida por los

¹ Paradójicamente, tratándose como se trata de una tradición muy americana, es el grupo español el que más se ha preocupado por mantener el lazo con la escuela interpersonal *clásica* y el que ha tomado la precaución de dar cabida a desarrollos de ésta en los estatutos de la asociación articulada para difundir y estudiar la terapia interpersonal en nuestro país.

psicoterapeutas de esa escuela sino como un procedimiento específicamente ideado para ese trastorno y legitimado no por su coherencia con una teoría, sino por la eficacia demostrada en ensayos clínicos. Por eso, más que a sus raíces históricas, los proponentes les gusta centrarse en lo que consideran los fundamentos *empíricos* de la propuesta, a los que nos referiremos brevemente.

La intervención se construyó - y en ello se sustenta la proclamación de su carácter *empírico* - en base a cierto número de evidencias procedentes de seis campos de investigación que ponen de manifiesto la importancia de los acontecimientos interpersonales en los trastornos depresivos.

1. Relaciones interpersonales y estados de ánimo normales

Los trabajos ya clásicos de Bowlby (1967-1977) sobre la necesidad de *vinculación* en humanos y primates destacan la capacidad de sus indefensos recién nacidos de desarrollar - en ausencia de los necesarios lazos afectivos - cuadros que recuerdan los depresivos. Esta capacidad se mantiene durante la edad adulta y, en los humanos puede aparecer no sólo ante la pérdida de estos vínculos, sino ante su representación o anticipación. Los trabajos de Lindeman (1944), Clayton (1968), Maddison y Walker (1967), Maddison (1968), Walker, McBride y Vachon (1977) o la propia Mirna Weissman (1979) sobre duelo ilustran estos procesos afectivos consecuentes a acontecimientos en la esfera interpersonal.

2. Relaciones interpersonales como antecedente de la depresión clínica: el papel de la experiencia infantil.

Los autores de este manual revisan la evidencia sobre la **perdida de uno de los progenitores** a determinadas edades en el desarrollo de cuadros depresivos en la edad adulta (Tenant, Bebbington y Hurry, 1980) o lo conocido sobre la **calidad de la relación paternofilial en la infancia** (Parker, 1979) y el riesgo de desarrollo de cuadros depresivos en la edad adulta. También se consideró la evidencia sobre el mayor riesgo de padecer problemas de salud mental en general y cuadros depresivos en particular de los **hijos de los pacientes deprimidos** (Rolf y Gamezy, 1974; Weintraub, Neale y Liebert 1975; Gamer, Gallant, Grunebaum y Cohler 1977; Welner, Welner, McCrary y Leonard, 1977; Weissman, Paykel y Klerman, 1972) o la mayor frecuencia con que **los adultos deprimidos informan** (retrospectivamente) de depresión en sus padres, rechazo abandono o abuso parental (Orvaschel, Weissman y Kidd 1980).

Sobre la **depresión en la infancia** los autores se hacen eco de los trabajos de Connell (Connell, 1972) en los que se distingue un grupo de niños en los que sería fácil identificar un precipitante y otro, sin precipitante identificable en el que existiría historia familiar. Revisan también la evidencia sobre la mayor frecuencia de conflicto familiar, rechazo parental y psicopatología (no sólo depresiva) en los padres (Brumbach, Dietz-Schmith y Weinberg, 1977; Poznanski y Zrull, 1970).

3. Dificultades interpersonales como antecedente de la depresión clínica en la vida adulta.

En el momento de redactarse el manual, existían trabajos que relacionaban estos dos extremos en 4 áreas diferentes.

1. Estrés y acontecimientos vitales

Desde los clásicos trabajos de Holmes (1950) sobre el aumento en la incidencia de enfermedades respiratorias tras acontecimientos estresantes, se han demostrado aumentos en la incidencia de trastornos depresivos en los seis meses siguientes a acontecimientos especialmente conflictos de pareja (Paykel, Myers, Dietnelt, Klerman, Lindelthal y Pepper MP1969; Paykel, 1978; Ilfeld 1977) o subsecuentes a conflictos crónicos (Pearlin y Liberman, 1977) aunque no falte quien haya puesto en duda el sentido de una posible causalidad entre estos hechos (Bloom, Asher y White, 1978).

2 Apoyo social

Los trabajos de Henderson (1974) postulaban una *conducta provocadora de cuidados* a través de una demostración de incapacidad, que sería eficaz - y normal - en ciertas situaciones pero que podría llegar a ser patológica en otras. Este mismo autor ha enfatizado el papel de los lazos sociales como protector (Henderson, 1978a y b, 1979, 1980a y b). En palabras del propio Henderson (1977) "los síntomas neuróticos emergen cuando las personas se consideran a si mismas deficitarias en atención, cuidado e interés por parte de los otros. Y los síntomas mismos pueden ser entendidos como conducta provocadora de cuidados que puede ser adaptativa".

3 Relaciones de *intimidación*.

Brown, Harris y Copeland (1977) en sus trabajos sobre la depresión en mujeres de la clase obrera inglesa demostraron que una relación íntima y de confianza, generalmente el cónyuge, es una fuerte protección contra el desarrollo de una depresión frente al estrés de la vida.

4. Conflicto conyugal

La relación entre conflicto conyugal y trastorno depresivo había sido ampliamente estudiada tanto en Inglaterra como por el propio equipo de Cornell, y era bien conocida en el momento de redactarse el manual (Paykel ES, Myers, Dietnelt, Klerman, Lindelthal, Pepper, 1969; Brown, Harris, Copeland, 1977; Hinchliffe, Vaughan, Hooper, Roberts, 1978; Weissman y Paykel. 1974; Rousanville, Weissman, Prusoff, Herceg-Baron, 1979).

4. Dificultades interpersonales como consecuencia de la depresión clínica.

La depresión tiene, sin duda, un efecto característico sobre la comunicación y la interacción interpersonal que se pone de manifiesto en la observación común de que *los deprimidos son deprimentes* para las personas de su entorno (Coyne, 1976; Kreitman, Collins, Nelson y Troop 1971, Merikangas, Raneli y Kupfer 1979). Se ha informado de tasas más elevadas de separación y divorcio en pacientes deprimidos (Briscoe y Smith, 1973), así como de problemas característicos en la adaptación familiar, laboral y social (Weissman y Paykel, 1974)).

5. Remisión

Los autores del manual revisaron el conocimiento existente sobre los procesos de remisión de los trastornos depresivos que señalaba cómo la remisión sintomática se sigue posteriormente de la del desempeño laboral y más lentamente del familiar.

6. Personalidad y depresión

Los autores destacan como en el momento de elaborar el manual (y hasta la fecha) no existen estudios prospectivos y la supuesta evidencia sobre predisposición se basa en estudios de pacientes tras la remisión lo que se presta a importantes sesgos. Tal vez por ello en la terapia interpersonal de la depresión la personalidad se considera como un factor que puede condicionar la aplicación de la técnica, ser causa de problemas recurrentes o condicionar el pronóstico, pero no es el objetivo de la intervención.

ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS

En este apartado nos referiremos en todo momento al manual básico (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman, 1984) para trastorno depresivo mayor, ya que, en realidad, todas las otras aplicaciones son, en rigor, resultado de modificaciones de éste.

La TIP es una terapia diseñada específicamente para tratar pacientes depresivos con un formato breve (en torno a las 20 sesiones semanales de una hora de duración). Según los autores del manual la intervención tiene sus notas características a tres niveles diferentes 1) estrategias, 2) técnicas y 3) actitud terapéutica.

1. Estrategias TIP

En realidad lo específico de la TIP es su estrategia. Esta supone la consideración de tres fases inicial, intermedias y de terminación

1.1. Fases iniciales

Durante esta fase se acometen cuatro tareas. La primera se intitula **ocuparse de la depresión** y se lleva a cabo a través de una *revisión minuciosa de los síntomas depresivos* que se realiza conjuntamente con el paciente y como resultado de la cual puede *darse un nombre al síndrome*. Sobre esta base *se instruye al paciente sobre la depresión y tratamiento*, se puede *otorgar al paciente el rol de enfermo*². Este es también el momento de *evaluar la necesidad de medicación* (cuyo uso conjunto está recomendado).

La segunda tarea consiste en **relacionar la depresión con el contexto interpersonal** para lo que se procede a revisar exhaustivamente con el paciente sus relaciones interpersonales presentes y pasadas (por este orden) y relacionarlas con los síntomas depresivos según una sistemática minuciosamente explicitada en el manual. En base a la información recabada en la ejecución de estas tareas se procede a determinar sobre cual de las **áreas problema** a las que nos referiremos en el apartado correspondiente a las fases intermedias se va a trabajar y a fijar, de acuerdo con esto, los objetivos del tratamiento. La última de las tareas acometidas en esta fase supone **explicar los conceptos básicos de la TIP y hacer el contrato**.

1.2. Fases intermedias

²La explicitación de este aspecto, al que la intuición ha llevado probablemente a todo clínico avisado que trabaje con pacientes depresivos, junto con la consideración de la depresión como una enfermedad ha facilitado la excelente aceptación que la TIP - en contraste con otras psicoterapias - ha tenido en el colectivo médico.

El supuesto básico de la TIP está en considerar que los cuadros depresivos que van a tratarse con ella tienen que ver con problemas que se manifiestan en una de las **cuatro áreas problema** siguientes: a) duelo, b) disputas interpersonales, c) transiciones de rol o d) déficits interpersonales. En una terapia se trabaja en una, o en todo caso en dos de estas áreas, que se seleccionan de acuerdo con el paciente en las fases iniciales.

1.2.a. duelo

Se selecciona este área problema cuando existe evidencia de dificultades en la elaboración de un duelo. Los **objetivos** de este trabajo son **1) facilitar el proceso de duelo** y **2) capacitar al paciente para restablecer el interés y las relaciones para sustituir lo perdido**. Esto se consigue a través de una serie de **estrategias** que incluyen 1) una **revisión de los síntomas depresivos**, 2) **relacionar los síntomas con la muerte de la persona significativa**, 3) una **reconstrucción de la relación del paciente con el fallecido**, 4) una **revisión de la secuencia y consecuencias de los acontecimientos inmediatamente anteriores, de durante y después de la muerte**, 5) una **exploración de los sentimientos (positivos y negativos) asociados** y 6) una **consideración de las posibles maneras de entablar relaciones con otros**.

1.2.b Disputas interpersonales

Se selecciona cuando pueden identificarse situaciones interpersonales en las que existen expectativas no recíprocas entre el paciente y otra persona significativa y pueden relacionarse con la sintomatología depresiva. Los **objetivos** son 1) **identificar la disputa**, 2) **escoger un plan de acción** y 3) **o modificar los patrones de comunicación o reevaluar las expectativas** o ambas cosas a la vez. El terapeuta no tiene por qué guiar al paciente hacia ninguna solución en particular y no intenta mantener relaciones imposibles.

En cuanto a las **estrategias** se **revisan** 1) **los síntomas depresivos**, 2) se **ponen en relación con la disputa abierta o encubierta con un otro significativo con el que el paciente está comprometido** y 3) se **determina la fase en la que está actualmente la disputa**. Si la disputa está en fase de *impasse* se tratará de llevarla a una fase de *renegociación*; si esta en fase de *disolución* esta se trabajará como un duelo.

Se trata de 4) **ayudar al paciente a entender cómo las expectativas no recíprocas se relacionan con la disputa e iniciar los pasos que pueden conducir a resolución de la disputa y negociación de roles**.

Se trabajan para ello tanto aspectos *prácticos* (motivos, expectativas, valores, posibilidades, recursos, perpetuantes...), como *paralelos* con relaciones previas o *consecuencias* de un número de alternativas antes de pasar a la acción.

1.2.c Transiciones de rol

Se asocian a la depresión cuando la persona tiene dificultades para afrontar los cambios requeridos por el nuevo rol (padre, trabajador, jubilado...). Las transiciones suelen asociarse a progresiones en el ciclo vital. Las dificultades se suelen asociar a pérdida de apoyos y vínculos familiares y sociales, manejo de las emociones concomitantes como rabia o miedo, exigencia de nuevo repertorio de habilidades o baja autoestima.

Los **objetivos** del trabajo en este área son 1) **facilitar el duelo y aceptación de la pérdida del antiguo rol**, 2) **propiciar una visión mas positiva del nuevo** y 3) **restaurar la autoestima desarrollando un sentimiento de dominio de los nuevos roles**.

Las **estrategias** para el trabajo en este área comprenden una 1) **revisión de los síntomas depresivos**, 2) **relacionar los síntomas depresivos con las dificultades para desenvolverse frente a algún cambio vital reciente**, una 3) **revisión de los aspectos positivos y negativos de los roles antiguos y nuevos**, una 4) **exploración los sentimientos ante lo que se ha perdido** y 5) **ante el cambio mismo**, y una 6) **exploración de las oportunidades que brinda el rol nuevo**; se trata de 7) **evaluar realistamente lo perdido**, 8) **animar una adecuada liberación de afectos** y 9) **propiciar el desarrollo del sistema de apoyo y nuevas habilidades requeridas por el nuevo rol**.

1.2.d Déficits interpersonales

Se eligen como foco de la TIP cuando un paciente presenta una historia de empobrecimiento social que incluye relaciones interpersonales inadecuadas o insuficientes. Son personas que nunca han establecido una relación duradera o continua como adultos. Suelen ser los pacientes mas graves y, desde luego, los mas difíciles de trabajar con esta técnica. Al no existir relaciones actuales a las que referirse el foco se centra en relaciones pasadas, la relación con el terapeuta o el comienzo de nuevas relaciones.

El trabajo en este área, particularmente ardua, se atiene a los **objetivos** de 1) **reducir el aislamiento social del paciente** y 2) **animar la formación de nuevas relaciones**. Para ello utiliza las siguientes **estrategias**: 1) **revisar los síntomas depresivos**, 2) **relacionar los síntomas depresivos con los problemas de aislamiento o desengaño social**, 3) **revisar las relaciones significativas del pasado, incluyendo los aspectos positivos y negativos**, 4) **explorar pautas repetitivas en las relaciones pasadas o fracasadas**, 5) **analizar los sentimientos positivos y negativos del paciente hacia el terapeuta** (que es frecuentemente en estos casos la única relación vigente) y buscar paralelos en otras relaciones anteriores o en curso.

1.3. **Fase de terminación**

La terminación debe ser **abordada explícitamente** al menos dos sesiones antes de producirse el cese de la terapia. Para facilitar la tarea de terminación, las últimas 3 ó 4 entrevistas deben acometer el reconocimiento de esta terminación como momento de posible duelo, y analizar los movimientos hacia el reconocimiento por parte del paciente de su capacidad de independencia. En este momento conviene propiciar reacciones emocionales y, a la vez, prevenir su interpretación como recaídas.

Si el paciente se resiste a terminar se le dirá que puede ofrecérsele más tratamiento pero debe dejar transcurrir un período de 4-8 semanas para comprobar que verdaderamente lo necesita (excepto si persiste sintomatología importante: en cuyo caso procede buscar otro enfoque y/o otro terapeuta).

El manual contempla las siguientes **indicaciones de tratamiento prolongado**: 1) trastornos de la personalidad, 2) sujetos que pueden iniciar relaciones pero no mantenerlas, 3) sujetos con déficits interpersonales y habilidades insuficientes para iniciar relaciones con lo que estarán perpetuamente solos, 4) depresiones recurrentes (requieren tratamiento de mantenimiento, como mas adelante referiremos), 5) pacientes que no han respondido y

continúan agudamente deprimidos.

2. Técnicas

El desempeño de este tipo de tratamientos requiere el dominio de algunas técnicas generales de entrevista y manejo clínico y el de algunas **técnicas específicas**. Sin embargo es importante puntualizar que **a la TIP la caracterizan sus estrategias, no sus técnicas**.

El manual describe las técnicas específicas utilizadas en la TIP, agrupadas en 7 grandes grupos: 1) técnicas exploratorias, 2) propiciación de los afectos, 3) clarificación, 4) análisis comunicacional, 5) uso de la relación terapéutica, 6) modificación de conducta y 7) técnicas auxiliares (contrato, encuadre...)

3. Actitud terapéutica

El manual define aquellos aspectos de la actitud terapéutica que diferencian la TIP de otras intervenciones psicoterapéuticas. Son las siguientes: 1) el terapeuta actúa como abogado del paciente, no es neutral, 2) la relación terapéutica no es analizada como una manifestación de transferencia, 3) la relación terapéutica no es una relación de amistad, 4) el terapeuta es activo, no pasivo.

Los autores del manual especifican que consideran que los terapeutas TIP pueden ser psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales psiquiátricos o enfermeros, que ya han alcanzado niveles de experiencia y capacidad en algún tipo de psicoterapia dinámica (Rogeriana, psicoanalítica, etc.). La realidad, como luego señalaremos, es que la TIP se ha convertido en una modalidad de intervención crecientemente utilizada por psiquiatras, según los datos de la Asociación Psiquiátrica Americana (Docherty, 1993), y que se han elaborado sobre la misma manuales de *counseling* especiales para enfermería y para ser aplicados en atención primaria.

A la formación se accede a través del estudio de **material escrito** (el **manual**) que se completa con la asistencia a un **seminario didáctico** de dos a cinco días de duración en el que se trabaja sobre *material audiovisual* y se hace especial énfasis en los cuatro aspectos en los que se han detectado dificultades con mas frecuencia: 1) reconocimiento de la depresión como un trastorno médico, 2) énfasis en los problemas actuales de funcionamiento interpersonal, 3) carácter exploratorio del proceso de tratamiento (el manual no es un libro de cocina) y 4) carácter breve de la intervención. Se requiere, además, la **supervisión** de 4 casos, aunque en terapeutas con experiencia clínica los autores informan en una publicación posterior de no obtener ventajas después de la segunda supervisión (88). Se trata de una supervisión semanal, sesión por sesión que puede hacerse personalmente o, en ciertos casos, por teléfono, habiendo ya el terapeuta visto el video de la sesión objeto de la supervisión.

La **evaluación** del aspirante a terapeuta se realiza en tres áreas diferentes 1) uso de estrategias de TIP, 2) uso de técnicas de TIP y 3) uso de técnicas no TIP. La evaluación se realiza en base a una escala estandarizada sobre una hora de vídeo a la vez por el supervisor y otro evaluador independiente. Suelen obtener mejores resultados los terapeutas más expertos.

APLICACIONES Y SOPORTE EMPÍRICO

Desarrollaremos en un mismo apartado las aplicaciones propuestas y los resultados de la investigación, ya que uno de los propósitos que ha caracterizado al movimiento de terapia interpersonal ha sido la de sustentar cada propuesta de nueva aplicación en una demostración de su eficacia a través de ensayo clínico y, generalmente, buscando la comparación al menos con placebo y tratamiento farmacológico y, frecuentemente con otros tratamientos psicológicos y la combinación de la terapia interpersonal con psicofármacos. El cuadro 1 recoge los principales de estos estudios.

TIP en trastornos afectivos

Probablemente hay pocos tratamientos psicológicos cuya eficacia esté tan bien establecida como la de la TIP para episodios agudos de **depresión mayor**. Ya en el momento de la publicación del manual (Klerman, Weissman, Rousanville y Chevron, 1984) había sido demostrada su eficacia frente a “tratamiento habitual” (menos eficaz), a tricíclicos (igual de eficaz) y a combinación de TIP y tricíclicos (Weizman, Prusoff, Dimascio, Neu, Gohlaney y Klerman, 1979). Las dos monoterapias experimentales resultaron superiores a la condición control, y la combinación resultó superior a ambas.

La TIP para depresión mayor fue uno de los tratamientos estudiados en el que probablemente es el proyecto más ambicioso de evaluación de eficacia de tratamientos psicológicos terminado hasta la fecha: el Proyecto Coordinado de Investigación sobre el Tratamiento de la Depresión del Instituto para la Salud Mental Americano (Elkin, Pilkonis, Docherty y Sotsky, 1988; Elkin 1994; Elkin, Parloff, Hadley y Autry, 1985; Elkin, Pilkonis, Docherty y Sotsky, 1988; Elkin, Shea, Whatkins, Imber, Sotsky, Collins, Glass, Pilkonis, Leber, Docherty, Fiester y Parloff, 1989; Elkin, Shea, Watkins, Imber, Sotsky, Collins y Glass, 1989) Los resultados de este estudio no son fáciles de interpretar debido a su complejidad y además, a su publicación errática, por desavenencias entre los distintos colaboradores que se han complicado, además, con el cambio de apellido (por cambio de estado civil) de la investigadora principal Irene Elkin (antes Waskow). En este estudio - que tendrá importantes repercusiones en la metodología de investigación - se compararon cuatro condiciones de atención a pacientes deprimidos (excluidos bipolares y psicóticos): Terapia Cognitivo conductual de la Depresión (TCD) (Beck, Rush, Shaw y Emery 1979)), Terapia interpersonal de la depresión (TIP) (Klerman, Rousanville, Chevron, Neu y Weissman, 1984), Imipramina mas Manejo Clínico (IMI-MC) (especificado en un manual elaborado al efecto) y Placebo mas Manejo Clínico (PLA-MC). Entre sus conclusiones (de análisis complejo) destacamos para lo que aquí nos concierne las siguientes. 1) Las cuatro condiciones estudiadas produjeron diferencias significativas en las medidas de síntomas pre y post-tratamiento. La condición PLA-MC obtuvo una tasa de respuesta inesperadamente alta - posiblemente atribuible al componente de terapia de apoyo incluido en el manual de Manejo Clínico, lo que en realidad podría también convertir la opción IMI-CM en una suerte de *tratamiento combinado*, mas que en un tratamiento farmacológico puro. 2) Todas las formas de tratamiento activo resultaron más eficaces que el placebo (efectos que son más evidentes para TIP y IMI-MC - no así para TCD - si se utilizan criterios de *recuperación* en lugar de respuesta). 3) No se pudieron demostrar diferencias significativas entre las 3 formas de tratamiento activo empleadas al final del tratamiento - ni siquiera en las medidas en las que cabía esperar una mayor especificidad debida a las hipótesis de base o a las estrategias empleadas en cada forma de tratamiento (excepto mejores resultados para TIP en funcionamiento social y para TCD y IMI-

MC para disfunción cognitiva en los pacientes con alteración menos grave de estos parámetros). 4) La modalidad IMI-MC resultó de acción más rápida que el resto. 5) La tasa de retención fue mayor para TIP. 6) Las depresiones más graves tendían a responder mejor a IMI-MC y, en segundo lugar, a TIP. Resulta particularmente inquietante el hecho de que, aunque la tasa de *respuesta* es mucho mayor, al final del tratamiento, sólo algo más de la mitad de los pacientes (51% para TCD, 55% para TIP y 57% para IMI-MC frente a 29% para PLA-MC) hubieron alcanzado criterios de *remisión*. La investigadora principal (Elkin 1994) se lamenta de que la alta tasa de respuesta a placebo encontrada en ese estudio enmascare posibles efectos beneficiosos de las condiciones experimentales. No se detiene en el hecho de que el manual de manejo clínico utilizado incluye no pocos de los posibles elementos activos de la TIP. También llama la atención el hecho de que aunque la tasa de *respuesta* es mucho mayor, al final del tratamiento, sólo algo más de la mitad de los pacientes (51% para TCD, 55% para TIP y 57% para IMI-MC frente a 29% para PLA-MC) hubieron alcanzado criterios de *remisión*, lo que parece que debería servir para animar posteriores investigaciones en este campo en el que, a pesar de la euforia que podría inducirnos la publicidad farmacéutica, aún estamos lejos de poder considerar que disponemos de tratamientos satisfactorios.

Desde la publicación del primer manual se ha desarrollado otras aplicaciones, también manualizadas (Klerman y Weissman, 1993, Klerman, Weissman y Markowitz, 2000), para otros trastornos diferentes del episodio depresivo para el que fue diseñada la primera. Nos detendremos en algunas de las que han demostrado eficacia en ensayos clínicos.

El grupo de Ellen Frank, en Pittsburg, desarrolló un manual específico de **terapia de mantenimiento para pacientes con depresión recurrente** (TIP-M), con sesiones mensuales de mantenimiento, cuya eficacia investigó y publicó con exquisita pulcritud en unos trabajos en los que no sólo muestran la eficacia de la intervención, sino que analizan los factores que contribuyen a ella (Frank, Grochocinski, Sapien et al, 2000; Frank, Kupfer, Cornes y Morris 1993; Frank, Kupfer, Levenson 1990; Frank, Kupfer y Perel 1989; Frank, Kupfer, Perel, Cornes, Jarrett, Mallinger, Thase, McEachran y Grochoncinsky 1990; Frank, Kupfer, Wagner, McEachran y Cornes 1991).

John Markowitz, que, tras la muerte de Gerald Klerman en 1992, ha asumido, junto con la viuda de este, Myrna Weissman, un papel de liderazgo de la escuela, ha desarrollado un manual para el tratamiento de la **distimia** (Markowitz 1998). Los resultados son prometedores, aunque las muestras en las que se ha estudiado son muy reducidas.

El manual original ha sido modificado para su uso en **adolescentes deprimidos** (TIP-A) por el grupo liderado por Mufson y Moreau (Mufson, Moreau, Weissman, Klerman 1993). Se han realizado dos estudios de eficacia llevados a cabo en Puerto Rico y en la Universidad de Columbia, ambos con estudiantes hispanos (Rosello y Bernal, 1998; Mufson et al, 1994 y 1999). La TIP resultó más eficaz que los grupos control y, en algunas medidas más eficaz que la terapia cognitivo conductual (ver cuadro 1). Un grupo de Toronto ha obtenido resultados prometedores y aún no publicados demostrando la superioridad de la TIP-A sobre un grupo de psicoeducación y un grupo control con adolescentes embarazadas (Klerman, Weissman y Markowitz 2000).

La TIP se ha adaptado también para **pacientes ancianos con depresión** (TIP-G) (Frank, Frank, Cornes, Imber, Miller, Morris y Reynolds, 1993). Se han llevado a cabo estudios

controlados por los grupos de Solane (Sloane et al 1985) y Reynolds, éste en Pittsburg (Reynolds et al 1992, 1994, 1996a, 1996b, 1997, 1999), donde ha proseguido en esta población los trabajos realizados por el grupo de esa ciudad en TIP-M para depresión recurrente.

Se ha realizado un manual para **terapia interpersonal marital para pacientes deprimidos con disputas interpersonales** (TIP-MC) (Weissman y Klerman, 1993). A diferencia de otras terapias de pareja, la TIP-MC tiene dos objetivos complementarios: facilitar la remisión del episodio agudo y mejorar el funcionamiento de la pareja. Es decir, uno de los miembros de la pareja ha de tener una depresión clínica originada por disputas interpersonales con el otro. Las únicas diferencias respecto a la que ya podemos llamar *TIP convencional* son que aquí el foco siempre es **disputas interpersonales** y que el miembro no deprimido está implicado en la terapia. El objetivo durante las fases intermedias es la renegociación de los roles maritales y el terapeuta activamente promueve que las sesiones discurren en esos términos. Foley y su grupo (1979) pusieron de manifiesto la utilidad de este tipo de intervención a través de un ensayo clínico en el que se comparaba con TIP convencional (ver cuadro 1)

El grupo liderado por Ellen Frank, en Pittsburg, generó una modificación de la TIP para **trastorno bipolar** con foco en los factores que se sabe en relación con la ocurrencia de episodios depresivos y las cuatro áreas tradicionales de problemas interpersonales a los que se añadía la disrupción de los ritmos sociales para cuyo manejo se proponían diversas alternativas técnicas no usuales en otras modalidades de TIP. La modalidad de intervención fue, por este motivo bautizada como Terapia Interpersonal y de los Ritmos Sociales TIP-RS. Los resultados, aunque presentados por la investigadora principal, y recogidos en la última edición del manual general (Klerman, Weissman y Markowitz 2000) aún no han sido publicados.

También se ha propuesto una modalidad de **counseling interpersonal para depresión en atención primaria** (AIP) (Schulberg, Scott, Madonia y Imber, 1993). Es un tratamiento breve (un máximo de 6 sesiones de 30 minutos), que puede ser administrado en los centros de atención primaria y por profesionales paramédicos entrenados. Se presta la mayor atención a cambios recientes en la vida del paciente, a estrés emocional en el entorno familiar, laboral, etc, y a dificultades en las relaciones interpersonales. Los focos son los mismos que en la TIP con la diferencia de que en esta ocasión no se habla de déficits interpersonales sino de soledad y aislamiento social. El AIP tiene de particular con respecto a la TIP que, con el objetivo de acelerar la mejoría y de minimizar la dependencia del paciente, se incluye la utilización de escritos y tareas para que el paciente realice fuera de las consultas y se contempla la posibilidad de finalizar el tratamiento antes de las 6 sesiones previstas si el paciente se siente mejor. Su eficacia ha sido comprobada a través de dos estudios controlados llevados a cabo respectivamente en Harvard (Klerman et al, 1987) y Filadelfia (Mossey et al 1996) con pacientes ancianos hospitalizados a los que aplicó una intervención más larga (10 en lugar de 6 sesiones), con sesiones de mayor duración (60 en lugar de 20 minutos) y con una frecuencia dependiente del estado médico de los pacientes en lugar de semanal fija.

John Markowitz ha desarrollado también una **terapia interpersonal para HIV-seropositivos con depresión** (TIP-HIV) (Markowitz, Klerman, Perry, Clougherty y Josephs, 1993). Consta de las mismas fases que la TIP ya que aborda la depresión desde la perspectiva de los problemas interpersonales generados en torno a la seropositividad o al SIDA. Algunos

aspectos diferencian esta modalidad. Los autores sugieren que los terapeutas deben tener conocimientos médicos sobre la evolución de la enfermedad ya que la terapia incluye aspectos de counselling e información. En cuanto a los focos terapéuticos, que por otra parte son los mismos, se recomienda dar menos relevancia a los déficits interpersonales por la especial dificultad de trabajar con ellos en este tipo de pacientes, y centrarse en cualquiera de los otros. Se hace especial hincapié en resaltar los conflictos en el *aquí y ahora* evitando activamente trabajar aspectos del pasado (por ej. la culpa por contraer la enfermedad), y en fomentar los recursos del paciente para enfrentar la situación y conseguir y mantener apoyos externos. En un estudio preliminar esta terapia ha demostrado su eficacia frente a otras modalidades de tratamiento (ver cuadro 1)

Debido a las dificultades en el uso de antidepresivos durante el embarazo y la lactancia han sido consideradas de gran interés las terapias interpersonales para **depresión ante** (Spinelly 1997) y **post partum** (Stuart, O'Hara y Blehar, 1998). (ver cuadro 1)

Se han realizado también versiones de la TIP para trastornos no afectivos. Por ejemplo, se realizaron versiones de **terapia interpersonal para drogodependientes**. Pero, en los ensayos realizados (no demostraron ventaja sobre la condición control Se trata de una adaptación de la TIP realizada por Rounsaville y Carroll (1993) para el tratamiento de dos tipos de drogodependientes: 1) Heroinómanos en tratamiento de mantenimiento con metadona y 2) Dependientes de cocaína combinada o no con tratamiento farmacológico. Las fases del tratamiento son idénticas que en la TIP aunque ahora el esfuerzo se centra en ayudar al paciente a abandonar o disminuir el consumo de drogas y los focos, que también son los mismos, se han adaptado a aquellas dificultades interpersonales que suelen presentar los adictos. Dos son los objetivos concretos en el tratamiento: 1) **Ayudar al paciente a disminuir o cesar el consumo de drogas** con los siguientes subobjetivos: a) aceptar la necesidad de abandonar el consumo, b) manejo de la impulsividad y c) evitar el ambiente donde se consumen drogas; y 2) **Ayudar al paciente a desarrollar estrategias para tratar con los problemas interpersonales relacionados con el inicio o el mantenimiento del consumo de drogas** donde se trabaja con los cuatro focos descritos para la depresión pero adaptados a los problemas concretos de los adictos. El inventario interpersonal de las primeras sesiones debe ir dirigido a entender la relación entre el consumo y las relaciones interpersonales del paciente.

Se han propuesto también versiones de **terapia interpersonal para la bulimia nerviosa** (Fairburn, 1993). En el estudio de Fairburn de 1991 (Fairburn, Jones, Pevler, Carr, Solomon, O'Connor, Burton y Hope, 1991) (ver cuadro 1) se utilizó la TIP como tratamiento control en relación con psicoterapias cognitivo-conductuales y conductuales observándose, no sólo que era igual de eficaz que estas, sino que lo era más que la terapia conductual en la prevención de recaídas y que, a diferencia de las otras terapias, con TIP la mejoría continuaba meses después de finalizar el tratamiento. La TIP para bulimia es una terapia breve con un número de sesiones limitado y pactado desde el comienzo y centrada en los mismos focos que para la depresión. Se distinguen tres fases: 1) **Valoración** que puede ocupar las 5 primeras sesiones y con tres objetivos a) establecer la relación terapéutica, b) informar al paciente del tratamiento e c) identificar las áreas conflictivas mediante: la exploración sistemática del pasado del paciente (incluyendo historia del trastorno, funcionamiento interpersonal previo, acontecimientos vitales y problemas de autoestima o depresión); una valoración de las relaciones actuales; identificación de precipitantes de los episodios; y por último identificación de áreas conflictivas y contrato terapéutico. 2) **Sesiones intermedias** donde el objetivo es

mantener el foco constantemente en las relaciones interpersonales y no en los problemas con la comida el peso o la imagen corporal. 3) **Terminación y preparación para el futuro** donde se planean estrategias para afrontar problemas en el futuro (Diéguez Porres 1999a, 1999b). Un trabajo posterior (Agras et al 2000) confirmó los resultados aunque los autores creen justificado considerar preferible la terapia cognitivo-conductual por ser de efecto más rápido. McKenzye y sus colaboradores neozelandeses están llevando a cabo un trabajo sobre anorexia nerviosa cuyos resultados, aún no publicados, también parecen prometedores.

Se trabaja también en **trastornos de ansiedad**. Se han desarrollado intervenciones para **fobia social** en formato **individual** y **de grupo**, **trastorno de pánico**, y **trastorno post estrés traumático**. Los resultados no han sido publicados, aunque aparecen referidos en la última versión del texto base (Klerman, Weissman y Markowitz, 2000). Hay un caso publicado en castellano (González Suarez, 1994)

Con un menor grado de desarrollo se trabaja en **dismorfofobia**, **trastorno de somatización**, (también hay un caso publicado en castellano: González Suárez y Fernández Liria, 1996), **depresión post-infarto**, **depresión en personas con discapacidades físicas**, **insomnio primario** y **trastorno borderline de la personalidad** (Klerman, Weissman y Markowitz, 2000).

En resumen los impulsores de la terapia interpersonal se han esforzado en todo momento por demostrar su eficacia frente a placebo, frente a tratamiento farmacológico y frente a otros tipos de psicoterapia (como terapia cognitiva). El **cuadro 1** resume los resultados de estas investigaciones.

EL FUTURO DE LA TERAPIA INTERPERSONAL

La terapia interpersonal se ha convertido en la práctica psicoterapéutica en la que más frecuentemente se adiestran los psiquiatras americanos (Docherty, 1993). A ello creemos que han contribuido varios factores. En primer lugar la **falta de doctrinarismo**; para entrenarse en este tipo de intervención no es preciso aceptar sistemas teóricos o visiones del mundo completas- generalmente atrincheradas por los celosos guardianes de la ortodoxia de cada escuela-. Ni siquiera es necesario admitir una determinada teoría de la depresión - como en el caso de la terapia cognitiva que postula que *en realidad* la alteración del afecto es secundaria a la del pensamiento. Basta con aceptar la evidencia de que determinados factores psicosociales influyen en la incidencia y el curso de los trastornos depresivos y que determinadas intervenciones del mismo orden pueden modificar su pronóstico.

Un segundo factor es sin duda su **compatibilidad con el paradigma médico**. Muchos de los psiquiatras que han buscado este tipo de formación se encuentran mas cómodos trabajando con un método que maneja la depresión *como una enfermedad* y que se contempla a sí mismo *como un tratamiento* (alternativo o complementario al farmacológico) que con otros que explican primariamente su acción en otros registros (en relación a la Verdad, la Racionalidad o el desarrollo personal) y sólo secundariamente afrontan su utilidad clínica.

En tercer lugar **la existencia de un procedimiento reglado, accesible y eficiente de formación**, que hace que un clínico con cierta experiencia pueda con facilidad capacitarse para practicar este tipo de intervención (el *seminario* y la *supervisión* según un procedimiento

claramente establecido en un *manual*).

Lo sistemático y riguroso del **empeño en demostrar la eficacia de la intervención** frente a las alternativas existentes ha sustentado la credibilidad de la propuesta. Nótese que el grupo promotor no pretende haber probado la validez general de las psicoterapias de una determinada orientación sino la de unas intervenciones muy concretas, descritas en unos manuales con un ámbito de aplicación muy preciso.

Por último se trata de una intervención **eficiente, compatible con las condiciones reales de trabajo de los clínicos realmente existentes** (y no sólo con las de los departamentos universitarios donde se realizan las investigaciones). Veinte horas de de tratamiento para un trastorno depresivo no están por encima de las que realmente se dedican a ellos con intervenciones menos sistematizadas y de eficacia por probar (fuera del hecho de que en ellas se prescriben antidepresivos). La frecuencia de una sesión semanal (para un tratamiento de 3-4 meses tampoco parece disparatada. La abortada ley Clinton concedía en su nivel de cobertura mínimo más del doble de eso.

Con todo ello la TIP se ha convertido (junto con la Terapia Cognitiva) en una referencia, un especie de patrón de oro para tratamientos psicosociales. De allí su elección para el proyecto antes citado del Instituto Nacional de la Salud americano (108).

En el año 2000, en Chicago, se constituyó la Sociedad Internacional de Terapia Interpersonal, reuniendo a los diferentes grupos que la practican. En España se constituyó la Sociedad Española de Terapia Interpersonal en 1996, que ha trabajado sobre todo en aplicaciones para el sector público, cuenta con grupos radicados sobre todo en Madrid, Barcelona y Valencia y ha dado lugar a una cierta cantidad de publicaciones en castellano (Diéguez Porres 1999a y b; Diéguez Porres, Morales Hevia, González Suárez, 1997; Diéguez Porres, Rodríguez Vega, Fernández Liria, 2000; Fernández Liria, 1999; Fernández Liria, Rodríguez Vega, Diéguez Porres, González Suárez, Morales Hevia, 1997; González Suárez, 1994; González Suarez, Fernández Liria, 1996; Solé Puig, 1995; Solé Puig 1997; Solé Puig 1998)

A MODO DE CONCLUSIÓN

La TIP, en definitiva, servido para mantener encendida la llama del trabajo psicoterapéutico en los momentos de auge del más estricto reduccionismo biologicista. Su entronque con la tradición médica, la no exigencia de asunciones dogmáticas, el hecho de ser una intervención basada en la experiencia clínica y la evidencia experimental, el haber desarrollado procedimientos ágiles de enseñanza y el haber sabido contrastar su eficacia con la de las otras alternativas posibles, han contribuido a ello.

En Europa en general y en nuestro país en particular, la práctica de la psicoterapia sigue anclada a planteamientos mucho más doctrinarios, de escuela, en los que la práctica clínica se plantea como una aplicación de una determinada teoría de la salud o los trastornos mentales de la que deriva generalmente una técnica cuyas condiciones de aplicación suelen estar reguladas por algún tipo de *academia*. Esta actitud ha favorecido el auge del reduccionismo biologicista y el desplazamiento de las actividades psicoterapéuticas desde los lugares en los que se desarrolla el grueso de la clínica (la psiquiatría pública) a los reductos de la práctica privada controlada por las propias escuelas.

Más allá de la utilidad concreta de la TIP (que creemos que está condenada a ser sustituida por otros procedimientos de intervención que demuestren ser más eficaces o más eficientes) es la **actitud** de los creadores de esta intervención y **el procedimiento** seguido para elaborarla de lo que creemos que los psicoterapeutas que vamos a ejercer en el próximo milenio deberíamos tomar nota.

BIBLIOGRAFÍA

Agras WS, Wals T, Fairburn CG, Wilson GT, Kraemer HC. A multicentre comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2000; 57(5):459-466

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual, Mental Disorders (DSM-I) Washington: American Psychiatric Association, 1952

Anderson C, Reiss D, Hogarty G. Schizophrenia and the family. A practitioner's guide to psychoeducation and management. New York: Guilford 1986 (trad cast. Esquizofrenia y familia. Buenos Aires: Amorrortu 1988.

Arieti S, Bemporad J. Severe and mild depression: the psychotherapeutic approach. New York: Basic Books 1978.

Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive treatment of depression: a treatment manual. New York: Guilford. 1979. (Trad cast: Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Bouver, 1983)

Beers C A mind That found itself. New York: Doubleday 1908.

Bellack AS, Hersen M, Himmelhoch J. Social skills training with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. Am J Psychiatry. 1981; 138: 1562-1567.

Bloom BL, Asher SJ, White SW. Marital disruption as a stressor: a review and analysis. Psychological Bull 1978; 867-879.

Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds: some principles of psychotherapy. Brit. J. psychiatry 1977;130: 421-431.

Bowlby J. Attachment and Loss. London.Hogarty Press.1969.

Briscoe CW, Smith JB. Depression and marital turmoil. Arch Gen Psychiatry 1973; 28: 811-817.

Brown GW, Harris T, Copeland JR. Depression and loss. Br J Psychiatry 1977; 130: 1-18.

Brumbach RA, Dietz-Schmith S, Weinberg WA. Depression in children referred to an educational diagnosis center; diagnosis and treatment and analysis of criteria and literature review. Dis Nerv Syst 1977; 38: 529-535.

Cherry S, Markowitz JC. Interpersonal psychotherapy. En Kantor JS (ed): Clinical depression during addition recovery: Process, diagnosis and treatment. New York: Marcel Dekker. 1996: 165-185

Clark, DM, Salkovskis PM. Cognitive therapy with panic and hypocondriasis. Oxford: Pergamon Press. 1991.

Clayton P, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. Am J Psychiatry 1968; 125: 168-178.

Connell HM. Depression in childhood. Child Psuchiatry Human Develop 1972; 4:71-78.

Coyne JC. Depression and the response of others. J Abnormal Psychology 1976; 85: 186-193.

Daldrup R, Beutler L, Engle D, Greenberg L. Focused expressive psychotherapy. New York: Guildford, 1988.

Davis R, Olmsted MP. Cognitive-behavioral group treatment for bulimia nervosa: integrating psychoeducation and psychotherapy. En Harper-Giuffre H, MacKenzie KR. Group psychotherapy for eating disorders. Washington: American Psychiatric Press 1992.

Diéguez Porres M. Bulimia nerviosa. Un nuevo enfoque terapéutico. *Psiquiatría Pública* 1999; 11: 114-117.

Diéguez Porres M. Terapia interpersonal de la bulimia nerviosa. *Psiquiatría Pública* 1999; 11: 118-121.

Dieguez Porres M, Morales Hevia N, González Suárez N. Terapia interpersonal de la depresión: un modelo de terapia para el sector público. In Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B (coords). *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid: AEN 1997

Diéguez Porres M, Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. Consejo Interpersonal en Atención Primaria. (In press)

Docherty JP, et al. Psychosocial treatment research in psychiatry: A task force report of the American Psychiatric Association. Washington DC. American Psychiatric Association. 1993.

Elkin I. The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. En Bergin AE, Garfield SL. *Handbook of psychotherapy and behavior change* IVth edition. New York: Wiley 1994

Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP, Sotsky SM. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, I: active ingredients and mechanisms of change. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 909-917.

Elkin I, Parloff M, Hadley SW, Autry JH. NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry* 1985; 42: 305-316.

Elkin I, Pilkonis PA, Docherty JP, Sotsky SM. Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, II: nature and timing of treatment effects. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 1070-1076.

Elkin I, Shea T, Watkins JT, Imber SS, Sotsky SM, Collins JF, Glass DR, Pilkonis PA, Leber WR, Docherty JP, Fiester SJ, Parloff MB. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatment. *Archives of General Psychiatry* 1989; 46: 971-982.

Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 1952; 16: 319-324.

Fairburn CG, Jones R, Pevler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, Burton J, Hope RA.

Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 463-469.

Fairburn CG. Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. En Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.1993.

Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW. *Family care of schizophrenia*. New York: Guildford 1984.

Faris RE, Dunham H. *Mental Disorders in urban areas: an echological study of schizophrenia and other psychoses*. Chicago: University of Chicago Press, 1939.

Fernández Liria A. Investigación en psicoterapia (I): el pájaro Dodo en el umbral del siglo XXI. *Psiquiatría Pública* 1993; 5: 354-362.

Fernández Liria A. Investigación en psicoterapia (II): especificidad e integración. *Psiquiatría Pública* 1994; 6: 3-14.

Fernández Liria A. Combinación de psico y farmacoterapia en los trastornos depresivos. *Revista de Psicoterapia* 1999; 9 (36): 27-41.

Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Dieguez Porres M, González Suárez N, Morales Hevia N. La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio. *Revista de la Asociación Española de neuropsiquiatría* 1997; 17: 627-648

Foley SH, Rounsaville BJ, Weissman MM, Sholomskas D, Chevron ES. Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. *International J of Family Psychiatry*. 1990; 7: 10.

Fosha D (Ed). Special issue: Acelerated Empathic Therapy (AET). *International Journal of Short Term Psychotherapy*. 1992; 7: 127-198.

Frank E, Frank N, Cornes C, Imber SD, Miller MD, Morris SM, Reynolds CF. Interpersonal psychotherapy in the treatment of late-life depression. En Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.1993.

Frank E, Frank N, Cornes C, Imber SD, Miller MD, Morris SM, Reynolds CF. Interpersonal psychotherapy in the treatment of late-life depression. En Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.1993.

Frank E; Grochocinski VJ; Sapier CA; et al. Interpersonal psychotherapy and antidepressant medication: evaluation of sequential treatment strategy in women with recurrent major depression. *J clin Psychiatry* 2000 Jan; 61(1): 51-7.

Frank E; Hlastala S; Ritenour A; et al. Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Biol Psychiatry* 1997 Jun 15;41(12):165-73.

Frank E, Kupfer DJ, Cornes C, Morris SM. Maintenance interpersonal psychotherapy for recurrent depression. En Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal*

psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press.1993.

Frank E, Kupfer DI, Levenson J. Continuation treatment for unipolar depression. The case for combined treatment. Manning DW, Frances AJ. Combined Pharmacotherapy and Psychotherapy for depression. Washington: American Psychiatric Press 1990. 133-150

Frank E, Kupfer DI, Perel JM. Early recurrence in unipolar depression. Arch Gen Psychiatry. 1989; 46: 771--775.

Frank E, Kupfer DI, Perel JM, Cornes CL, Jarrett DJ, Mallinger A, Thase ME, McEachran AB, Grochocinski VJ. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry. 1990; 47: 1093-1099.

Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, McEachran AB, Cornes C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. Arch Gen Psychiatry 1991; 48: 1053-1059.

Frank E, Kupfer D, Perel J, Cornes C, Jarret D, Mallinger A, Thase M, Mceachran A, Grochocinski V. Three-years outcomes for manteinance therapies in recurrent depression. Arch of Gen Psychiatry 1994; 47: 1093-1099.

Frommm-Reichman F. Principles of intensive psychotherapy. Chicago: Phoenix Books. 1960.

Fuchs CZ, Rehm LP. A self-control behavior therapy program for depression. Journal of consulting and Clinical psychology. 1977; 45: 206-215.

Gamer E, Gallant D, Grunebaum HU, Cohler BJ. Children of psychotic mothers. Arch Gen Psychiatry 1977; 34: 592-597.

Garfield SL. The practice of brief psychotherapy. New York. Pergamon Press, 1989.

Goffman E. Asylums. New York: Doubleday 1961.

González Suárez N. Psicoterapia interpersonal y trastornos mentales comunes en un centro público de salud mental. Psiquiatría Pública 1994; 6: 97-100.

González Suarez N, Fernández Liria A. Secuenciación de intervenciones psicoterapéuticas en un trastorno somatoforme grave. Psiquiatra Pública 1996; 8: 236-240

Gruenberg EM, Turns DM, Segal SP et als: Social Breakdown Syndrome: Environmental and Host Factors Associated With Chronicity. Am J. of Public Health 1972; 62: 91-94.

Henderson S. Care-eliciting behaviour in man. J Nerv Men Disease 1974; 159: 172-181.

Henderson S, Duncan-Jones P, McAuley H, Ritchy K. The patien prumary group. Br J Psychiatry 1978.

Henderson S, Byrne DG, Duncan-Jones P, Adcock S, Scott R, Steele GP. Social bonds in the epidemiology of neurosis. Br J Psychiatry 1978; 132: 463-466.

Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG, Scott R, Adcock S. Psychiatric disorder in Canberra: a standardized study of prevalence. *Acta Psychiatrica Scand* 1979; 60: 355-374.

Henderson S, Byrne DG, Duncan-Jones P, Scott R, Adcock S. Social relationships adversity and neurosis: a study of associations in a general population sample. *Br J Psychiatry* 1980; 136: 574-583.

Henderson S. A development in social psychiatry; the systematic study of social bonds. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168: 63-69.

Henderson S. The social network, support and neurosis: the function of attachment in adult life. *Br J Psychiatry* 1977; 131: 185-191.

Hinchliffe MK, Vaughan PW, Hooper D, Roberts FJ. *The melancholy marriage*. New York: Wiley, 1978

Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarri AL, Cooley S, Flesher S, Reiss D, Carter M, Rich R. Personal therapy: a disorder relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin* 1995; 21: 379-393.

Hollingshead A, Redlich F. *Social class and mental illness*. New York: Wiley 1958.

Holmes TH, Goodell H, Wolf S. *The nose. An experimental study of reactions within the nose of human subjects during varying life experiences*. Springfield: Charles C Thomas, 1950.

Holmes TH, Goodell H, Wolf S. *The nose. An experimental study of reactions within the nose of human subjects during varying life experiences*. Springfield: Charles C Thomas, 1950.

Holmes T, Rahe R. The social readjustment rating scale. *J Psychosom* 1967; 2: 213.

Horney K. *Neurosis and human growth*. New York: Norton 1950.

Horowitz MJ: *Stress response syndromes*. New York: Jason Aaronson, 1976.

Ilfeld FW. Current social stressors and symptoms of depression. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 161-166.

Kenberg PF, Chazan SE. *Children with conduct disorders: A psychotherapy manual*. New York: Basic Books 1991.

Kenberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH. *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York; Basic Books 1989.

Klerman GL, Budman S, Berwick D, Weissman MM, Damico-White J, Demby A, Feldstein M. Efficacy of a brief psychosocial for symptoms of stress and distress among patients in primary care. *Medical Care* 1987; 8: 6-15.

Klerman GL, Dimascio A, Weissman MM, Prusoff BA, Paykel ES. *Treatment of depression by*

drugs and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 186-191.

Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. *Interpersonal psychotherapy of depression (IPT)*. New York. Basic Books. 1984.

Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press. 1993.

Kreitman N, Collins J, Nelson B, Troop J. Neurosis and marital interaction: IV. Manifest psychological interactions. *Br J Psychiatry* 1971; 119: 243-252.

Leff J. Family therapy. En Barrows N, Rubinstein H (eds.) *Handbook of Studies on schizophrenia*. Amsterdam: Elsevier 1986.

Leighton D, Harding J, Macklin DB, Huges CC, Leighton AH. Psychiatric findings of the Stirling County study. *Am J Psychiatry* 1963; 119: 1021-1026.

Levenson H, Butler SF, Beitman BD. *Concise guide to brief dynamic psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press 1997

Lewinsohn PM, Antonuccio D, Steinmetz J, Teri L. *The coping with depression course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene: University of Oregon Press. 1982.

Lindeman E. Symptomatology and management of acute grief. *Am. J. psychiatry*. 1944; 101:141-148.

Lineham MM. Dialectical behavior therapy in groups: treating borderline personality disorders and suicidal behaviour. En Brody (ed.) *Women's therapy groups: Paradigms of feminist treatment*. New York: Springer 1987

Lord JP. *A guide to individual psychotherapy with school age children and adolescents*. Springfield: Charles C Thomas 1985.

Luborsky L. *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York. Basic Books. 1984.

Luborsky L, DeRubies RJ. The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review* 1984; 4: 5-14.

Maddison D, Walker W. Factors affecting the outcome of conjugal bereavement. *Br J Psychiatry* 1967; 113: 1057-1067.

Maddison D. The relevance of conjugal bereavement for preventive psychiatry. *Br J Med Psychology* 1968; 41: 223-233.

Mahrer AR. *How to do experiential psychotherapy: A manual for practitioners*. Ottawa: University of Ottawa Press 1989.

Markowitz JC, Klerman GL. Manual for interpersonal therapy of dysthymia. Cornell University Medical College 1991 (mimeografiado).

Markowitz JC, Klerman GL, Clougherty KE, Spielman LA, Jacobsberg LB, Fishman A, Frances AJ, Kocsis JH, Perry SW. Individuall psychotherapies for depressed HIV-seropositive patients. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1505-1509.

Markowitz JC, Klerman GL, Perry SW, Clougherty KE, Josephs LS. Interpersonal psychotherapy for depressed HIV-seropositive patients. En Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.1993.

Mason BJ, Markowitz JC, Klerman GL. Interpersonal depression for dystimyc disorders. En Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.1993.

Merikangas K, Raneli C, Kupfer D. Marital interaction in hospitalized depressed patients. *J Ner Men Diseases* 1979; 167: 689-695.

Meyer. *Psychobiology: A science of man*. Springfield: Charles C Thomas. 1947.

Michelbaum D. Tratamiento de clientes con trastornos de estrés post-traumático: un enfoque cognitivo-conductual. *Revista de psicoterapia* 1994; 5: 5-84.

Mossey JM, Knott KA, Higgins M, Talerico K. Effectiviness of a psychosocial intervention, interpersonal counseling for subdysthymic depression in medically ill elderly. *J Geront* 1996; 45(5): M163-168

Mufson LH, Moreau D, Weissman MM, Klerman GL. Interpersonal psychotherapy for adolescents with depression. En Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press.1993.

Mufson LH, ,Moreau D, Weissman MM, Wickramaratne P, Martin J y Samoilov. Modifications of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A).*J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 33(5): 695-705.

Mufson LH, Weissman MM, , Moreau D Garfinkel R. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 573-579.

Orvaschel H, Weissman MM, Kidd KK. Children and depression: the childhood of depressed patients; depression in childrens *J Affective Disorders* 1980; 2: 1-16.

Parker G. Parental characteristics in relation to depressive disorders. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 138-147.

Paykel ES, Myers JK, Dietnelt MN, Klerman GL, Lindelthal JJ, Pepper MP. Life events and depression: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 21: 753-760.

Paykel ES. Recent life events in the development of depressive disorders. Defue RA (ed). *The psychobiology of depressive disorders: implications for the effects of stress*. New York:

Academic Press 1978.

Pearlin LI, Liberman MA. Social sources of emotional distress. En Simons R (ed). *Research in Community and Mental Health*. Greenwich: JAI Press, 1977

Poznanski E, Zrull JP. Childhood depression. *Arch Gen Psychiatry* 1970; 23: 8-15.

Prochaska JO, DiClemente CC. The transtheoretical approach. En Norcross JC, Goldfried MR. *Handbook of psychotherapy integration* New York: Basic Books 1992.

Reynolds CF, Frank E, Houck PR, Mazumdar S, Dew MA, Cornes C, Buysse DJ, Begley A, Kupfer DJ. Which elderly patients with remitted depression remain well with continued interpersonal psychotherapy after discontinuation of antidepressant medication? *Am J Psychiatry* 1997; 154: 958-962.

Reynolds CF, Frank E, Kupfer DJ, Thase ME, Perel JM, Mazumdar S, Houck PR. Treatment outcome in recurrent major depression: A post-hoc comparison of elderly and midlife patients. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1288-1292.

Reynolds CF, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Moryc RK, Mazumdar S, Miller MD, Pollock BG, Rifai AH, Stack JA, George CJ, Houck PR, Kupfer DJ. Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of the elderly patients with recurrent major depression: A preliminary report. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1687-1692.

Reynolds CF, Frank E, Perel JM, Imber SD, Cornes C, Morycz RK, Mazumdar S, Miller MD, Pollock BK, Rifai AH, Stack JA, George CJ, Houck PR, Kupfer DJ. Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 555-558.

Reynolds CF, Frank E, Perel JM, Mazumdar S, Dew MA, Begley A, Houck PR, Hall M, Mulsant B, Shear MK, Miller MD, Cornes C, Kupfer DJ. High relapse rates after discontinuation of adjunctive medication in elderly patients with recurrent major depression. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1418-1422.

Reynolds CF, Frank E, Perel JM, Miller MD, Cornes C, Rifai AH, Pollock BG, Mazumdar S, George CJ, Houck PR, Kupfer DJ. Treatment of consecutive episodes of major depression in the elderly. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1740-1743.

Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzle N, *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (ITP) -3. Auflage*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1995. (trad. cast: *Terapia Integral de la Esquizofrenia*. Barcelona: Ariel, 1996)

Rolf JE, Gamezy N. The school performance of children vulnerable to behaviour pathology. En Ricks DF, Alexander T, Roff M (eds.). *Life history research in psychopathology*. Minneapolis: University of Minnesota Press 1974.

Rosello J, Bernal G. The efficacy of cognitive-behavioural and interpersonal treatments for

depression in Puerto Rican adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1999; 67(5): 734-735

Rousanville BJ, Carroll K. Interpersonal psychotherapy for patients who abuse drugs. En Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press. 1993.

Rousanville BJ, Glacer W, Wilber CH, Weissman MM, Kleber HD. Short-term interpersonal psychotherapy in methadone-maintained opiate addicts. *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40: 629-636.

Rousanville BJ, Weissman MM, Prusoff BA, Herceg-Baron RL. Marital disputes and treatment outcome in depressed women. *Comprehensive Psychiatry* 1979; 20: 483-490.

Schulberg, HC, Scott CP, Madonia MJ, Imber SD. Applications of interpersonal psychotherapy for depression in primary care practice. En Klerman GL, Weissman MM. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press. 1993.

Sifneos PE: *Short-Term anxiety-provoking psychotherapy. A treatment manual* New York: Basic Books 1992.

Solé Puig J. Que es y donde está la psicoterapia interpersonal. *Revista de psicoterapia* 1995; 6: 141-159.

Solé Puig J. El lanzamiento europeo de la psicoterapia interpersonal en el X congreso mundial de Psiquiatría. *Eur Psychiatry Ed Esp* 1997; 4: 404-406

Solé Puig J. Introducción en Schramm E. *La psicoterapia Interpersonalk de la depresión*. Barcelona: Paidós 1998

Solé Puig J. Que es y donde está la psicoterapia interpersonal. *Revista de psicoterapia* 1995; 6: 141-159.

Sloane RB, Staples FR, Schneider LS. Interpersonal therapy versus nortriptyline for depression in the elderly. En Burrow GD, Norman TR, Dennerstein L. *Clinical and pharmacological studies in psychiatric disorders*. London: John Libbery, 1985

Srole L, Fischer A. The Midtown Manhattan longitudinal study vs the mental illness paradise lost doctrine. *Arch Gen Psychiatry* 1980, 37: 209.

Stanton AH, Schwatz MS. *The mental hospital*. New York: Basic Books 1954.

Stouffer S. *Measurement and prediction*. New York: Basic Books 1950.

Strupp H, Binder JL. *Psychotherapy in new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York. Basic Books. 1984.

Sullivan HS. *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton. 1953.

Sullivan HS. The psychiatric interview. New York: Norton .1954. (trad. cast. Buenos Aires: Psique 1989)

Sullivan HS. Schizophrenia as a human process. New York: Norton. 1955.

Sullivan HS. Clinical studies in psychiatry. New York: Norton .1956.

Tenant C, Bebbington P, Hurry J. Parental death in childhood and risk of adult depressive disorders: a review. Psychol Med 1980; 10: 289-299.

Walker K, McBride A, Vachon M. Social support networks and the crisis of bereavement. Soc Sci Med 1977; 11: 35-41.

Weintraub S, Neale JM, Liebert DE. Teacher ratings of children vulnerable to psychopathology. Am J Orthopsychiatry 1975; 45: 839-845.

Weissman MM, Klerman GL Conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. En Klerman GL, Weissman MM. New aplicaciones of interpersonal psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press.1993.

Weissman MM, Paykel ES. The depressed woman: a study of social relationships. Chicago: Chicago University Press, 1974

Weissman MM, Paykel ES, Klerman GL. The depressed woman as mother. Soc Psychiatry 1972; 7: 98-108.

Weissman MM, Prusoff BA, DiMascio A, Neu C, Goklaney M, Klerman GL. The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. Am J Psychiatry 1979; 136: 555-558.

Welner Z, Welner A, McCrary MD, Leonard MA. Psychopathology in childrens of inpatients with depression; a controled study. J Nerv Ment Disease 1977; 164: 408-413.

cuadro 1: estudios de eficacia de la terapia interpersonal

Diseño	diagnóstico n1 pacientes	duración	resultado	autores
TIP/ Amitriptilina+entrevista/ TIP+Amitriptilina/ Psicoterapia Inespecífica	Depresión Mayor n=96	16 semana s (prolong ado a 1 año)	TIP=Amitriptili na. < n1 de recaídas con TIP+Amitriptili na.	Weissman et al, 1979 (100)
TIP/ T.Cognitivo- Conductual/ Imipramina+entrevista/ Placebo+entrevista	Depresión Mayor n=239	16 semana s	TIP=Imipramin a. Eficaz D Endógena TIP < n1 abandonos	Elkin et al, 1989 (101)
TIP/ TIP+Amitrip./ TIP+Placebo/ Entrevista/ Amitrip.+Placebo/ Placebo+ Entrevista	Depresión en remisión. n=150	32 semana s	TIP+antidepre sivo > eficacia. TIP mejora el funcionamient o social.	Klerman et al, 1974 (102)
TIP/ TIP+Placebo/ TIP+ Imipramina/ Entrevista+ Imipramina/ Entrevista+ Placebo.	Depresión Recurrente . n=128	3 años	TIP e Imip.=en prev.recaídas. TIP- M*>intervalo libre de recurrencia.	Frank et al, 1990 (103)
TIP+Nortriptilina/ TIP+Placebo/ Entrevista+Nortriptilina/ Entrevista+Placebo	Depresión Recurrente Edad>60 n=120	3 años	TIP+Adp eficaz en tto. y en la prev. de recaídas en el anciano.	Reynolds et al, 1992 (104)
AIP**/ Sin tratamiento	P. con estrés psicosocial GHQ>6.	6 semana s	AIP signif. >eficaz en reduc. sintom. sin relación	Klerman et al, 1987 (105)

	n=64		con el número de sesiones	
TIP / Entrevista	Adictos a opiáceos mant. metadona* ** n=72	24 semanas	TIP=Entrevista	Rounsaville et al, (106) 1983
T.Cognitivo-conductual/ T.Conductual/ TIP	Bulimia Nerviosa n=75	18 semanas	TIP=TCC=TC TIP>TC en prev. recaídas. TIP continuaba mej. durante seg.	Fairburn et al, 1991 (93)
TIP-CM****/ TIP	Depresión Mayor n=18	16 semanas	TIP=TIP-CM en mej. sintomática. TIP-CM> eficaz p0 mejorar la comunicación marital.	Foley et al, 1990 (107)
TIP-A/Terapia cognitivo conductual (TCC)/lista de espera (LE)	Depresión mayor N=71	12 semanas	TIP=TCC>LE en depresión TIP>TCC en autoestima y adaptación social	Rosello y Bernal 1998
TIP-A/manejo clínico	Depresión mayor N=48	12 semanas	TIP>control	Mufson et al 1994
TIP-A/cuidados como de costumbre	Ancianos suddistímicos hospitalizados N= 76	6 meses	TIP>control	Mossey et al 1996
TIP-DAP/lista de espera	Embarazadas deprimidas n=13	16 semanas (abierto)	TIP>control	Spinelli 1997
TPP-DPP/lista de espera	Depresión en puerperio	12 semanas	TIP>control	Stuart et al 1998

	n=120			
TIP-HIV/ Terapia cognitivo-conductual/ terapia de apoyo/terapia de apoyo más imipramina	Depresión en seropositivos a HIV	4 meses	TIP y TA > resto	Markowitz et al 1995
TIP7terapia cognitivo-conductual	Bulimia N= 220	20 semanas	TIP=TCC, aunque más lenta	Agras et al 2000

*TIP-M Terapia interpersonal de mantenimiento

**AIP *Counselling* interpersonal para atención primaria

*** El mantenimiento con metadona incluía un grupo semanal de 90 minutos

****TIP-CM Terapia marital conjunta