

La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio

RESUMEN: En este trabajo presentamos los fundamentos teóricos y clínicos de la Terapia Interpersonal de la depresión y analizamos los motivos que la han consolidado como una alternativa eficaz y frecuentemente practicada de psicoterapia en los Estados Unidos de América. Exponemos la situación en España y en Europa. Discutimos algunas implicaciones de esto para la práctica de la psicoterapia en los próximos años.

PALABRAS CLAVE: Psicoterapia interpersonal de la depresión, psicoterapia, depresión.

SUMMARY: We review the theoretical and clinical basis of Interpersonal Therapy of Depression (ITP) and we analyze the reasons that have made american therapist consider it as effective and frequently practised form of psychotherapy. We review the situation in Spain and Europe. We discuss the consequences of this situation for psychotherapy practice in the next future.

KEY WORDS: Interpersonal Psychotherapy Of Depression. Pshychotherapy. Depression.

1. *Introducción*

El auge del reduccionismo biologicista en los años 80 con el consiguiente sesgo en la producción y publicación científicas se vio favorecido por el previo desinterés de los sustentadores de las psiquiatrías de base más psicológica (*psicodinámica*) o psicosocial que dominó la etapa precedente, por demostrar la utilidad de sus intervenciones. La afirmación de Eysenck (1) sobre la falta de evidencia contrastable de la eficacia de las psicoterapias, había dado lugar a un buen número de trabajos y abierto nuevas líneas de investigación. Pero, en general, se trataba de investigaciones con diseño discutible (sobre análogos y no sobre poblaciones clínicas, con malos grupos control) (2, 3) que vieron la luz en publicaciones poco influyentes sobre los clínicos.

En ese momento, profundizar en la literatura sobre intervenciones psicoterapéuticas suponía dominar uno –al menos– de los diversos lenguajes crípticos en los que ésta se producía, bucear en publicaciones específicas y dar por sentados los principios indemostrados en los que se fundamentaba cada escuela. Adiestrarse en el uso de estas intervenciones sólo era posible a través de la incorporación a una de las organizaciones que sustentaban cada escuela y esto a través de procesos que frecuentemente recordaban más al ingreso en una secta que al aprendizaje de una técnica.

Durante estos años el interés y dedicación empleados en la adquisición de habilidades psicoterapéuticas en la formación de los psiquiatras cayó en picado y en algunos países –muy especialmente en Estados Unidos– la práctica de la psi-

coterapia quedó, de hecho en manos de otros profesionales (psicólogos, trabajadores sociales...).

Sin necesidad de referirnos a la ejemplar regulación alemana sobre la especialización en *Psiquiatría y Psicoterapia*, basta echar un vistazo al índice de los tres últimos años de publicaciones como el *American Journal of Psychiatry* o leer las declaraciones de la asociación que lo sustenta (4) para comprobar que este fenómeno reduccionista ha tocado, afortunadamente, a su fin, incluso donde más hondamente había calado. Pero aquí no nos interesa analizar este hecho sino referirnos a ciertas excepciones a la regla que acontecieron durante el decenio de implacable sesgo biologicista y que establecieron las condiciones de retorno de las intervenciones psicosociales sobre el terreno de los trastornos mentales comunes (como la constitución del *corpus* que hoy se conoce como *rehabilitación psicosocial* estableció las correspondientes a la psiquiatría pesada).

En los primeros años 80 se produce lo que uno de los más lúcidos teóricos de la psicoterapia –psicoanalítica– moderna, Lester Luborsky (5), calificó como *una pequeña revolución*: la aparición de los primeros *manuals* de psicoterapia. Éstos 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. Hoy existen buenas manualizaciones de psicoterapias de orientación cognitiva (6, 7), psicoanalítica (8-13), interpersonal (14), conductista (15-17), experiencial (18, 19), integradora (20-23), diseñadas para intervenir sobre un tipo de trastornos –depresión (6, 14-17), ansiedad (7), trastornos adaptativos (24, 25), trastornos de la conducta alimentaria (23), trastornos de la personalidad (22, 26) e incluso trastorno bipolar (27) o esquizofrenia (28-32) o bien para atender trastornos *neuróticos* en general (5, 9-11, 18-20, 24).

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:

- a) Diseñar su investigación con la metodología de los ensayos clínicos empleados para demostrar la eficacia de los fármacos.
- b) 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.
- c) Publicar sus resultados en las más prestigiosas revistas primarias entonces monopolizadas por la investigación más *biológica* (por ejemplo el *Archives of General Psychiatry*).

Con este formato se desarrolló en el *Center for Cognitive Therapy* de Filadelfia la *terapia cognitiva de la depresión* de Aaron Beck (6) y en Boston, New

Haven y Nueva York, por el grupo liderado por Gerald Klerman y Mirna Weissman (14) 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.

2. *Psicoterapia interpersonal de la depresión (TIP): base empírica*

Klerman y colaboradores (14) 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 (33) y Harry Stack Sullivan (34, 35) y de la que forman parte autores como Frieda Fromm Reichman (36), Karen Horney (37) o Arieti (38); incorpora ciertos descubrimientos de la *psiquiatría social*: Srole y Fischer (39), Leighton, Harding, Macklin y Huges (40), Stouffer (41), Holmes and Rahe (42), Faris y Dunham (43), Hollingshead y Redlich (44), Goffman (45), Stanton y Schwartz (46), Gruenberg, et al. (47) 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.

La intervención se construyó –y en ello se sustenta la proclamación de su carácter *empírico*– en base a cierto número de evidencias procedentes de 5 campos de investigación que ponen de manifiesto la importancia de los acontecimientos interpersonales en los trastornos depresivos.

2.1. Relaciones interpersonales y estados de ánimo normales

Los trabajos ya clásicos de Bowlby (48, 49) 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 (50), Clayton (51), Maddison y Walker (52), Maddison (53), Walker, McBride y Vachon (54) o la propia Mirna Weissman (55) sobre duelo ilustran estos procesos afectivos consecuentes a acontecimientos en la esfera interpersonal.

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

Los autores de este manual revisan la evidencia sobre la pérdida de uno de los progenitores a determinadas edades en el desarrollo de cuadros depresivos en la edad adulta (56) o lo conocido sobre la calidad de la relación paterno-filial en la infancia (57) 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 (58-62) o la mayor frecuencia con que los adultos deprimidos informan (retrospectivamente) de depresión en sus padres, rechazo abandono o abuso parental (63).

Sobre la *depresión en la infancia* los autores se hacen eco de los trabajos de Connell (64) 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 (66).

2.3. 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.

a) Estrés y acontecimientos vitales

Desde los clásicos trabajos de Holmes (67) 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 (68-70) o subsecuentes a conflictos crónicos (71) aunque no falte quien haya puesto en duda el sentido de una posible causalidad entre estos hechos (72).

b) Apoyo social

Los trabajos de Henderson (73) 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 (74-78). En palabras del propio Henderson (79) «los síntomas neuróticos emergen cuando las personas se consideran a sí 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».

c) Relaciones de *intimidad*

Brown, Harris y Copeland (80) 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.

d) 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 (68, 80-82).

2.4. 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 (84-86). Se ha informado de tasas más elevadas de separación y divorcio en pacientes deprimidos (87), así como de problemas característicos en la adaptación familiar, laboral y social (82).

2.5. 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.

2.6. Personalidad y depresión

Los autores destacan cómo 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.

3. TIP: características generales

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.

3.1. Estrategias TIP

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

3.1.1. 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 enfermo¹. 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.

Con la información recabada en la ejecución de estas tareas se procede a determinar sobre cuál 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*.

3.1.2. Fases intermedias

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,

¹ La 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.

o en todo caso en dos de estas áreas, que se seleccionan de acuerdo con el paciente en las fases iniciales.

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.

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 está en fase de disolución ésta 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 la 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.

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 más 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 de 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.

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 más graves y, desde luego, los más 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.

3.1.3. 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 más adelante referiremos); 5) pacientes que no han respondido y continúan agudamente deprimidos.

3.2. 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...).

3.3. 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.

4. El terapeuta TIP: formación

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 (4), y que se han elaborado sobre la misma manuales de *counselling* especiales para enfermería y para ser aplicados en atención primaria.

Para acceder a la formación los autores reclaman 1) estar en posesión de la titulación adecuada (medicina, psicología o el grado superior de trabajo social), 2)

al menos dos años de experiencia clínica, 3) pasar la evaluación por un terapeuta docente, 4) tener una actitud positiva hacia tratamientos breves y 5) una posición abierta, sin adhesión rígida a un sistema de creencias alternativo. Es necesaria también una 5) familiaridad con sus propias debilidades y fortalezas (por experiencia de terapia propia o por formación).

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 más 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 vídeo 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.

5. *Nuevas aplicaciones de la terapia interpersonal*

Desde la publicación del primer manual se han desarrollado otras aplicaciones, también manualizadas (88), para otros trastornos diferentes del episodio depresivo para el que fue diseñada la primera. Al grupo original del Cornell Medical Center de Nueva York con Gerald Klerman (hasta su muerte en 1992) y Mirna Weisman a la cabeza, se ha sumado el de Pitsburg con Frank y Kupfer que han trabajado sobre todo en tratamientos de mantenimiento y el de Markovitz, que ha abordado la distimia.

Actualmente existen las siguientes versiones manualizadas.

5.1. *Counselling* interpersonal para depresión en atención primaria (AIP) (89)

Es una modalidad de tratamiento basada en la TIP y diseñada por Klerman y Weissman (14) para pacientes con problemas para adaptarse a cambios o estrés

vitales pero sin un trastorno psiquiátrico. Es un tratamiento breve (un máximo de 6 sesiones de 30 minutos), que puede ser administrada 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 si el paciente se siente mejor.

5.2. Terapia interpersonal para drogodependientes

Es una adaptación de la TIP realizada por Rounsaville y Carroll (90) para el tratamiento de dos tipos de drogodependientes: 1) Heroínómanos 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.

5.3. Terapia interpersonal para bulimia nerviosa (92)

En el estudio de Fairburn de 1991 (93) (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 éstas, 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 depre-

sión. 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 y 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.

5.4. Terapia interpersonal para HIV-seropositivos con depresión (TIP-HIV) (94)

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, creada por Markowitz, Klerman y cols. (94), de la TIP para la depresión. 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.

5.5. Terapia interpersonal marital para pacientes deprimidos con disputas interpersonales (TIP-MC) (95)

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* es 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.

Además de las anteriores, existen ya versiones de la terapia interpersonal para: *depresión en adolescentes* (96), *depresión en edad tardía* (97), *distimia* (98), *depre-*

sión recurrente (99), *trastorno bipolar* (manual no publicado del grupo de Pittsburgh) y *para el tratamiento en grupo*. Actualmente se está trabajando en adaptaciones para *el trastorno de pánico y duelo anticipado* (Grupo de Pittsburgh), *trastorno borderline de la personalidad y depresiones en el embarazo* (Clark Institute for Psychiatry de Toronto y la Columbia University de Nueva York respectivamente).

6. *Eficacia de la terapia interpersonal*

Como ya decíamos 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.

En términos generales puede decirse que la TIP ha demostrado ser tan eficaz como los tricíclicos (y la combinación de ambos más eficaz que cualquiera de ellos) y la terapia cognitiva en el tratamiento de los episodios depresivos a corto y largo plazo y más eficaz que el placebo y que la ausencia de tratamiento (100-102). Ha demostrado mayor eficacia que los antidepresivos solos en la prevención de recaídas, en la disminución del número de abandonos y en la mejoría del funcionamiento social en pacientes deprimidos (100-103). Ha sido tan eficaz como la terapia conductual y la terapia cognitivo-conductual en el tratamiento de la bulimia nerviosa (93), y más eficaz que la terapia conductual en la prevención de recaídas. Asimismo ha demostrado ser útil en pacientes ancianos (104), toxicómanos (105), en tratamientos de pareja con uno de los miembros deprimidos (106) y en el abordaje del estrés y distrés en atención primaria (107).

7. *La práctica de la terapia interpersonal*

La terapia interpersonal se ha convertido en la práctica psicoterapéutica en la que más frecuentemente se adiestran los psiquiatras americanos (4). 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 más 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 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, una 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).

8. *La terapia interpersonal en España y en Europa*

Meyer y Sullivan (padres de la psiquiatría interpersonal) fueron psiquiatras muy influyentes en la psiquiatría americana que han tenido muy poca presencia en Europa². La TIP ha seguido unos derroteros semejantes. Ha sido puntualmente

² Alguna generación de psiquiatras españoles utilizó una –pésima– versión latinoamericana de *La entrevista psiquiátrica* de Sullivan como libro de cabecera. Pero el grueso de la obra de ambos autores es inencontra-

practicada por algunos clínicos que se habían formado en Estados Unidos pero no ha dado lugar a una producción clínica ni teórica organizada y no se han articulado procedimientos reglados de formación.

En 1996 por iniciativa de una psicóloga alemana que se formó en Estados Unidos, Elisabeth Schramm y del psiquiatra catalán Josep Solé, se realizaron, aprovechando los congresos de la Sociedad Europea de Psiquiatría y de la Asociación Mundial de Psiquiatría, los primeros contactos entre los grupos dispersos por Europa. En octubre se convocó el primer encuentro europeo en Friburgo con presencia de alguno de los terapeutas americanos.

Las publicaciones del grupo americano no han sido traducidas al español y la TIP ha estado ausente de las reflexiones sobre psicoterapia en nuestro país prácticamente hasta la fecha. En 1992 un grupo de terapeutas³ vinculado al sector público de Madrid inició los primeros seminarios de formación (sobre una adaptación al español del manual de Klerman (14) que se han realizado anualmente vinculados en distintas ocasiones a los Servicios de Salud Mental del Área 3 de Madrid, al Instituto psiquiátrico José Germain y a las Universidades de Alcalá y Autónoma de Madrid. Los seminarios se han acompañado de supervisión de terapias realizadas en el sector público en base a registros en audio o vídeo. Con lo que actualmente existe un grupo de terapeutas competentes en Madrid (aunque hasta agosto de 1996 no ha existido un sistema reglado de acreditación).

Actualmente este grupo tiene en marcha un trabajo de evaluación de eficacia de esta intervención en el sector público algunos de cuyos resultados preliminares han sido comunicados en el congreso de la Asociación Mundial de Psiquiatría de 1996.

Sin embargo hasta la fecha las referencias a la TIP en la literatura profesional se limitan a alguna nota clínica del grupo de Madrid (109) y a una revisión del tema publicada por Josep Solé Puig (100) que tuvo la iniciativa de registrar la Sociedad Española de Terapia Interpersonal y coorganizó con Elisabeth Schramm el simposio del Congreso Mundial en Madrid en agosto de 1996.

El trabajo del grupo de Madrid ha puesto de manifiesto, sin embargo, algunas cosas. En primer lugar las previsiones de la TIP –en cuanto a la naturaleza de los focos, procedimiento de exploración, etc.– se ajustan perfectamente a lo encontrado en la práctica en un centro público de salud mental. En segundo lugar el manual ha sido perfectamente aplicable en las condiciones de trabajo en estos centros, ha demostrado aceptar cierta flexibilidad (aunque se ha mantenido, en general, la periodicidad semanal de las sesiones, ha habido terapeutas que han preferido trabajar con sesiones de 30 minutos sin que hayamos podido demostrar peo-

ble en español lo que nos parece casi tan lamentable como el absoluto desconocimiento de la obra de los fenomenólogos europeos o de la psiquiatría francesa que padecen la inmensa mayoría de los psiquiatras americanos.

³ Inicialmente Alberto Fernández Liria, Beatriz Rodríguez Vega, Teresa Benito

res rendimientos para ellos). El consumo de dedicación por parte de los profesionales a cada caso ha resultado ser perfectamente asumible (una media de 12 sesiones de 30 minutos, o sea, 6 horas). La evaluación de la eficacia está pendiente de la conclusión del estudio en marcha pero todo parece indicar que los resultados preliminares son buenos. El formato de seminario más supervisión de cuatro terapias sobre registro de audio o vídeo ha demostrado ser adecuado para la formación. Además la formación en TIP nos ha parecido un excelente instrumento para la formación de clínicos en técnicas generales de entrevista por lo que creemos interesante su inclusión en el currículo de formación MIR.

9. *A modo de conclusión*

La TIP, en definitiva, ha 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.

ORIGINALES Y REVISIONES

Cuadro I. Estudios de eficacia de la terapia interpersonal

Diseño	Diagnóstico n.º pacientes	Duración	Resultado	Autores
TIP/Amitriptilina+entrevista TIP+Amitriptilina/ Psicoterapia Inespecífica	Depresión Mayor n=96	16 semanas (prolongado a 1 año)	TIP=Amitriptilina <n.º de recaídas con TIP+Amitriptilina	Weissman et al. 1979 (100)
TIP/T. Cognitivo-Conductual/ Imipramina+entrevista/ Placebo+entrevista	Depresión Mayor n=239	16 semanas	TIP=Imipramina Eficaz D Endógena TIP <n.º abandonos	Elkin et al. 1989 (101)
TIP/TIP+Amitrip./ TIP+Placebo/Entrevista Amitrip.+Placebo/Placebo+ Entrevista	Depresión en remisión n=150	32 semanas	TIP+antidepresivo > eficacia TIP mejora el funcionamiento social.	Kerman 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 n=64	6 semanas	AIP signif.>eficaz en reduc. síntom. sin relación con el número de sesiones.	Klerman et al. 1987 (105)
TIP/Entrevista	Adictos a opiáceos mant. metadona*** n=72	24 semanas	TIP=Entrevista	Rounsaville et al. 1983 (106)
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 p.ª mejorar la comuni- cación marital.	Foley et al. 1990 (107)

* 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.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) EYSENCK, H. J., «The effects of psychotherapy: An evaluation», *Journal of Consulting Psychology*, 1952, 16, pp. 319-324.
- (2) FERNÁNDEZ LIRIA, A., «Investigación en psicoterapia (I): el pájaro Dodo en el umbral del siglo XXI», *Psiquiatría Pública*, 1993, 5, pp. 354-362.
- (3) FERNÁNDEZ LIRIA, A., «Investigación en psicoterapia (II): especificidad e integración», *Psiquiatría Pública*, 1994, 6, pp. 3-14.
- (4) DOCHERTY, J. P., et al., *Psychosocial treatment research in psychiatry: A task force report of the American Psychiatric Association*, Washington DC, American Psychiatric Association, 1993.
- (5) LUBORSKY, L.; DERUBIES, R. J., «The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research stile», *Clinical Psychology Review*, 1984, 4, pp. 5-14.
- (6) BECK, A. T.; RUSH, A. J.; SHAW, B. F.; EMERY, G., *Cognitive treatment of depression: a treatment manual*, New York, Guilford, 1979 (Trad. cast.: *Terapia cognitiva de la depresión*, Bilbao, Desclée de Bouwer, 1983).
- (7) CLARK, D. M.; SALKOVSKIS, P. M., *Cognitive therapy with panic and hypochondriasis*, Oxford, Pergamon, 1991.
- (8) LUBORSKY, L., *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*, Nueva York, Basic Books, 1984.
- (9) STRUPP, H.; BINDER, J. L., *Psychotherapy in new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy*, Nueva York, Basic Books, 1984.
- (10) SIFNEOS, P. E., *Short-Term anxiety-provoking psychotherapy. A treatment manual*, Nueva York, Basic Books, 1992.
- (11) FOSHA, D., «Special issue: Accelerated Empathic Therapy (AET)», *International Journal of Short Term Psychotherapy*, 1992, 7, pp. 127-198.
- (12) KENBERG, P. F.; CHAZAN, S. E., *Children with conduct disorders: A psychotherapy manual*, Nueva York, Basic Books, 1991.
- (13) LORD, J. P., *A guide to individual psychotherapy with school age children and adolescents*, Springfield, Charles C. Thomas, 1985.
- (14) KLERMAN, G. L., y otros, *Interpersonal psychotherapy of depression (ITP)*, Nueva York, Basic Books, 1984.
- (15) BELLACK, A. S.; HERSEN, M.; HIMMELHOCH, J., «Social skills training with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression», *Am. J. Psychiatry*, 1981, 138, pp. 1.562-1.567.
- (16) FUCHS, C. Z.; REHM, L. P., «A self- control behavior therapy program for depression», *Journal of consulting and Clinical psychology*, 1977, 45, pp. 206-215.
- (17) LEWINSOHN, P. M., y otros, *The coping with depression course: A psychoeducational intervention ofr unipolar depression*, Eugene, University of Oregon, 1982.
- (18) DALDRUP, R., y otros, *Focused expressive psychotherapy*, Nueva York, Guildford, 1988.
- (19) MAHRER, A. R., *How to do experientisl psychotherapy: A manual for practitioners*, Ottawa, University of Ottawa, 1989.
- (20) GARFIELD, S. L., *The practice of brief psychotherapy*, Nueva York, Pergamon, 1989.
- (21) PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTE, C. C., «The transtheoretical approach», en NORCROSS, J. C.; GOLDFRIED, M. R., *Handbook of psychotherapy integration*, Nueva York, Basic Books, 1992.
- (22) LINEHAM, M. M., «Dialectical behavior therapy in groups: treating borderline personality disorders and suicidal behaviour», en BRODY, *Women's therapy groups: Paradigms of feminist treatment*, Nueva York, Springer, 1987.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (23) DAVIS, R.; OLMSTED, M. P., «Cognitive-behavioral group treatment for bulimia nervosa: integrating psychoeducation and psychotherapy», en HARPER-GIUFFRE, H.; MACKENZIE, K. R., *Group psychotherapy for eating disorders*, Washington, American Psychiatric Press, 1992.
- (24) HOROWITZ, M. J., *Stress response syndromes*, Nueva York, Jason Aaronson, 1976.
- (25) MICHELBAUM, D., «Tratamiento de clientes con trastornos de estrés post-traumático: un enfoque cognitivo-conductual», *Revista de psicoterapia*, 1994, 5, pp. 5-84.
- (26) KENBERG, O. F.; SELZER, M. A.; KOENIGSBERG, H. W.; CARR, A. C.; APPELBAUM, A. H., *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*, Nueva York, Basic Books, 1989.
- (27) MARKOWITZ, J. C.; KLERMAN, G. L., *Manual for interpersonal therapy of dysthymia*, Cornell University Medical College, 1991 (mimeografiado).
- (28) FALLOON, I. R.; BOYD, J. L.; MCGILL, C. W., *Family care of schizophrenia*, Nueva York, Guildford, 1984.
- (29) ANDERSON, C.; REISS, D.; HOGARTY, G., *Schizophrenia and the family. A practitioner's guide to psychoeducation and management*, Nueva York, Guildford, 1986. (Trad. cast.: *Esquizofrenia y familia*, Buenos Aires, Amortortu, 1988).
- (30) LEFF, J., «Family therapy», en BARROWS, N.; RUBINSTEIN, H., *Handbook of Studies of schizophrenia*, Amsterdam, Elsevier, 1986.
- (31) RODER, V., *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (ITP)*, Weingheim, Psychologie Verlags Union, 1995. (Trad. cast.: *Terapia Integral de la Esquizofrenia*, Barcelona, Ariel, 1996).
- (32) HOGARTY, G. E., y otros, «Personal therapy: a disorder relevant psychotherapy for schizophrenia», *Schizophrenia Bulletin*, 1995, 21, pp. 379-393.
- (33) MEYER, A., *Psychobiology: A science of man*, Springfield, Charles C. Thomas, 1947.
- (34) SULLIVAN, H. S., *The interpersonal theory of psychiatry*, Nueva York, Norton, 1953.
- (35) SULLIVAN, H. S., *Clinical studies in psychiatry*, Nueva York, Norton, 1956.
- (36) FROMM-REICHMAN, F., *Principles of intensive psychotherapy*, Chicago, Phenix Books, 1960.
- (37) HORNEY, K., *Neurosis and human growth*, Nueva York, Norton, 1950.
- (38) ARIETI, S.; BEMPOARD, J., *Severe and mild depression: the psychotherapeutic approach*, Nueva York, Basic Books, 1978.
- (39) SROLE, L.; FISCHER, A., «The Midtown Manhattan longitudinal study vs the mental illness paradise lost doctrine», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1980, 37, pp. 209.
- (40) LEIGHTON, D., y otros, «Psychiatric findings of the Stirling County study», *Am J. Psychiatry*, 1963, 119, pp. 1.021-1.026.
- (41) STOFFER, S., *Measurement and prediction*, Nueva York, Basic Books, 1950.
- (42) HOLMES, T.; RAHE, R., «The social readjustment rating scale», *J. Psychosom.*, 1967, 2, pp. 213.
- (43) FARIS, R. E.; DURNHAM, H., *Mental Disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses*, Chicago, University of Chicago, 1939.
- (44) HOLLINGSHEAD, A.; REDLICH, F., *Social class and mental illness*, Nueva York, Wiley, 1958.
- (45) GOFFMAN, E., *Asylums*, Nueva York, Doubleday, 1961.
- (46) STANTON, A. H.; SCHWARTZ, M. S., *The mental hospital*, Nueva York, Basic Books, 1954.
- (47) GRUENBERG, E. M., y otros, «Social Breakdown Syndrome: Environmental and Host Factors Associated With Chronicity», *Am J. of Public Health*, 1972, 62, pp. 91-94.
- (48) BOWLBY, J., «The making and breaking of affectional bonds: some principles of psychotherapy», *Brit. J. Psychiatry*, 1977, 130, pp. 421-431.
- (49) BOWLBY, J., *Attachment and Loss*, Londres, Hogarty Press, 1969.

- (50) LINDEMAN, E., «Symptomatology and management of acute grief», *Am. J. Psychiatry*, 1944, 101, pp. 141-148.
- (51) CLAYTON, P.; DESMARAIS, L.; WINOKUR, G., «A study of normal bereavement», *Am. J. Psychiatry*, 1968, 125, pp. 168-178.
- (52) MADDISON, D.; WALKER, W., «Factors affecting the outcome of conjugal bereavement», *Br. J. Psychiatry*, 1967, 113, pp. 1.057-1.067.
- (53) MADDISON, D., «The relevance of conjugal bereavement for preventive psychiatry», *Br. J. Med. Psychology*, 1968, 41, pp. 223-233.
- (54) WALKER, K.; MCBRIDE, A.; VACHON, M., «Social support networks and the crisis of bereavement», *Soc. Sci. Med.*, 1977, 11, pp. 35-41.
- (55) WEISSMAN, M. M., y otros, «The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes», *Am. J. Psychiatry*, 1979, 136, pp. 555-558.
- (56) TENANT, C.; BEBBINGTON, P.; HURRY, J., «Parental death in childhood and risk of adult depressive disorders: a review», *Psychol. Med.*, 1980, 10, pp. 289-299.
- (57) PARKER, G., «Parental characteristics in relation to depressive disorders». *Br. J. Psychiatry*, 1979, 134, pp. 138-147.
- (58) ROLF, J. E.; GAMEZY, N., «The school performance of children vulnerable to behaviour pathology», en RICKS, D. F.; ALEXANDER, T.; ROFF, M. (eds.), *Life history research in psychopathology*, Minneapolis, University of Minnesota, 1974.
- (59) WEINTRAUB, S.; NEALE, J. M.; LIEBERT, D. E., «Teacher ratings of children vulnerable to psychopathology», *Am. J. Orthopsychiatry*, 1975, 45, pp. 839-845.
- (60) GAMER, E., y otros. «Children of psychotic mothers», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1977, 34, pp. 592-597.
- (61) WELNER, Z., y otros, «Psychopathology in children of impatients with depression, a controlled study», *J. Nerv. Ment. Disease*, 1977, 164, pp. 408-413.
- (62) WEISSMAN, M. M.; PAYKEL, E. S.; KLERMAN, G. L., «The depressed woman as mother», *Soc. Psychiatry*, 1972, 7, pp. 98-108.
- (63) ORVASCHEL, H.; WEISSMAN, M. M.; KIDD, K. K., «Children and depression: the childhood of depressed patients, depression in children», *J. Affective Disorders*, 1980, 2, pp. 1-16.
- (64) CONNELL, H. M., «Depression in childhood», *Child Psychiatry Human Develop.*, 1972, 4, pp. 71-78.
- (65) BRUMBACH, R. A.; DIETZ-SCHMITH, S.; WEINBERG, W. A., «Depression in children referred to an educational diagnosis center, diagnosis and treatment and analysis of criteria and literature review», *Dis. Nev. Syst.*, 1977, 38, pp. 529-535.
- (66) POZNANSKI, E.; ZRULL, J. P., «Childhood depression», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1970, 23, pp. 8-15.
- (67) HOLMES, T. H.; GOODEL, 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.
- (68) PAYKEL, E. S., y otros, «Life events and depression: a controlled study», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1969, 21, pp. 753-760.
- (69) PAYKEL, E. S., «Recent life events in the development of depressive disorders», en DEFUE, R. A., (ed.), *The psychobiology of depressive disorders: implications for the effects of stress*, Nueva York, Academic Press, 1978.
- (70) ILFELD, F. W., «Current social stressors and symptoms of depression», *Am. J. Psychiatry*, 1977, 134, pp. 161-166.
- (71) PEARLIN, L. I.; LIBERMAN, M. A., «Social sources of emotional distress», en SIMONS, R., (ed.), *Research in Community and Mental Health*, Greenwich, JAI Press, 1977.

ORIGINALES Y REVISIONES

- (72) BLOOM, B. L.; ASHER, S. J.; WHITE, S. W., «Marital disruption as a stressor: a review and analysis», *Psychological Bull.*, 1978, pp. 867-879.
- (73) HENDERSON, S., «Care-eliciting behaviour in man», *J. Nerv. Men. Disease*, 1974, 159, pp. 172-181.
- (74) HENDERSON, S., y otros, «The patient primary group», *Br. J. Psychiatry*, 1978.
- (75) HENDERSON, S., y otros, «Social bonds in the epidemiology of neurosis», *Br. J. Psychiatry*, 1978, pp. 436-466.
- (76) HENDERSON, S., y otros, «Psychiatric disorder in Camberra: a standardized study of prevalence», *Acta Psychiatrica Scand.*, 1979, 60, pp. 355-374.
- (77) HENDERSON, S., y otros, «Social relationships adversity and neurosis: a study of associations in a general population sample», *Br. J. Psychiatry*, 1980, 136, pp. 574-583.
- (78) HENDERSON, S., «A development in social psychiatry, the systematic study of social bonds», *J. Nerv. Ment. Dis.*, 1980, 168, pp. 63-69.
- (79) HENDERSON, S., «The social network support and neurosis: the function of attachment in adult life», *Br. J. Psychiatry*, 1977, 131, pp. 185-191.
- (80) BROWN, G. W.; HARRIS, T.; COPELAND, J. R., «Depression and loss», *Br. J. Psychiatry*, 1977, 130, pp. 1-18.
- (81) HINCHLIFE, M. K., y otros, *The melancholy marriage*, Nueva York, Wiley, 1978.
- (82) WEISSMAN, M. M.; PAYKEL, E. S., *The depressed woman: a study of social relationships*, Chicago, Chicago University Press, 1974.
- (83) ROUSANVILLE, B. J., y otros, «Marital disputes and treatment outcome in depressed women», *Comprehensive Psychiatry*, 1979, 20, pp. 483-490.
- (84) COYNE, J. C., «Depression and the response of others», *J. Abnormal Psychology*, 1976, 85, pp. 186-193.
- (85) MERIKANGAS, K.; RANELI, C.; KUPFER, D., «Marital interaction hospitalized depressed patients», *J. Nerv. Men. Diseases*, 1979, 167, pp. 689-695.
- (87) BRISCOE, C. W.; SMITH, J. B., «Depression and marital turmoil», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1973, 28, pp. 811-817.
- (88) KLERMAN, G. L.; WEISSMAN, M. M., *New applications of interpersonal psychotherapy*, Washington, American Psychiatric Press, 1993.
- (89) SCHULBERG, H. C., y otros, «Applications of interpersonal psychotherapy for depression in primary care practice», en KLERMAN, G. L.; WEISSMAN, M. M., *New applications of interpersonal psychotherapy*, Washington, American Psychiatric Press, 1993.
- (90) ROUSANVILLE, B. J.; CARROLL, K., «Interpersonal psychotherapy for patients who abuse drugs», en KLERMAN, G. L.; WEISSMAN, M. M., *New applications of interpersonal psychotherapy*, Washington, American Psychiatric Press, 1993.
- (91) CHERRY, S.; MARKOWITZ, J. C., «Interpersonal psychotherapy», en KANTOR, J. S. (ed.), *Clinical depression during addiction recovery: Process, diagnosis and treatment*, Nueva York, Marcel Dekker, 1996, pp. 165-185.
- (92) FAIRBURN, C. G., «Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa», en KLERMAN, G. L.; WEISSMAN, M. M., *New applications of interpersonal psychotherapy*, Washington, American Psychiatric Press, 1993.
- (93) FAIRBURN, C. G., y otros, «Three psychological treatments for bulimia nervosa», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1991, 48, pp. 463-469.
- (94) MARKOWITZ, J. C., y otros, «Interpersonal psychotherapy for depressed HIV-seropositive patients», en KLERMAN, G. L.; WEISSMAN, M. M., *New applications of interpersonal psychotherapy*, Washington, American Psychiatric Press, 1993.

(95) WEISSMAN, M. M.; KLERMAN, G. L., «Cojoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes», en KLERMAN, G. L.; WEISSMAN, M. M., *New applications of interpersonal psychotherapy*, Washington, American Psychiatric Press, 1993.

(96) MUFSON, L. H., y otros, «Interpersonal psychotherapy for adolescents with depression», en KLERMAN, G. L.; WEISSMAN, M. M., *New applications of interpersonal psychotherapy*, Washington, American Psychiatric Press, 1993.

(97) FRANK, E., y otros, «Interpersonal psychotherapy in the treatment of late-life depression», en KLERMAN, G. L.; WEISSMAN, M. M., *New applications of interpersonal psychotherapy*, Washington, American Psychiatric Press, 1993.

(98) MASON, B. J.; MARKOWITZ, J. C.; KLERMAN, G. L., «Interpersonal depression for dystimic disorders», en KLERMAN, G. L.; WEISSMAN, M. M., *New applications of interpersonal psychotherapy*, Washington, American Psychiatric Press, 1993.

(99) FRANK, E., y otros, «Maintenance interpersonal psychotherapy for recurrent depression», en KLERMAN, G. L.; WEISSMAN, M. M., *New applications of interpersonal psychotherapy*, Washington, American Psychiatric Press, 1993.

(100) WEISSMAN, M. M., y otros, «The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes», *Am. J. Psychiatry*, 1979, 136, pp. 555-558.

(101) ELKIN, I., y otros, «National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatment», *Archives of General Psychiatry*, 1989, 46, pp. 971-982.

(102) KLERMAN, G. L., y otros, «Treatment of depression by drugs and psychotherapy», *Am. J. Psychiatry*, 1974, 131, pp. 186-191.

(103) FRANK, E., y otros, «Three-years outcomes for maintenance in recurrent depression», *Arch. of Gen. Psychiatry*, 1994, 47, pp. 1.093-1.099.

(104) REYNOLDS, C. F., y otros, «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, pp. 555-558.

(105) ROUSANVILLE, B. J., y otros, «Short-term interpersonal psychotherapy in methadone-maintained opiate addicts», *Arch. Gen. Psychiatry*, 1983, 40, pp. 629-636.

(106) FOLEY, S. H., y otros, «Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes», *International J. of Family Psychiatry*, 1990, 7, p. 10.

(107) KLERMAN, G. L., y otros, «Efficacy of a brief psychosocial for symptoms of stress and distress among patients in primary care», *Medical Care*, 1987, 8, pp. 6-15.

(108) ELKIN, I., «The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are», en BERGIN, A. E.; GARFIELD, S. L., *Handbook of psychotherapy and behavior change*, Nueva York, Wiley, 1994, 4.^a ed.

(109) GONZÁLEZ SUÁREZ, N., «Psicoterapia intepersonal y trastornos mentales comunes en un centro público de salud mental», *Psiquiatría Pública*, 1994, 6, pp. 97-100.

(110) SOLÉ PUIG, J., «Qué es y dónde está la psicoterapia interpersonal», *Revista de psicoterapia*, 1995, 6, pp. 141-159.

* Alberto Fernández Liria, psiquiatra, Coordinador de Salud Mental del Área 3. Madrid; Beatriz Rodríguez Vega, psiquiatra, Hospital La Paz, Servicios de Salud Mental de Alcobendas; María Diéguez Porres, psiquiatra; Nieves González Suárez, psiquiatra; Nuria Morales Hevia, psiquiatra.

Correspondencia: Alberto Fernández Liria, c/ Fernán González, 79, 6.º C, 28009 Madrid.

** Fecha de recepción: 9-XII-1996.