

/capítulo 146/

Terapia interpersonal

A. Fernández Liria
B. Rodríguez Vega
M. Diéguez Porres

Antecedentes históricos y fundamentos

Aunque el término *interpersonal* goce de una rica tradición en la psiquiatría americana (1), 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, Weissman, Rousanville y Chevron (2), que vio por primera vez la luz en 1984. Hoy es, junto con la terapia cognitivo-conductual, la que con más frecuencia aparece mencionada y estudiada en las publicaciones psiquiátricas y, probablemente, es la forma de psicoterapia que más a menudo dominan los psiquiatras americanos (3).

El manual encarna un proyecto que cobra cuerpo en relación con algunas circunstancias históricas. En primer lugar, 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 (4) 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 la modalidad de psicoterapia propuesta a las mismas pruebas a las que se somete cualquier tratamiento médico. Para ello habrá que ceñirse a entidades diagnósticas bien definidas y generalmente aceptadas.

Por otra parte, en los primeros años de la década de 1980 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 manuales de psicoterapia. Éstos se presentan en primer lugar como un instrumento para la investigación y pretenden 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 (6, 7) o psicoanalítica (8-13), y ya sean diseñadas para intervenir sobre un tipo de trastornos —depresión (2, 6, 14-16), ansiedad (7), trastornos adaptativos (17, 18), trastornos de la conducta alimentaria (19), trastornos de la personalidad (20, 21) e incluso trastorno bipolar (22) o esquizofrenia (23-26)— o para atender trastornos neuróticos en general (8-11, 27-29).

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

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 (p. ej., el *Archives of General Psychiatry*).

Uno de estos grupos desarrolló en el Center for Cognitive Therapy de Filadelfia la *terapia cognitiva de la depresión* de Aaron Beck (6). El otro desarrolló, en un trabajo coordinado por el grupo liderado por Gerald Klerman y Mirna Weissman (2) 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 cols., en este manual inicial (2), 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 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [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 (30) y Harry Stack Sullivan (1, 31-33) y de la que forman parte autores como Frieda Fromm Reichman (34), Karen Horney (35) o Arieti (36); incorpora ciertos descubrimientos de la *psiquiatría social*, de Srole y Fischer (37), Leighton y cols. (38), Stouffer (39), Holmes y Rahe (40), Faris y Dunham (41), Hollingshead y Redlich (42), Goffman (43), Stanton y Schwatz (44) y Gruenberg y cols. (45), 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 interesado principalmente en la neuropatología que, al entrar en contacto una vez emigrado a 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 (46), 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* (47). 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 Estados Unidos.

Klerman y cols. reconocen inicialmente como el antecedente inmediato de su propuesta a la escuela americana de psiquiatría interpersonal, que cobró vigor, sobre todo en las décadas de 1930 y 1940 en el área de Washington-Baltimore y que, como queda dicho, se basó sobre todo en los trabajos de Sullivan (33) e incluyó psiquiatras, inicialmente psicodinámicos, de la importancia de Frieda Fromm Reichman (34), Karen Horney (35), Erich Fromm (48) o Arieti (36). Harry Stack Sullivan (1892-1949) llegó a plantear que, en última instancia, un psiquiatra es un *experto en relaciones interpersonales*, y desarrolló 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 (1, 31-33). 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, etc.) es utilizado 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, quien ha mostrado incluso su desacuerdo con que la terapia interpersonal en el nuevo sentido se incluya en los prontuarios de tera-

pias «dinámicas» como la *Guía concisa* de la American Psychiatric Association (49)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 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 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, a 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*— sobre la base de cierto número de evidencias procedentes de seis campos de investigación que ponen de manifiesto la importancia de los acontecimientos interpersonales en los trastornos depresivos.

relaciones interpersonales y estados de ánimo normales

Los trabajos ya clásicos de Bowlby (50, 51) 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 (52), Clayton (53), Maddison y Walker (54), Maddison (55), Walker y cols. (56) o la propia Mirna Weissman (57) sobre duelo ilustran estos procesos afectivos consecuentes a acontecimientos en la esfera interpersonal.

relaciones interpersonales como antecedente de la depresión clínica: 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 (58) o lo conocido sobre la calidad de la relación paterno-filial en la infancia (59) y el riesgo de desarrollo de cuadros depresivos en la edad

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.

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 (60-64) o la mayor frecuencia con que los adultos deprimidos informan (retrospectivamente) de depresión en sus padres, rechazo abandono o abuso parental (65).

Sobre la depresión en la infancia, los autores se hacen eco de los trabajos de Connell (66), 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 (67, 68).

dificultades interpersonales como antecedente de depresión clínica en la vida adulta

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

1. *Estrés y acontecimientos vitales.* Desde los clásicos trabajos de Holmes (69) sobre el aumento en la incidencia de enfermedades respiratorias tras acontecimientos estresantes, se han demostrado aumentos en la incidencia de trastornos depresivos en los 6 meses siguientes a acontecimientos, especialmente conflictos de pareja (70-72), o subsecuentes a conflictos crónicos (73), aunque no falte quien haya puesto en duda el sentido de una posible causalidad entre estos hechos (74).
2. *Apoyo social.* Los trabajos de Henderson (75) 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 (76-80). En palabras del propio Henderson (81), «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.»
3. *Relaciones de intimidad.* Brown y cols. (82), en sus trabajos sobre la depresión en mujeres de la clase trabajadora inglesa, demostraron que una relación íntima y de confianza, generalmente con 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 (70, 82-85).

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 deprimidos* para las personas de su entorno (86-88). Se ha informado de tasas más elevadas de separación y divorcio en pacientes deprimidos (89), así como de problemas característicos en la adaptación familiar, laboral y social (84).

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.

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 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 (2) para trastorno depresivo mayor, ya que, en realidad, todas las otras aplicaciones son, en rigor, resultado de modificaciones de éste.

La terapia interpersonal (TIP) está diseñada específicamente para tratar pacientes depresivos con un formato breve (en torno a 20 sesiones semanales de 1 h de duración). Según los autores del manual, la intervención tiene sus notas características a tres niveles diferentes: *a)* estrategias; *b)* técnicas, y *c)* actitud terapéutica.

estrategias

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

fases iniciales

Durante esta fase se acometen cuatro tareas. La primera se denomina «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.

Sobre la base de la información recabada en la ejecución de estas tareas se procede a determinar 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.

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

duelo

Se selecciona esta área problema cuando existe evidencia de dificultades en la elaboración de un duelo. Los objetivos de este trabajo son facilitar el proceso de duelo y 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: *a)* una revisión de los síntomas depresivos; *b)* relacionar los síntomas con la muerte de la persona significativa; *c)* una reconstrucción de la relación del paciente con el fallecido; *d)* una revisión de la secuencia y consecuencias de los acontecimientos inmediatamente anteriores, de durante y de después de la muer-

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 han facilitado la excelente aceptación que la TIP —en contraste con otras psicoterapias— ha tenido en el colectivo médico.

te; *e)* una exploración de los sentimientos (positivos y negativos) asociados, y *f)* una consideración de las posibles maneras de entablar relaciones con otros.

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: *a)* identificar la disputa; *b)* escoger un plan de acción, y *c)* modificar los patrones de comunicación, 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 los síntomas depresivos; se ponen en relación con la disputa abierta o encubierta con otro significativo con el que el paciente está comprometido, y 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 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 la negociación de roles.

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

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, etc.). Las transiciones suelen asociarse a progresiones en el ciclo vital. Las dificultades se asocian 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 esta área son: *a)* facilitar el duelo y aceptación de la pérdida del antiguo rol; *c)* propiciar una visión más positiva del nuevo, y *c)* restaurar la autoestima desarrollando un sentimiento de dominio de los nuevos roles.

Las estrategias para el trabajo en esta área comprenden: *a)* una revisión de los síntomas depresivos; *b)* relacionar los síntomas depresivos con las dificultades para desenvolverse frente a algún cambio vital reciente; *c)* una revisión de los aspectos positivos y negativos de los roles antiguos y nuevos; *d)* una exploración los sentimientos ante lo que se ha perdido y *e)* ante el cambio mismo, y *f)* una exploración de las oportunidades que brinda el rol nuevo; se trata de *g)* evaluar realísticamente lo perdido; *h)* animar a una adecuada liberación de afectos, *e i)* propiciar el desarrollo del sistema de apoyo y nuevas habilidades requeridas por el nuevo rol.

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 esta área, particularmente ardua, se atiende a los objetivos de: *a)* reducir el aislamiento social del paciente y *b)* animar la formación de nuevas relaciones. Para ello utiliza las siguientes estrategias: *a)* revisar los síntomas depresivos; *b)* relacionar los síntomas depresivos con los problemas de aislamiento o desengaño social; *c)* revisar las relaciones significativas del pasado, incluyendo los aspectos positivos y negativos; *d)* explorar pautas repetitivas en las relaciones pasadas o fracasadas, y *e)* 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.

|

|

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 o 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 ofrecerse 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/u otro terapeuta).

El manual contempla las siguientes indicaciones de tratamiento prolongado: *a)* trastornos de la personalidad; *b)* sujetos que pueden iniciar relaciones pero no mantenerlas; *c)* sujetos con déficits interpersonales y habilidades insuficientes para iniciar relaciones, con lo que estarán perpetuamente solos; *d)* pacientes con depresiones recurrentes (requieren tratamiento de mantenimiento, como más adelante comentaremos), y *e)* pacientes que no han respondido y continúan agudamente deprimidos.

|

|

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 la TIP se caracteriza por sus estrategias, no por sus técnicas.

El manual describe las técnicas específicas utilizadas en la TIP, agrupadas en 7 grandes grupos: *a)* técnicas exploratorias; *b)* propiciación de los afectos; *c)* clarificación; *d)* análisis comunicacional; *e)* uso de la relación terapéutica; *f)* modificación de conducta, y *g)* técnicas auxiliares (contrato, encuadre, etc.).

|

|

actitud terapéutica

|

El manual define aquellos aspectos de la actitud terapéutica que diferencian la TIP de otras intervenciones psicoterapéuticas. Son las siguientes: *a)* el terapeuta actúa como abogado del paciente, no es neutral; *b)* la relación terapéutica no es analizada como una manifestación de transferencia; *c)* la relación terapéutica no es una relación de amistad, y *d)* el terapeuta es activo, no pasivo.

Los autores del manual especifican que consideran que los terapeutas de 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 American Psychiatric Association (3), y que se han elaborado sobre ella 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 2 a 5 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: *a)* reconocimiento de la depresión como un trastorno médico; *b)* énfasis en los problemas actuales de funcionamiento interpersonal; *c)* carácter exploratorio del proceso de tratamiento (el manual no es un libro de cocina), y *d)* 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 que no han obtenido ventajas después de la segunda supervisión (90). Se trata de una supervisión semanal, sesión por sesión, que puede hacerse personalmente en grupo 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: *a)* uso de estrategias de TIP; *b)* uso de técnicas de TIP, y *c)* uso de técnicas que no son de TIP. La evaluación se realiza con 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 TIP ha sido 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 a menudo con otros tratamientos psicológicos y la combinación de la terapia interpersonal con psicofármacos. En la tabla 146-1 se recogen los principales estudios.

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 (2) se había demostrado su eficacia frente a «tratamiento habitual» (menos eficaz), a antidepresivos tricíclicos (igual de eficaz) y a combinación de TIP y antidepresivos tricíclicos (57, 91). 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 (NIMH) (92-96). Los resultados de este estudio no son fáciles de interpretar debido a su complejidad y 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) (6); terapia interpersonal de la depresión (TIP) (2); imipramina más manejo clínico (IMI-MC) (especificado en un manual elaborado al efecto), y placebo más manejo clínico (PLA-MC). Entre sus conclusiones (de análisis complejo) destacamos para lo que aquí nos concierne las siguientes: *a*) las cuatro condiciones estudiadas produjeron diferencias significativas en las medidas de síntomas pretratamiento y postratamiento. 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-MC en una suerte de tratamiento combinado, más que en un tratamiento farmacológico puro; *b*) 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); *c*) 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); *d*) la modalidad IMI-MC resultó de acción más rápida que el resto; *e*) la tasa de retención fue mayor para la TIP, y *f*) 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) alcanzó criterios de remisión. La investigadora principal (93) 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. 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 alcanzara criterios de remisión 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.

Después del estudio del NIMH, la investigación en TIP ha dado origen a múltiples estudios de eficacia y eficiencia en los trastornos del espectro depresivo (algunos de ellos se detallan en la tabla 146-1). La TIP, que, como señala Myrna Weissman en un editorial del *American Journal* de 2007, 30 años después de su creación continúa siendo una de las psicoterapias más estudiadas junto con la terapia cognitivo-conductual (97), es una intervención recomendada para el tratamiento de la depresión (también en la bulimia nerviosa [98]) en las Guías Clínicas de la American Psychiatric Association (APA) (99), en las del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (100) y en la Guía clínica de la depresión de Australia y Nueva Zelanda (101).

En los últimos años, los estudios se han orientado a tratar de probar la eficacia de la TIP en trastornos afectivos frente a psicofármacos; frente a otras modalidades de terapia breve —fundamentalmente terapia cognitivo-conductual, pero también terapia de apoyo (102) o terapia de pareja—; en diferentes grupos de edad (adolescentes, ancianos), en poblaciones de riesgo (embarazadas y puérperas); en sujetos con depresión asociada a duelo complicado (103); en la prevención del comienzo de cuadros depresivos, así como en la depresión en diferentes encuadres como atención primaria o unidades de hospitalización, y en poblaciones culturalmente diferentes.

/tabla146-1/

Estudios de eficacia de la terapia interpersonal

Diseño	Diagnóstico (N.º de 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 y cols., 1979 (57)
TIP/TCC/ imipramina + entrevista/ placebo + entrevista	Depresión mayor (n = 239)	16 semanas	TIP = imipramina Eficaz en depresión endógena TIP < n.º de abandonos	Elkin y cols., 1989 (96)
TIP/TIP + amitriptilina/ TIP + placebo/ entrevista/amitriptilina + placebo/ placebo + entrevista	Depresión en remisión (n = 150)	32 semanas	TIP + antidepresivos > eficacia TIP mejora el funcionamiento social	Klerman y cols., 1974 (91)
TIP/TIP + placebo/ TIP + imipramina/ entrevista + imipramina/ entrevista + placebo	Depresión recurrente (n = 128)	3 años	TIP e imipramina = en la prevención de recaídas TIP-M > intervalo libre de recurrencia	Frank y cols., 1990 (133)
TIP + nortriptilina/ TIP + placebo/ entrevista + nortriptilina/ entrevista + placebo	Depresión recurrente Edad > 60 años (n = 120)	3 años	TIP + antidepresivos eficaz en tratamiento y en la prevención de recaídas en el anciano	Reynolds y cols., 1992 (156)
AIP/sin tratamiento	Estres psicossocial GHQ >6 (n = 64)	6 semanas	AIP significativa > eficaz en la reducción de síntomas sin relación con el número de sesiones	Klerman y cols., 1987 (173)
TIP/entrevista	Adictos a opiáceos en mantenimiento con metadona ^a (n = 72)	24 semanas	TIP = entrevista	Rounsaville y cols., 1993 (188)
TCC/terapia conductual/ TIP	Bulimia nerviosa (n = 75)	18 semanas	TIP = TCC = terapia conductual TIP > terapia conductual en la prevención de recaídas TIP continuaba la mejoría durante el seguimiento	Fairburn y cols., 1991 (190)
TIP-MC/ TIP	Depresión mayor (n = 18)	16 semanas	TIP = TIP-CM en mejoría sintomática TIP-CM > eficaz en mejorar la comunicación marital	Foley y cols., 1990 (168)
TIP-A/cuidados como de costumbre	Ancianos subdistímicos hospitalizados (n = 76)	6 meses	TIP > control	Mossey y cols., 1996 (174)
TIP-DAP/lista de espera	Embarazadas deprimidas (n = 13)	16 semanas (abierto)	TIP > control	Spinelli, 1997 (181)
TIP-VIH/ TCC/ terapia de apoyo/terapia de apoyo + imipramina	Depresión en seropositivos VIH	4 meses	TIP y terapia de apoyo > resto	Markowitz y cols., 1993 (179)
TIP/TCC	Bulimia (n = 220)	20 semanas	TIP = TCC, aunque más lenta	Agras y cols., 2000 (193)
TIP semanal/TIP + medicación en fase aguda	Mujeres con depresión recurrente en remisión (n = 233, fase aguda)	2 años	TIP-M logró profilaxis de la depresión en las que mejoraron con TIP en fase aguda	Frank y cols., 2007 (138)
TIP-M (semanal, bimensual o mensual) o en las pacientes que presentaron remisión	(n = 189, en remisión)		TIP-M menos eficaz en las que precisaron añadir medicación en la fase aguda	
TIP-M mensual/MC	Ancianos con disfunción cognitiva y depresión en remisión (n = 166)	2 años	Los pacientes con mayor disfunción cognitiva tardan más en recaer con TIP que con MC	Carreira y cols., 2008 (140)
Sertralina/ TIP/sertralina + TIP	Adultos con distimia (con o sin depresión aguda en la actualidad) (n = 707)	2 años	Sertralina o TIP + sertralina > TIP A 2 años de tratamiento combinado > reducción de costes sanitarios y sociales	Browne y cols., 2002 (105)

(continúa)

/tabla146-1/

Estudios de eficacia de la terapia interpersonal (Continuación)

Diseño	Diagnóstico (N.º de pacientes)	Duración	Resultado	Autores
TIP-RS (agudo y de mantenimiento)/ MCI (agudo y de mantenimiento)/ TIP-RS agudo + MCI de mantenimiento/ MCI agudo + TIP-RS de mantenimiento.	Pacientes con trastorno bipolar de tipo I en fase aguda	2 años	TIP-RS en fase aguda tardaron más en recaer independientemente del tratamiento de mantenimiento	Frank y cols., 2005 (169)
TIP-I + medicación/ MCI + medicación	Pacientes hospitalizados con depresión mayor	12 meses	TIP-I > MCI en respuesta y remisión TIP-I > MCI en prevención de recaídas	Schramm y cols., 2008 (196)

ª El mantenimiento con metadona incluía un grupo semanal de 90 minutos.

AIP, *counselling* interpersonal para atención primaria; GHQ, *General Health Questionnaire*; MC, manejo clínico, MCI, manejo clínico intensivo; TCC, terapia cognitivo-conductual; TIP, terapia interpersonal; TIP-I, terapia interpersonal modificada para pacientes ingresados; TIP-MC, terapia interpersonal marital conjunta; TIP-M, terapia interpersonal de mantenimiento; TIP-RS, terapia interpersonal de los ritmos sociales.

Varios metaanálisis y revisiones recientes analizan las evidencias existentes en la depresión y discuten aspectos importantes acerca de la investigación en psicoterapia, las indicaciones y el futuro de la TIP. Algunas conclusiones se resumen a continuación.

De Mello y cols. (104) revisan las publicaciones sobre eficacia entre 1974 y 2002, de las que extraen 13 sobre las que realizan cuatro metaanálisis (TIP frente a medicación; TIP más medicación frente a medicación; TIP frente a placebo, y TIP frente a terapia cognitivo-conductual). Algunas de las conclusiones entran dentro de lo esperable, como que la TIP es más eficaz que placebo y tiene menor número de abandonos, y que no existen diferencias en eficacia y tolerabilidad entre TIP y medicación, pero sí va en contra de lo que parecería natural que la combinación de TIP y medicación no demostró ser más eficaz ni mejor aceptada que la medicación sola. Los autores señalan, basándose en el estudio de Browne y cols. (105), que sí resulta más eficiente si se miden los resultados farmacoeconómicos. La TIP sería más eficaz que la terapia cognitivo-conductual, aunque sin diferencias estadísticamente significativas, lo que podría explicarse por la escasa cantidad de estudios que incluían terapia cognitivo-conductual. La metodología de los estudios revisados por de Mello y cols. será sistemáticamente criticada en una revisión posterior.

Parker y cols. (106, 107) revisan y amplían el trabajo de de Mello en 2006 (104) y llaman la atención sobre lo polémico de algunos de los resultados. Consideran que, a pesar de 30 años de investigación y aceptación de la TIP por pacientes y profesionales, la utilidad específica de la intervención para el tratamiento de la depresión continúa siendo poco clara y refleja dificultades clásicas de la investigación en psicoterapia. Denuncian que la manualización de las psicoterapias ha permitido la multiplicidad de ensayos clínicos y estudios controlados, al estilo de los que evalúan los tratamientos farmacológicos, que enfatizan los resultados, pero que no hay suficiente investiga-

ción del proceso. Por otro lado, señalan que el diagnóstico de «depresión mayor» homogeniza múltiples condiciones del espectro de los trastornos afectivos (p. ej., pacientes afectos del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] deprimidos, pacientes con depresión posparto) y plantean que se debe evaluar si la TIP ha de ser considerada la «psicoterapia universal» para todos los tipos de depresión o podría tener más utilidad en determinadas circunstancias. Según su análisis, las depresiones con un fuerte componente de «endogenicidad» responderían más rápidamente y mejor a la medicación, y la psicoterapia ofrecería, como mucho, un efecto potenciador (108, 109), y la recurrencia sería mayor cuando sólo se utiliza TIP (110). Además, los estudios demuestran que las depresiones con comorbilidad predicen una peor respuesta (111-113), mientras que las depresiones que suceden en el contexto de cambios vitales o problemas reales tendrían una mejor respuesta a la TIP (114). De Mello y cols. llegan a esta misma conclusión, compartida por otros autores (115), cuando tratan de explicar los mejores resultados de la TIP frente a la terapia cognitivo-conductual y plantean que la primera tendría una indicación y mayor efectividad en aquellas depresiones que suceden en el contexto de problemas reales precisamente por ser éstos el foco del tratamiento (116-118). Con respecto a los tratamientos combinados, esta revisión confirma la conclusión de de Mello y cols. acerca de que no existen suficientes evidencias de que el tratamiento combinado dé mejores resultados que los psicofármacos en monoterapia. Aseguran que los estudios no han demostrado que la TIP aporte beneficios adicionales cuando se añade a la medicación, pero sí cuando sucede a la inversa, es decir, cuando se añade medicación al tratamiento psicoterapéutico. En este sentido advierten de los riesgos de recomendar sistemáticamente un tratamiento combinado y proponen ciertas indicaciones para cada posibilidad de intervención.

Lo interesante de este estudio, entre cuyos firmantes se encuentra Scott Stuart, coautor junto con M. Robertson de una es-

pléndida *Guía clínica de psicoterapia interpersonal* (119) y uno de los clínicos más implicados en el estudio y difusión de la TIP, es que plantea la necesidad de revisar las estrategias de investigación para el futuro y cuestiona el presupuesto de que la TIP pueda considerarse un tratamiento de aplicación universal y mejor que otras intervenciones. Sugieren la necesidad de trabajar para definir un lugar propio para la intervención e identificar en qué circunstancias la TIP puede tener una utilidad específica. Este trabajo es antecedente de uno de reciente publicación (120), en el que Stuart propone una revisión de los fundamentos de la TIP con una mayor atención al papel del apego en la génesis de las dificultades sociales de los pacientes y una nueva dirección en el desarrollo de la intervención y de la investigación. Por su interés lo discutiremos más adelante, cuando hablemos de las nuevas aplicaciones y el desarrollo de la TIP.

Desde la publicación del primer manual se han desarrollado aplicaciones para otros trastornos diferentes del episodio depresivo para el que fue diseñada la primera. Sus versiones manualizadas aparecen compiladas en varias revisiones de los mismos autores posteriores al manual fundacional de 1984 (90, 121-123). Otras han dado lugar a publicaciones independientes, y en el momento actual contamos con manuales específicos de distimia (122), terapia de grupo (124), adolescentes deprimidos (125), fobia social (126), trastorno bipolar (127) y ancianos deprimidos (128). 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 cuyo objetivo sería minimizar los síntomas residuales. Las sesiones incluyen una revisión de los síntomas emergentes así como de los problemas que se asocian con ellos, habitualmente los mismos que constituyeron el foco del tratamiento agudo. Si el tratamiento se prolonga y aparecen nuevos acontecimientos vitales será motivo para un cambio de foco. La eficacia se investigó y publicó con exquisita pulcritud en unos trabajos en los que no sólo se muestra la eficacia de la intervención, sino que se analizan los factores que contribuyen a ella (129-134). Estudios posteriores del mismo grupo arrojan resultados contradictorios. Un par de ensayos controlados aportan evidencia en contra de la eficacia de la TIP-M frente a tratamiento de mantenimiento con medicación (135, 136), mientras que un ensayo aleatorizado en mujeres con depresión recurrente muestra que la TIP-M es eficaz cuando la remisión se había logrado con TIP en monoterapia, pero no cuando se precisó añadir medicación (137) (v. tabla 146-1). Sin embargo, la TIP-M ha demostrado su eficacia en mantener el ajuste social frente a medicación o psicoterapia en monoterapia (138), y el tratamiento con TIP-M resultó de mayor protección frente a recurrencias que el manejo clínico en ancianos con deterioro cognitivo (139) (v. tabla 146-1).

John Markowitz, que, tras la muerte de Gerald Klerman en 1992, ha asumido, junto con la viuda de éste, Myrna Weissman, un papel de liderazgo de la escuela, ha desarrollado un manual

para el tratamiento de la distimia (122). Las modificaciones giran en torno a dos aspectos: desarrollar una transición de roles yatrogénica, convirtiendo el propio tratamiento en una transición en la que el paciente aprende a reconocer los síntomas depresivos de larga evolución y cómo han afectado a su funcionamiento social, mientras afronta nuevas situaciones desde la eutimia. El otro punto es el examen durante el inventario interpersonal de patrones en las relaciones interpersonales, así como las dificultades en las relaciones y los recursos del paciente. Los resultados parecían prometedores pero, a día de hoy, falta evidencia suficiente de la eficacia de la TIP en la distimia. Han sido pocos los estudios diseñados para evaluar específicamente la eficacia de la intervención en el trastorno, y las muestras de los que hay son muy reducidas para extrapolar resultados. Sin embargo, merecen destacarse dos estudios. El primero (105) (v. tabla 146-1) es un estudio con una amplia muestra de 707 pacientes con diagnóstico de distimia y un seguimiento a 2 años en tres ramas de tratamiento: TIP (no modificada para distimia), sertralina y tratamiento combinado. Tiene el valor añadido de estar realizado en atención primaria y de incluir un estudio de costes. Los resultados hablan de una eficacia similar del tratamiento combinado y sertralina y de ambas ramas mayor que la de la TIP en monoterapia. El seguimiento a 2 años muestra una eficacia similar en los tres grupos, pero una diferencia estadísticamente significativa en los costes por uso de servicios sanitarios y sociales a favor de los tratamientos que incluían TIP, menores en el caso del tratamiento combinado. El otro estudio lo publica el propio Markowitz (140) sobre una muestra de 94 pacientes asignados de forma aleatorizada a terapia breve de apoyo, sertralina y sertralina más TIP, tratados durante 26 semanas. Los resultados muestran un beneficio mayor de la medicación, combinada o no con TIP, sobre la psicoterapia sola. El estudio sugiere claramente que, en el tratamiento a corto plazo de la distimia, la medicación es más beneficiosa que la psicoterapia, y que sería el tratamiento de primera línea. En un trabajo posterior, el propio autor plantea la necesidad de hacer modificaciones en el manual y, basándose en otros dos pequeños estudios (141, 142), destaca los beneficios de la TIP en el caso de pacientes que no desean o no responden a la medicación o como estrategia de potenciación. Quizás estos desalentadores resultados están detrás de la motivación en la búsqueda de una intervención en trastornos de personalidad pilotada por el propio Markowitz.

El manual original ha sido modificado para su uso en adolescentes deprimidos (TIP-A) por el grupo liderado por Mufson y Moreau y va ya por su segunda edición (125, 143, 144). La eficacia quedó demostrada en los primeros estudios (144, 145), y posteriormente varios grupos diferentes han demostrado los efectos de la intervención (116, 146, 147). Es una de las aplicaciones que más desarrollo ha tenido y sobre la que existe una evidencia más clara. Posiblemente esto se deba a que se trata de una población susceptible de intervenciones terapéuticas diferentes de la medicación (aunque también hay experiencia con el tratamiento combinado, que muestra sus beneficios [145]) y a

la existencia de conflictos interpersonales actuales propios de la etapa evolutiva. Las modificaciones con respecto al manual original incluyen una duración menor (12 sesiones) y mayor flexibilidad en las citas, la participación sistemática de los padres en todas las fases del tratamiento y una reconceptualización del rol de enfermo (con nulas exenciones de la escolarización). El desarrollo de la intervención incluye adaptaciones para tratamiento de grupo (116, 148, 149), adolescentes deprimidos víctimas de conflictos (118, 150) y adolescentes embarazadas (151). En resumen, la TIP resultó más eficaz que los grupos control y en algunas medidas más eficaz que la terapia cognitivo-conductual (v. tabla 146-1). Estudios posteriores han demostrado su aplicabilidad en medios comunitarios y rurales y en países subdesarrollados, fuera de los contextos universitarios donde se realizan en condiciones ideales los estudios (118, 150, 152, 153).

La TIP se ha adaptado también para pacientes ancianos con depresión (TIP-G) (128, 154). Se han llevado a cabo estudios controlados por los grupos de Sloane (155) y Reynolds, éste en Pittsburg (155-160), que demuestran que la psicoterapia puede ser un tratamiento útil y eficaz en esta población, en contra de ciertos mitos al respecto. Los trabajos en esta población han proseguido hacia la TIP-M (136, 137, 161) para la depresión recurrente, y recientemente se ha realizado una nueva aplicación para pacientes con deterioro cognitivo que incluye a ambos, cuidador y paciente, en el tratamiento (139, 161). Buena parte de los últimos estudios se están realizando en el ámbito de la atención primaria, con buenos resultados para la TIP en eficacia pero no tanto, por el momento, en eficiencia (162-166).

Se ha realizado un manual para TIP marital para pacientes deprimidos con disputas interpersonales (TIP-MC) (167). 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. Así pues, 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 son las disputas interpersonales y que el miembro no deprimido está implicado en la terapia. Foley y su grupo (168) pusieron de manifiesto la utilidad de este tipo de intervención a través de un ensayo clínico en el que se comparaba con TIP convencional (v. tabla 146-1).

El grupo liderado por Ellen Frank, en Pittsburg, generó una modificación de la TIP para trastorno bipolar (127) con foco en los factores que se saben 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 estrategias de la terapia de conducta. La modalidad de intervención fue, por este motivo, bautizada como terapia interpersonal y de los ritmos sociales (TIP-RS). Su eficacia fue demostrada en un ensayo clínico publicado en el año 2005 (169), con una muestra de 175 pacientes con trastorno bipolar de tipo I en fase aguda aleatorizados a 4 estrategias de tratamiento: tratamiento agudo y de mantenimiento con TIP-RS (TIP-RS/TIP-RS), tratamiento agudo y

de mantenimiento con manejo clínico intensivo (MCI/MCI), tratamiento agudo con TIP-RS seguido de mantenimiento con MCI (TIP-RS/MCI) o tratamiento agudo con MCI y mantenimiento con TIP-RS (MCI/TIP-RS). La fase de mantenimiento preventiva duró 2 años. No encontraron diferencias en el tiempo de estabilización, y los pacientes asignados a TIP-RS en el tratamiento agudo tardaron más tiempo en tener un nuevo episodio depresivo independientemente del tipo de mantenimiento que recibieron. Los pacientes del grupo TIP-RS tuvieron más regularidad en los ritmos sociales al final del tratamiento agudo. La capacidad de mejorar la regularidad en los ritmos sociales al final del tratamiento agudo se asoció con una menor probabilidad de recurrencia durante la fase de mantenimiento. La conclusión es que la TIP-RS parece una buena estrategia que incluir en el arsenal terapéutico del trastorno bipolar de tipo I, especialmente en lo que respecta a la prevención de nuevos episodios. Dos estudios posteriores muestran una mejoría más rápida de las actividades ocupacionales que con una intervención psicoeducativa y de apoyo que hacía menor énfasis en este aspecto (170), y la posibilidad de ser una buena alternativa en monoterapia para un tipo de pacientes con depresión bipolar de tipo II (171).

También se ha propuesto una modalidad de *counselling* interpersonal para depresión en atención primaria (AIP) (172). Es un tratamiento breve (un máximo de 6 sesiones de 30 min), 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 (173) y Filadelfia (174) con pacientes ancianos hospitalizados a los que aplicó una intervención más larga (10 sesiones en lugar de 6), con sesiones de mayor duración (60 min en lugar de 20 min) y con una frecuencia dependiente del estado médico de los pacientes en lugar de semanal fija. Las investigaciones posteriores en el ámbito de la atención primaria se han centrado especialmente en el tratamiento de los trastornos afectivos en poblaciones de ancianos, adolescentes y mujeres en periparto, y tienen en común haber utilizado la intervención original, más que la adaptación. Los resultados apuntan a un buen nivel de eficacia y eficiencia y destacan las ventajas de que pueda ser aplicada por personal no médico (105, 111, 164, 165, 170, 175-178).

John Markowitz ha desarrollado también una TIP para pacientes afectos de VIH (seropositivos) con depresión (TIP-VIH)

(114, 179). 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 síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Algunos aspectos difieren 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 (p. 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 (v. tabla 146-1). Esta aplicación se ha seguido de pocos estudios. Tiene interés mencionar uno reciente en el que se compara una breve intervención de 6 sesiones de TIP con tratamiento como de costumbre, con resultados muy favorables sobre la base de medidas de síntomas depresivos, percepción de soledad y apoyo social. La peculiaridad consiste en que todas las sesiones se celebraron por teléfono, al ser una muestra de pacientes de zonas rurales con un alto nivel de aislamiento social (180).

La TIP se ha estudiado en el tratamiento y la prevención de trastornos afectivos durante el embarazo y la lactancia (181). La eficacia en la depresión durante el embarazo ha sido probada frente a un programa educativo para padres y frente a lista de espera (182, 183) (v. tabla 146-1) en un programa multicomponente o grupal frente a tratamiento como de costumbre (152, 184). También hay estudios en la depresión posparto (117, 183, 184), en la depresión tras un aborto (184) y como prevención de la depresión posparto en mujeres embarazadas (186). Los resultados apuntan a que la TIP en diversas modalidades y encuadres es una buena alternativa de tratamiento, teniendo en cuenta las limitaciones de esta población para tomar medicación, si bien las muestras de los ensayos clínicos son pequeñas como para hacer recomendaciones al respecto (187).

|

|

otros trastornos

|

Se han realizado también versiones de la TIP para trastornos no afectivos. Por ejemplo, se realizaron versiones de TIP para drogodependientes. Pero los ensayos realizados no demostraron ventaja sobre la condición control. Se trata de una adaptación de la TIP realizada por Rounsaville y Carroll (188).

Se han propuesto versiones de TIP para la bulimia nerviosa (189). En el estudio de Fairburn de 1991 (190) (v. tabla 146-1) 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 depresión. La fase de valoración suele ocupar más sesiones que en otros formatos e incluye aspectos del pasado como la 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. Durante las sesiones intermedias 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. (191, 192). Un trabajo posterior (193) confirmó los resultados, aunque los autores creen justificado considerar preferible la terapia cognitivo-conductual por ser de efecto más rápido. McKenzie y cols., neozelandeses, llevaron a cabo un estudio en anorexia nerviosa cuyos resultados, en contra de lo esperado, mostraron que el manejo clínico fue superior a otros tratamientos psicoterapéuticos específicos, incluida la TIP (194).

Elisabeth Schramm y su equipo en Alemania han desarrollado un programa de tratamiento intensivo de TIP para pacientes con depresión mayor ingresados (195). El programa consiste en 15 sesiones individuales más ocho grupales. La eficacia de la intervención fue probada en un estudio (196) sobre una muestra de 124 pacientes hospitalizados aleatorizados a TIP más medicación (sertralina y/o amitriptilina) o manejo clínico intensivo (MCI) más medicación. Los resultados muestran una tasa de respuesta significativamente mayor en los pacientes que recibieron psicoterapia y una tasa de remisión mayor (sin diferencias significativas). Los pacientes que inicialmente respondieron a TIP mostraron un mayor beneficio del tratamiento en el seguimiento a 3 meses, ya que sólo recayeron un 3% en comparación con el 25% que lo hicieron en el grupo control. En una publicación posterior (197) presentan los resultados sobre una muestra de 45 pacientes crónicamente deprimidos, donde se confirman los resultados anteriores.

Se trabaja también en trastornos de ansiedad. Se han desarrollado intervenciones para fobia social (TIP-FS) en formato individual y de grupo (126). La TIP-FS fundamenta la intervención en la idea de la transición de roles yatrogénica, la misma que subyacía en la aplicación para la distimia. El trabajo se orienta como una reformulación de la disfunción social y las dificultades interpersonales, que serían la manifestación de una enfermedad tratable más que una forma de ser o un aspecto de la identidad de la persona. Los autores, Lipsitz y Markowitz, han sustituido el foco de déficits interpersonales por un término que consideran más benigno: «inseguridad de rol». La aplicación incluye muchos elementos de apoyo, refuerzo y *rol-playing*. Está descrita en un manual (198) y hay varios estudios que demuestran su eficacia sobre muestras pequeñas (198-200). Un estudio reciente describe los procesos de cambio (201). En el

caso de trastorno de angustia, un estudio piloto del mismo grupo (202) mostró una marcada mejoría en los pacientes tratados con TIP-TP. La mayoría de los pacientes presentaban como foco disputas interpersonales o transiciones de rol. Hay un caso publicado en castellano (203).

La intervención para el trastorno de estrés postraumático (204, 205) se sustenta sobre la observación de que los pacientes con manifestaciones clínicas crónicas han desarrollado, como consecuencia del trauma, desconfianza en las relaciones y retracción social. Muchos pacientes no toleran o rechazan los tratamientos basados en la exposición a los recuerdos traumáticos, por lo que la TIP-PTSD, que se ha planteado para trabajar en grupo, pone el énfasis en la manera en que los pacientes manejan sus interacciones sociales cotidianas y excluye una exposición directa a los recuerdos traumáticos. Los autores observaron que, a medida que avanza el tratamiento, éstos aparecen de forma espontánea. Su eficacia ha sido demostrada en varios estudios (206-208).

Scott Stuart ha utilizado con éxito, aunque sin evidencia de resultados hasta el momento, la TIP en los trastornos somatoformes. Formula la conducta de somatización como una forma de comunicación interpersonal guiada por un apego inseguro. Incluye algunas modificaciones, como el énfasis en la alianza terapéutica y un objetivo centrado en mejorar el funcionamiento social más que en aliviar los síntomas físicos, e incluye el uso de metáforas, análisis comunicacional y refuerzo positivo (209, 210). Más adelante planteará el tratamiento como una propuesta de integración de la teoría cognitivo-conductual y la interpersonal (211). Sobre trastorno somatoforme hay un caso publicado en castellano (212).

Recientemente se está considerando la necesidad de intervenir en los trastornos de personalidad. La constatación de peores resultados con TIP en determinados trastornos crónicos, como la distimia y el trabajo en fobia social, ha llevado a varios grupos a trabajar en adaptaciones del encuadre y de algunas estrategias que hasta ahora no se consideraban propias de la técnica. Por un lado, Markowitz y cols. (213) están preparando la adaptación para un estudio piloto en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de personalidad que se encuentran en una crisis interpersonal. El tratamiento ha sido concebido en dos fases: 18 primeras sesiones en 16 semanas con el foco en construir una sólida alianza y formular los problemas, y una segunda fase con 16 sesiones semanales más; un total de 8 meses de tratamiento. Otra perspectiva interesante en el campo de los trastornos de personalidad es la que plantean una serie de autores (cuyos artículos se han publicado en un número monográfico sobre TIP del *Journal of Contemporary Psychotherapy*). Stuart ya había destacado desde publicaciones anteriores (119, 209, 210) las fuertes raíces de la TIP en la teoría del apego. Más recientemente (120) ha sugerido que un cambio en la práctica de la TIP es inevitable teniendo en cuenta estos fundamentos. Propone una revisión de varias de las características que son clásicas de la intervención: la duración breve y la intervención mínima en la relación terapéutica. Los pacientes más graves y con apegos inseguros

pueden necesitar tratamientos de más larga duración, y tanto la práctica clínica como algunas investigaciones apoyan esta hipótesis (211, 214, 215). Desde este punto de vista, Stuart propone varios cambios, a la vez que se pregunta si la intervención que incorpore estos cambios sería o no TIP. El estilo de apego debería ser un objetivo del tratamiento teniendo en cuenta los fundamentos de la intervención. La duración no tiene por qué ceñirse a las 16-20 sesiones (que considera una restricción artificial condicionada por la adaptación a los protocolos de investigación, igual que la manualización rígida), sino que se puede flexibilizar, lo mismo que el encuadre, a las necesidades de cada paciente (en este sentido advierte de la inexistencia de estudios para determinar la dosis mínima de tratamiento eficaz). Propone incluir como foco la relación terapeuta-paciente basándose en las convicciones de Bolwy y Sullivan en que una de las más poderosas formas de trabajar sobre los patrones de apego distorsionados es examinar en detalle la relación con el terapeuta. Con todo lo expuesto, no es extraño que los propios creadores de la TIP estén volviendo la mirada y buscando la manera de incorporar a la TIP aspectos del tratamiento basado en la mentalización desarrollado por Fonagy y Bateman (216).

Para finalizar la descripción de las nuevas aplicaciones cabe mencionar una serie de interenciones que tienen el teléfono o Internet como medio de comunicación preferente o exclusivo (186, 194, 217-221), y el éxito de la intervención en culturas diferentes como muestran las experiencias en Uganda y Etiopía (118, 123, 150, 222, 223).

En resumen, los impulsores de la TIP 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). La tabla 146-1 resume los resultados de estas investigaciones.

Futuro de la terapia interpersonal

La TIP se ha convertido en la práctica psicoterapéutica en la que se forman con más frecuencia los psiquiatras americanos (3). A ello creemos que han contribuido varios factores. En primer lugar está 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 pa-

radigma 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 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 ello 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 mínima más del doble.

Varios retos quedan para el futuro. Por un lado, la TIP no está a salvo de las dificultades clásicas en la investigación en psicoterapia y, si se tienen en cuenta las críticas de Parker y cols. (106), está por definir si tal y como está descrita en los manuales se la puede considerar una intervención universal o habría que trabajar para encontrar las situaciones concretas en las que pueda aportar especificidad. Algunos pacientes con trastornos crónicos y/o trastornos de la personalidad podrían beneficiarse, como propone Stuart (120), de modificaciones sustanciales en el encuadre y en la técnica para adaptarse a las necesidades especiales de cada paciente, trascendiendo así los rígidos límites de los protocolos de investigación. La práctica clínica parece sugerir esta necesidad. A las consideraciones de Parker y cols. se suman los propios creadores de la intervención cuando concluyen que está por determinar el uso óptimo y la dosis en todas las formas de TIP (97, 224). Mas aun, a día de hoy sigue estando poco claro (y esto afecta a todas las modalidades de psicoterapia) cuándo y cómo es mejor potenciar la TIP con medicación, y viceversa.

Es la práctica clínica de nuevo y la evidencia de que ninguna intervención es capaz de cubrir las necesidades de todos los pacientes y es definitivamente mejor que otras para todos los trastornos, lo que ha llevado a proponer la incorporación de ele-

mentos de otras modalidades de intervención creando propuestas integradoras. Tal es el caso de la TIP-RS y de la aplicación en trastornos somatomorfos o en los trastornos de la conducta alimentaria. (128, 211, 212, 225).

Por último, Myrna Weissman, en una revisión de ensayos clínicos que estudian la eficacia de la TIP frente a otros abordajes no farmacológicos (226), destaca la importancia de disponer de evidencia acerca de tratamientos breves que puedan ser aplicados por profesionales no médicos con una posible repercusión en los costes por proceso. A la vez se lamenta del obstáculo que supone a la hora de aplicar psicoterapias con eficacia probada la escasez de profesionales no médicos entrenados. Sorprende, en este sentido, el resultado de un trabajo reciente, conducido por la propia Mirna Weissman, sobre la existencia en Estados Unidos de programas formativos para psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales en terapias basadas en la evidencia. La conclusión de la encuesta fue que la mayor parte eligieron programas de terapias no basadas en la evidencia; pocos solicitaron supervisión posterior, siendo los psiquiatras los que lo hicieron en mayor medida, y la terapia cognitivo-conductual fue la formación más solicitada (227).

Con todo, la TIP se ha convertido (junto con la terapia cognitiva) en una referencia, una especie de patrón oro para tratamientos psicosociales. De ahí su elección para el proyecto antes citado del NIMH americano (93) y la impresionante cantidad de estudios llevados a cabo y en marcha en la actualidad que incluyen la TIP como una de las condiciones de tratamiento psicoterapéutico que evaluar.

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 cierto número de publicaciones en castellano (228-241).

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, haber desarrollado procedimientos ágiles de enseñanza y haber sabido contrastar su eficacia con la de 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 reducidos 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

1. Sullivan HS. The interpersonal theory of psychiatry. Nueva York: Norton, 1953.
2. Klerman GL, Rousanville B, Chevron E, Neu C, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy of depression (IPT). Nueva York: Basic Books, 1984.
3. Docherty JP, Hertz ML, Gunderson J. Psychosocial treatment research in psychiatry: A task force report of the American Psychiatric Association. Washington: American Psychiatric Association, 1993.
4. Eysenck HJ. The effects of psychotherapy: an evaluation. *J Consult Psychol* 1952; 16: 319-324.
5. Luborsky L, DeRubies RJ. The use of psychotherapy treatment manuals: a small revolution in psychotherapy research stile. *Clin Psychol Rev* 1984; 4: 5-14.
6. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive treatment of depression: a treatment manual. Nueva York: Guilford, 1979. (Trad. cast.: Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Bouver, 1983.)
7. Clark DM, Salkovskis PM. Cognitive therapy with panic and hypochondriasis. Oxford: Pergamon Press, 1991.
8. Luborsky L. Principles of psychoanalytic psychotherapy: a manual for supportive-expressive treatment. Nueva York: Basic Books, 1984.
9. Strupp H, Binder JL. Psychotherapy in new key. A guide to time-limited dynamic psychotherapy. Nueva York: Basic Books, 1984.
10. Síñeos PE. Short-term anxiety-provoking psychotherapy. A treatment manual. Nueva York: Basic Books, 1992.
11. Fosha D. Special issue: Accelerated Empathic Therapy (AET). *Int J Short Term Psychother* 1992; 7: 127-198.
12. Kenberg PF, Chazan SE. Children with conduct disorders: a psychotherapy manual. Nueva York: Basic Books, 1991.
13. Lord JP. A guide to individual psychotherapy with school age children and adolescents. Springfield: Charles C Thomas, 1985.
14. 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.
15. Fuchs CZ, Rehm LP. A self-control behavior therapy program for depression. *J Consult Clin Psychol* 1977; 45: 206-215.
16. 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.
17. Horowitz MJ. Stress response syndromes. Nueva York: Jason Aaronson, 1976.
18. Michelbaum D. Tratamiento de clientes con trastornos de estrés post-traumático: un enfoque cognitivo-conductual. *Revista de Psicoterapia* 1994; 5: 5-84.
19. Davis R, Olmsted MP. Cognitive-behavioral group treatment for bulimia nervosa: integrating psychoeducation and psychotherapy. En: Harper-Giuffrè H, MacKenzie KR, eds. *Group psychotherapy for eating disorders*. Washington: American Psychiatric Press, 1992.
20. Lineham MM. Dialectical behavior therapy in groups: treating borderline personality disorders and suicidal behaviour. En: Brody CM, ed. *Women's therapy groups: paradigms of feminist treatment*. Nueva York: Springer, 1987.
21. Kenberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, Carr AC, Appelbaum AH. *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. Nueva York: Basic Book, 1989.
22. Markowitz JC, Klerman GL. *Manual for interpersonal therapy of dysthymia*. Cornell: Cornell University Medical College 1991.
23. Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW. *Family care of schizophrenia*. Nueva York: Guildford, 1984.
24. Anderson C, Reiss D, Hogarty G. *Schizophrenia and the family. A practitioner's guide to psychoeducation and management*. Nueva York: Gilford, 1986. (Trad. cast. Esquizofrenia y familia. Buenos Aires: Amorrortu, 1988.)
25. Roder V, Brenner HD, Hodel B, Kienzle N. *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm für schizophrene Patienten (ITP)*, 3.ª ed. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1995. (Trad. cast.: Terapia integral de la esquizofrenia. Barcelona: Ariel, 1996.)
26. Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D y cols. Personal therapy: a disorder relevant psychotherapy for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21: 379-393.
27. Daldrup R, Beutler L, Engle D, Greenberg L. *Focused expressive psychotherapy*. Nueva York: Guildford, 1988.
28. Mahrer AR. *How to do experiential psychotherapy: a manual for practitioners*. Ottawa: University of Ottawa Press, 1989.
29. Garfield SL. *The practice of brief psychotherapy*. Nueva York: Pergamon Press, 1989.
30. Meyer A. *Psychobiology: a science of man*. Springfield: Charles C. Thomas, 1947.
31. Sullivan HS. *The psychiatric interview*. Nueva York: Norton, 1954. (Trad. cast.: La entrevista psiquiátrica. Buenos Aires: Pique, 1989.)
32. Sullivan HS. *Schizophrenia as a human process*. Nueva York: Norton, 1955.
33. Sullivan HS. *Clinical studies in psychiatry*. Nueva York: Norton, 1956.
34. Frommm-Reichman F. *Principles of intensive psychotherapy*. Chicago: Phoenix Books, 1960.
35. Horney K. *Neurosis and human growth*. Nueva York: Norton, 1950.
36. Arieti S, Bemporad J. *Severe and mild depression: the psychotherapeutic approach*. Nueva York: Basic Books, 1978.
37. Srole L, Fischer A. The Midtown Manhattan longitudinal study vs the mental illness paradise lost doctrine. *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 209.
38. Leighton D, Harding J, Macklin DB, Huges CC, Leighton AH. Psychiatric findings of the Stirling County study. *Am J Psychiatry* 1963; 119: 1021-1026.
39. Stouffer S. *Measurement and prediction*. Nueva York: Basic Books, 1950.
40. Holmes T, Rahe R. The social readjustment rating scale. *J Psychosom* 1967; 2: 213.
41. Faris RE, Dunham H. *Mental disorders in urban areas: an ecological study of schizophrenia and other psychoses*. Chicago: University of Chicago Press, 1939.
42. Hollingshead A, Redlich F. *Social class and mental illness*. Nueva York: Wiley, 1958.

43. Goffman E. *Asylums*. Nueva York: Doubleday, 1961.
44. Stanton AH, Schwatz MS. *The mental hospital*. Nueva York: Basic Books, 1954.
45. Gruenberg EM, Turns DM, Segal SP y cols. Social breakdown syndrome: environmental and host factors associated with chronicity. *Am J Public Health* 1972; 62: 91-94.
46. American Psychiatric Association. *DSM. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington: American Psychiatric Association, 1952.
47. Beers C. *A mind that found itself*. Nueva York: Doubleday, 1908.
48. Fromm E. *The crisis of psychoanalysis*. Nueva York: Holt, 1970.
49. Levenson H, Butler SF, Beitman BD. *Concise guide to brief dynamic psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press, 1997.
50. Bowlby J. *Attachment and loss*. Londres: Hogarty Press, 1969.
51. Bowlby J. The making and breaking of affectional bonds: some principles of psychotherapy. *Br J Psychiatry* 1977; 130: 421-431.
52. Lindeman E. Symptomatology and management of acute grief. *Am J Psychiatry* 1944; 101: 141-148.
53. Clayton P, Desmarais L, Winokur G. A study of normal bereavement. *Am J Psychiatry* 1968; 125: 168-178.
54. Maddison D, Walker W. Factors affecting the outcome of conjugal bereavement. *Br J Psychiatry* 1967; 113: 1057-1067.
55. Maddison D. The relevance of conjugal bereavement for preventive psychiatry. *Br J Med Psychology* 1968; 41: 223-233.
56. Walker K, McBride A, Vachon M. Social support networks and the crisis of bereavement. *Soc Sci Med* 1977; 11: 35-41.
57. 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.
58. Tenant C, Bebbington P, Hurry J. Parental death in childhood and risk of adult depressive disorders: a review. *Psychol Med* 1980; 10: 289-299.
59. Parker G. Parental characteristics in relation to depressive disorders. *Br J Psychiatry* 1979; 134: 138-147.
60. 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.
61. Weintraub S, Neale JM, Liebert DE. Teacher ratings of children vulnerable to psychopathology. *Am J Orthopsychiatry* 1975; 45: 839-845.
62. Garner E, Gallant D, Grunebaum HU, Cohler BJ. Children of psychotic mothers. *Arch Gen Psychiatry* 1977; 34: 592-597.
63. Welner Z, Welner A, McCrary MD, Leonard MA. Psychopathology in children of inpatients with depression; a controlled study. *J Nerv Ment Disease* 1977; 164: 408-413.
64. Weissman MM, Paykel ES, Klerman GL. The depressed woman as mother. *Soc Psychiatry* 1972; 7: 98-108.
65. Orvaschel H, Weissman MM, Kidd KK. Children and depression: the childhood of depressed patients; depression in childrens *J Affect Disord* 1980; 2: 1-16.
66. Connell HM. Depression in childhood. *Child Psychiatr Hum Develop* 1972; 4:71-78.
67. 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.
68. Poznanski E, Zrull JP. Childhood depression. *Arch Gen Psychiatry* 1970; 23: 8-15.
69. Holmes TH, 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.
70. Paykel ES, Myers JK, Dietneit MN, Klerman GL, Lindelthal JJ, Pepper MP. Life events and depression: a controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1969; 21: 753-760.
71. Paykel ES. Recent life events in the development of depressive disorders. En: Defue RA, ed. *The psychobiology of depressive disorders: implications for the effects of stress*. Nueva York: Academic Press, 1978.
72. Ilfeld FW. Current social stressors and symptoms of depression. *Am J Psychiatry* 1977; 134: 161-166.
73. Pearlin LI, Liberman MA. Social sources of emotional distress. En: Simons R, ed. *Research in Community and Mental Health*. Greenwich: JAI Press, 1977.
74. Bloom BL, Asher SJ, White SW. Marital disruption as a stressor: a review and analysis. *Psychol Bull* 1978; 867-879.
75. Henderson S. Care-eliciting behaviour in man. *J Nerv Men Dis* 1974; 159: 172-181.
76. Henderson S, Duncan-Jones P, McAuley H, Ritchy K. The patient primary group. *Br J Psychiatry* 1978.
77. 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.
78. Henderson S, Duncan-Jones P, Byrne DG, Scott R, Adcock S. Psychiatric disorder in Camberra: a standardized study of prevalence. *Acta Psychiatr Scand* 1979; 60: 355-374.
79. Henderson S, Byrne DG, Duncan-Jones P, Scott R, Adcock S. Social relationships adversity and neurosis: a study of associations in a general populatio sample. *Br J Psychiatry* 1980; 136: 574-583.
80. Henderson S. A development in social psychiatry; the systematic study of social bonds. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168: 63-69.
81. Henderson S. The social network, support and neurosis: the function of attachment in adult life. *Br J Psychiatry* 1977; 131: 185-191.
82. Brown GW, Harris T, Copeland JR. Depression and loss. *Br J Psychiatry* 1977; 130: 1-18.
83. Hinchliffe MK, Vaughan PW, Hooper D, Roberts FJ. *The melancholy marriage*. Nueva York: Wiley, 1978.
84. Weissman MM, Paykel ES. *The depressed woman: a study of social relationships*. Chicago: Chicago University Press, 1974.
85. Rousanville BJ, Weissman MM, Prusoff BA Herceg-Baron RL. Marital disputes and treatment outcome in depressed women. *Comprehen Psychiatr* 1979; 20: 483-490.
86. Coyne JC. Depression and the response of others. *J Abnorm Psychol* 1976; 85: 186-193.
87. Kreitman N, Collins J, Nelson B, Troop J. Neurosis and marital interaction: IV. Manifest psychological interactions. *Br J Psychiatry* 1971; 119: 243-252.
88. Merikangas K, Raneli C, Kupfer D. Marital interaction in hospitalized depressed patients. *J Ner Men Dis* 1979; 167: 689-695.
89. Briscoe CW, Smith JB. Depression and marital turmoil. *Arch Gen Psychiatry* 1973; 28: 811-817.
90. Klerman GL, Weissman MM. *New aplications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
91. Klerman GL, Dimascio A, Weissman MM, Prusoff BA, Paykel ES. Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am J Psychiatry* 1974; 131: 186-191.
92. 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.
93. Elkin I. The NIMH treatment of depression collaborative research program: where we began and where we are. En: Bergin AE, Garfield SL, eds.

- Handbook of psychotherapy and behavior change, 4.^a ed. Nueva York: Wiley, 1994.
94. Elkin I, Parloff M, Hadley SW, Autry JH. NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Arch Gen Psychiatry* 1985; 42: 305-316.
 95. 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.
 96. Elkin I, Shea T, Watkins JT y cols. National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program: general effectiveness of treatment. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46: 971-982.
 97. Weissman MM. Cognitive therapy and Interpersonal psychotherapy: 30 years later. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 693-696.
 98. Yager J, Devlin MJ, Halimi KA y cols. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders, 3.^a ed. Washington: American Psychiatric Association, 2005.
 99. Karasu TB, Gelenberg A, Merriam A, Wang P. Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder, 2.^a ed. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
 100. Management of depression in primary and secondary care. National Institute for Health and Clinical Excellence, 2007.
 101. Ellis P, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Depression. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. *Aust NZ J Psychiatry* 2004; 38:389-407.
 102. Luty SE, Carter JD, McKenzie JM y cols. Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *Evid Based Ment Health* 2008; 11: 12.
 103. Shear K, Frank E, Houck PR, Reynolds CF 3rd. Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 293: 2658-2660.
 104. de Mello MF, de Jesus Mari J, Bacaltchuk J, Verdelli H, Neugebauer R. A systematic review of research findings on the efficacy of interpersonal therapy for depressive disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2005; 255: 75-82.
 105. Browne G, Steiner M, Roberts J y cols. Sertraline and/or interpersonal psychotherapy for patients with dysthymic disorder in primary care: 6-month comparison with longitudinal 2-year follow-up of effectiveness and costs. *J Affect Disord* 2002; 68: 317-330.
 106. Parker G, Parker I, Brotchie H, Stuart S. Interpersonal psychotherapy for depression? The need to define its ecological niche. *J Affect Disord* 2006; 95: 1-11.
 107. Parker G. What is the place of psychological treatments in mood disorders? *Int J Neuropsychopharmacol* 2007; 10: 137-145.
 108. Prusoff BA, Weissman MM, Klerman GL, Rounsaville BJ. Research diagnostic criteria subtypes of depression. Their role as predictors of differential response to psychotherapy and drug treatment. 1980 *Arch Gen Psychiatry* 1980; 37: 796-801.
 109. Thase ME, Buysse DJ, Frank E y cols. Which depressed patients will respond to interpersonal psychotherapy? The role of abnormal EEG sleep profiles. *Am J Psychiatry* 1999; 154: 502-509.
 110. Reynolds CF, Frank E, Perel S y cols. Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: a randomized controlled trial in patients older than fifty-nine years. *JAMA* 1999; 281: 39-45.
 111. Brown C, Schulberg HC, Prigerson HG. Factors associated with symptomatic improvement and recovery from major depression in primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry* 2000; 22: 242-250.
 112. Feske U, Frank E, Kupfer DJ, Shear MK, Weaver E. Anxiety as a predictor of response to interpersonal psychotherapy for recurrent major depression: an exploratory investigation. *Depress Anxiety* 1998; 8: 135-141.
 113. Buysse DJ, Tu XM, Cherry CR y cols. Pretreatment REM sleep and subjective sleep quality distinguish depressed psychotherapy remitters and nonremitters. *Biol Psychiatry* 1999; 45: 205-213.
 114. Markowitz JC, Kocsis JH, Fishman B y cols. Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 452-457.
 115. Cuijpers P, van Straten A, Smit F, Mihalopoulos C, Beekman A. Preventing the onset of depressive disorders: a meta-analytic review of psychological interventions. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1272-1280.
 116. Rosselló J, Bernal G, Rivera-Medina C. Individual and group CBT and IPT for Puerto Rican adolescents with depressive symptoms. *Cult Divers Ethnic Minor Psychol* 2008; 14: 234-245.
 117. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000; 57: 1039-1045.
 118. Bolton P, Bass J, Betancourt T y cols. Interventions for depression symptoms among adolescent survivors of war and displacement in northern Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* 2007; 298: 519-527.
 119. Stuart S, Robertson M. Interpersonal psychotherapy. A clinician's guide. Londres: Hodder Arnold, 2003.
 120. Stuart S. What is IPT? The basic principles and the inevitability of change. *J Contemp Psychother* 2008; 38: 1-10.
 121. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy. Nueva York: Basic Books, 2000.
 122. Markowitz JC. Interpersonal psychotherapy for dysthymic disorder. Washington: American Psychiatric Press, 1998.
 123. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. Clinician's quick guide to interpersonal psychotherapy. Nueva York: Oxford University Press, 2007.
 124. Wilfrey DE, Mackenzie KR, Welch RR, Ayres VE, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy for group. Nueva York: Basic Books, 2000.
 125. Mufson L, Dorta KP, Moreau D, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents, 2.^a ed. Nueva York: Guilford, 2004.
 126. Hoffart A, Abrahamsen G, Bonsaksen T y cols. A residential interpersonal treatment for social phobia. Nueva York: Nova Science, 2007.
 127. Frank E. Treating bipolar disorder: a clinician's guide to interpersonal and social rhythm therapy. Nueva York: Guilford, 2005.
 128. Hinrichsen GA, Clougherty KF. Interpersonal psychotherapy for depressed older adults. Washington: American Psychological Association, 2006.
 129. Frank E, Grochocinski VJ, Sapien CA y cols. Interpersonal psychotherapy and antidepressant medication: evaluation of sequential treatment strategy in women with recurrent major depression. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 51-57.
 130. Frank E, Kupfer DJ, Cornes C, Morris SM. Maintenance interpersonal psychotherapy for recurrent depression. En: Klerman GL, Weissman MM, eds. New applications of interpersonal psychotherapy. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
 131. Frank E, Kupfer DI, Levenson J. Continuation treatment for unipolar depression. The case for combined treatment. En: Manning DW, Frances AJ, eds. Combined pharmacotherapy and psychotherapy for depression. Washington: American Psychiatric Press, 1990; 133-150.
 132. Frank E, Kupfer DI, Perel JM. Early recurrence in unipolar depression. *Arch Gen Psychiatry*. 1989; 46: 771-775.
 133. Frank E, Kupfer DI, Perel JM y cols. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47: 1093-1099.

134. Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, McEarchran AB, Cornes C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 1053-1059.
135. Reynolds CF 3rd, Dew MA, Pollock BG y cols. Maintenance treatment of major depression in old age. *N Engl J Med* 2006; 354: 1130-1139.
136. Dombrowski AY, Lenze EJ, Dew MA y cols. Maintenance treatment for old-age depression preserves health-related quality of life: a randomized, controlled trial of paroxetine and interpersonal psychotherapy. *Am Geriatr Soc* 2007; 55: 1325-1332.
137. Frank E, Kupfer DJ, Buysse DJ y cols. Randomized trial of weekly, twice-monthly, and monthly interpersonal psychotherapy as maintenance treatment for women with recurrent depression. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 761-767.
138. Lenze EJ, Dew MA, Mazumdar S y cols. Combined pharmacotherapy and psychotherapy as maintenance treatment for late-life depression: effects on social adjustment. *Am J Psychiatry* 2002; 15: 466-468.
139. Carreira K, Miller MD, Frank E y cols. A controlled evaluation of monthly maintenance interpersonal psychotherapy in late-life depression with varying levels of cognitive function. *Int J Geriatr Psychiatry* 2008; 23: 1110-1113.
140. Markowitz JC, Kocsis JH, Bleiberg KL, Christos PJ, Sacks M. A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for «pure» dysthymic patients. *J Affect Disord.* 2005; 89: 167-75.
141. Feijó de Mello M, Myczowisk LM, Menezes PR. A randomized controlled trial comparing moclobemide plus interpersonal psychotherapy in the treatment of dysthymic disorder. *J Psychother Pract Res* 2001; 10: 117-123.
142. Hellersein DJ, Little SAS, Samstag LW y cols. Adding group psychotherapy to medication treatment in dystimia. *J Psychother Pract Res* 2001; 10: 93-103.
143. 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.
144. Mufson L, Moreau D, Weissman MM, Wickramaratne P, Martin J, Samoilov A. Modifications of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33: 695-705.
145. Mufson L, Fairbanks J. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents: A one-year naturalistic follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996; 35: 1145-1155.
146. Mufson LH, Weissman MM, Moreau D, Garfinkel R. Efficacy of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 573-579.
147. Kaslow NJ, Thompson MP. Applying the criteria for empirically supported treatments to studies of psychosocial interventions for child and adolescent depression. *J Clin Child Psychol* 1998; 27: 146-155.
148. Mufson L, Gallagher T, Dorta KP, Young JF. A group adaptation of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Am J Psychother* 2004; 58: 220-237.
149. Mufson L, Gallagher T, Young J. Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004.
150. Verdely H, Clougherty K, Onvango G y cols. Group Interpersonal Psychotherapy for depressed youth in IDP camps in Northern Uganda: adaptation and training. *Child Adolesc Psychiatr Clin North Am* 2008; 17: 605-624.
151. Miller L, Gur M, Shanok A, Weissman M. Interpersonal psychotherapy with pregnant adolescents: two pilot Studies, *J Child Psychol Psychiatry* 2008; 49: 733-742.
152. Mufson L, Dorta KP, Wickramaratne P, Nomura Y, Olsson M, Weissman MM. A randomized effectiveness trial of interpersonal psychotherapy for depressed adolescents. *Arch Gen Psychiatry* 2004; 61: 577-584.
153. Bearsley-Smith C, Browne MO, Sellik K y cols. Does interpersonal psychotherapy improve clinical care for adolescents with depression attending a rural child and adolescent mental health service? Study protocol for a cluster randomised feasibility trial. *BMC Psychiatry* 2007; 4: 7-53.
154. Frank E, Frank N, Cornes C y cols. Interpersonal psychotherapy in the treatment of late-life depression. En: Klerman GL, Weissman MM, eds. *New applications of interpersonal psychotherapy.* Washington: American Psychiatric Press, 1993.
155. Sloane RB, Staples FR, Schneider LS. Interpersonal therapy versus nortriptyline for depression in the elderly. En: Burrow GD, Norman TR, Dennerstein L, eds. *Clinical and pharmacological studies in psychiatric disorders.* Londres: John Libbery, 1985.
156. Reynolds CF, Frank E, Perel JM y cols. Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of the elderly patients with recurrent major depression: a preliminar report. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 1687-1692.
157. Reynolds CF, Frank E, Perel JM y cols. Treatment of consecutive episodes of major depression in the elderly. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1740-1743.
158. Reynolds CF, Frank E, Kupfer DJ y cols. Treatment outcome in recurrent major depression: a post-hoc comparison of elderly and midlife patients. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1288-1292.
159. Reynolds CF, Frank E, Perel JM y cols. High relapse rates after discontinuation of adjunctive medication in elderly patients with recurrent major depression. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1418-1422.
160. Reynolds CF, Frank E, Houck PR y cols. Which elderly patients with remitted depression remain well with continued interpersonal psychotherapy after discontinuation of antidepressant medication? *Am J Psychiatry* 1997; 154: 958-962.
161. Miller MD, Reynolds CF 3rd. Expanding the usefulness of Interpersonal Psychotherapy (IPT) for depressed elders with co-morbid cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 101-105.
162. Bruce ML, Have TT, Reynolds CF y cols. reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized control trial. *J Am Med Association* 2004; 291: 1081-1091.
163. Alexopoulos GS, Kartz IR, Bruce ML y cols. Remission in depressed geriatric primary care patients: A report from the PROSPECT study. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 718-724.
164. Van Schaik A, van Marwijk, Adèr H y cols. Interpersonal psychotherapy for elderly patients in primary care. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14: 777-786.
165. Shulberg HC, Post EP, Raue PJ, Have TT, Miller M, Bruce ML. Treating late-life depression with interpersonal psychotherapy in the primary care sector. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007; 22: 106-114.
166. Bosmans JE, Van Schaik A, Heymans MW, van Marwijk R, van Hout H, de Bruijne MC. Cost-effectiveness of interpersonal psychotherapy for elderly primary care patients with major depression. *Int J Technol Assess Health Care* 2007; 23: 480-487.
167. Weissman MM, Klerman GL. Conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. En: Klerman GL, Weissman MM, eds. *New applications of interpersonal psychotherapy.* Washington: American Psychiatric Press, 1993.
168. Foley SH, Rounsaville BJ, Weissman MM, Sholomskas D, Chevron ES. Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. *Int J Fam Psychiatry* 1990; 7: 10.

169. Frank E, Kupfer DJ, Thase ME y cols. Two-year outcomes for interpersonal and social rhythm therapy in individuals with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2005; 62: 996-1004.
170. Frank E, Soreca I, Swartz HA y cols. The role of interpersonal and social rhythm therapy in improving occupational functioning in patients with bipolar I disorder. *Am J Psychiatry* 2008; 165: 1559-1565.
171. Swartz HA, Frank E, Frankel DR, Novick D, Houck P. Psychotherapy as monotherapy for the treatment of bipolar II depression: a proof of concept study. *Bipolar Disord* 2009; 11: 89-94.
172. Schulberg, HC, Scott CP, Madonia MJ, Imber SD. Applications of interpersonal psychotherapy for depression in primary care practice. En: Klerman GL, Weissman MM, eds. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
173. Klerman GL, Budman S, Berwick D y cols. Efficacy of a brief psychosocial for symptoms of stress and distress among patients in primary care. *Med Care* 1987; 8: 6-15.
174. Mossey JM, Knott KA, Higgins M, Talerico K. Effectiveness of a psychosocial intervention, interpersonal counseling for subdysthymic depression in medically ill elderly. *J Geront* 1996; 45: 163-168.
175. Bosmans JE, van Schaik DJ, de Bruijne MC y cols. Are psychological treatments for depression in primary care cost-effective? *J Ment Health Policy Econ* 2008; 11: 3-15.
176. Logsdon MC. Depression in adolescent girls: screening and treatment strategies for primary care providers. *J Ment J Am Med Womens Assoc* 2004; 59: 101-106.
177. Grigoriadis S, Ravitz P. An approach to interpersonal psychotherapy for postpartum depression: focusing on interpersonal changes. *Can Fam Physician* 2007; 53: 1469-1475.
178. Grote NK, Swartz HA, Geibel SL, Zuckoff A, Houck PR, Frank E. A randomized controlled trial of culturally relevant, brief interpersonal psychotherapy for perinatal depression. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 313-321.
179. Markowitz JC, Klerman GL, Perry SW, Clougherty KE, Josephs LS. Interpersonal psychotherapy for depressed HIV-seropositive patients. En: Klerman GL, Weissman MM, eds. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
180. Ransom D, Heckman TG, Anderson T, Garske J, Holroyd K, Basta T. Telephone-delivered, interpersonal psychotherapy for HIV-infected rural persons with depression: a pilot trial. *Psychiatr Serv* 2008; 59: 871-877.
181. Spinelli MG. Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. *Am J Psychiatry* 1997; 154: 1028-1030.
182. Spinelli MG, Endicott J. Controlled clinical trial of interpersonal psychotherapy versus parenting education program for depressed pregnant women. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 555-562.
183. Klier CM, Muzik M, Rosenblum KL, Lenz G. Interpersonal psychotherapy adapted for the group setting in the treatment of postpartum depression. *J Psychother Pract Res* 2001; 10: 124-131.
184. Zlotnick C, Johnson SL, Miller IW, Pearlstein T, Howard M. Postpartum depression in women receiving public assistance: pilot study of an interpersonal-therapy-oriented group intervention. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 638-640.
185. Neugebauer R, Kline J, Bleiberg K y cols. Preliminary open trial of interpersonal counseling for subsyndromal depression following miscarriage. *Depress Anxiety* 2007; 24: 219-222.
186. Zlotnick C, Miller IW, Pearlstein T, Howard M, Sweeney P. A preventive intervention for pregnant women on public assistance at risk for postpartum depression. *Am J Psychiatry* 2006; 163: 1443-1445.
187. Dennis CL, Ross LE, Grigoriadis S. Psychosocial and psychological interventions for treating antenatal depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007 18;(3):CD006309.
188. Rousanville BJ, Carroll K. Interpersonal psychotherapy for patients who abuse drugs. En: Klerman GL, Weissman MM, eds. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
189. Fairburn CG. Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. En: Klerman GL, Weissman MM, eds. *New applications of interpersonal psychotherapy*. Washington: American Psychiatric Press, 1993.
190. Fairburn CG, Jones R, Pevler RC y cols. Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 463-469.
191. Diéguez Porres M. Bulimia nervosa. Un nuevo enfoque terapéutico. *Psiquiatría Pública* 1999; 11: 114-117.
192. Diéguez Porres M. Terapia interpersonal de la bulimia nervosa. *Psiquiatría Pública* 1999; 11: 118-121.
193. 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: 459-466.
194. McIntosh VV, Jordan J, Carter FA y cols. Three psychotherapies for anorexia nervosa: a randomized, controlled trial. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 741-747.
195. Schramm E. Interpersonal psychotherapy for outpatient and inpatient treatment of depresión. *Psychotherapie im Dialog* 2001; 4: 440-449.
196. Schramm E, van Calker D, Dykierck P y cols. An intensive treatment program of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy for depressed inpatients: acute and long-term results. *Am J Psychiatry* 2007; 164: 768-777.
197. Schramm E, Schneider D, Zobel I y cols. Efficacy of interpersonal psychotherapy plus pharmacotherapy in chronically depressed inpatients. *J Affect Disord* 2008; 109: 65-73.
198. Lipsitz JD, Markowitz JC. 2006 Manual for interpersonal psychotherapy for social phobia (IPT-SP). Available from Joshua D. Lipsitz Anxiety Disorders Clinic; New York State Psychiatric Association, 1051 Riverside Drive, Unit 69; Nueva York NY 10032, lipsitz@pi.cmpc.columbia.edu
199. Lipsitz JD, Markowitz JC, Cherry S, Fyer AJ. Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1814-1816.
200. Hoffart A. Interpersonal therapy for social phobia: theoretical model and review of the evidence. En: Abelian ME, ed. *Focus on psychotherapy research*. Nueva York: Nova Science, 2005.
201. Hoffart A, Borge FM, Sexton H, Clark DM. Change processes in residential cognitive and interpersonal psychotherapy for social phobia: a process-outcome study. *Behav Ther* 2005; 40: 10-22.
202. Lipsitz JD, Gur M, Miller NL, Forand N, Vermes D, Fyer AJ. An open pilot study of interpersonal psychotherapy for panic disorder (IPT-PD). *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 440-445.
203. González Suárez N. Psicoterapia interpersonal y trastornos mentales comunes en un centro público de salud mental. *Psiquiatría Pública* 1994; 6: 97-100.
204. Robertson M, Rushton PJ, Bartrum D, Ray R. Group-based interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorder: theoretical and clinical aspects. *Int J Group Psychother* 2004; 54: 145-175.
205. Markowitz JC, Milrod B, Bleiberg K, Marshall RD. Interpersonal factors in understanding and treating posttraumatic stress disorder. *J Psychiatr Pract* 2009; 15: 133-140.
206. Bleiberg KL, Markowitz JC. A pilot study of interpersonal psychotherapy for posttraumatic stress disorder. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 181-183.
207. Markowitz JC, Bleiberg KL, Christos P, Levitan E. Solving interpersonal problems correlates with symptom improvement in interpersonal psychotherapy: preliminary findings. *J Nerv Ment Dis* 2006; 194: 15-20.

208. Krupnick JL, Green BL, Stockton P, Miranda J, Krause E, Mete M. Group interpersonal psychotherapy for low-income women with posttraumatic stress disorder. *Psychother Res* 2008; 18: 497-507.
209. Stuart S, Noyes R Jr. Treating hypochondriasis with interpersonal psychotherapy. *J Contemp Psychotherapy* 2005; 35: 269-283.
210. Stuart S, Noyes R Jr. Interpersonal psychotherapy for somatizing patients. *Psychother Psychosom* 2006; 75: 209-219.
211. Stuart S, Noyes R Jr, Starcevic V, Barsky A. An integrative approach to somatoform disorder combining interpersonal and cognitive-behavioral theory and techniques. *J Contemp Psychotherapy* 2008; 38: 45-53.
212. González Suárez N, Fernández Liria A. Secuenciación de intervenciones psicoterapéuticas en un trastorno somatoforme grave. *Psiquiatría Pública* 1996; 8: 236-240.
213. Markowitz JC, Skodol AE, Bleiberg K. Interpersonal psychotherapy for borderline personality disorder: possible mechanisms of change. *J Clin Psychol* 2006; 62: 431-444.
214. Talbot NL, Gamble SA. IPT for women with trauma histories in community mental health care. *J Contemp Psychotherapy* 2008; 38: 35-44.
215. Grote NK, Swartz HA, Zuckoff A. Enhancing interpersonal psychotherapy for mothers and Expectant mothers on low incomes: adaptations and additions. *J Contemp Psychotherapy* 2008; 38: 23-33.
216. Bateman A, Fonagy P. *Mentalization based treatment for the borderline personality disorder; a practical guide*. Oxford: Oxford University Press, 2006.
217. Van Voorhees BW, Ellis JM, Gollan JK y cols. Development and process evaluation of a primary care internet-based intervention to prevent depression in emerging adults. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007; 9: 346-355.
218. Lespérance F, Frasere-Smith N, Koszycki D y cols.; CREATE Investigators. Effects of citalopram and interpersonal psychotherapy on depression in patients with coronary artery disease: the Canadian Cardiac Randomized Evaluation of Antidepressant and Psychotherapy Efficacy (CREATE) trial. *JAMA* 2007; 297: 367-379.
219. Frasere-Smith N, Koszycki D, Swenson JR y cols. Design and rationale for a randomized, controlled trial of interpersonal psychotherapy and citalopram for depression in coronary artery disease (CREATE). *Psychosom Med* 2006; 68: 87-93.
220. Miller L, Weissman M. Interpersonal psychotherapy delivered over the telephone to recurrent depressives. A pilot study. *Depress Anxiety* 2002; 16: 114-117.
221. Donnelly JM, Kornblith AB, Fleishman S y cols. A pilot study of interpersonal psychotherapy by telephone with cancer patients and their partners. *Psychooncology* 2000; 9: 44-56.
222. Bolton P, Bass J, Neugebauer R y cols. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA* 2003; 289: 3117-3124.
223. Bass J, Neugebauer R, Clougherty KF y cols. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6-month outcomes: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 567-573.
224. Markovitz JC, Weissman MM. Interpersonal psychotherapy: principles and applications. *World Psychiatry* 2004; 3: 136-139.
225. Hendricks PS, Thompson JK. An integration of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa: a case study using the case formulation method. *Int J Eat Disord* 2005; 37: 171-174.
226. Weissman MM. Recent non-medication trials of interpersonal psychotherapy for depression. *Int J Neuropsychopharmacol* 2007; 10: 117-122.
227. Weissman MM, Verdelli H, Gameroff MJ y cols. National survey of psychotherapy training in psychiatry, psychology, and social work. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 63: 925-934.
228. Diéguez Porres M, Morales Hevia N, González Suárez N. *Terapia interpersonal de la depresión: un modelo de terapia para el sector público*. En: Fernández Liria A, Hernández Monsalve M, Rodríguez Vega B, eds. *Psicoterapias en el sector público: un marco para la integración*. Madrid: AEN, 1997.
229. Diéguez Porres M, Rodríguez Vega B, Fernández Liria A. *Consejo interpersonal en atención primaria*. *Medicina Familiar y Comunitaria* 2001; 11: 156-162.
230. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Diéguez Porres M. *Intervenciones sobre duelo*. En: Pérez Sales P, ed. *Trauma, culpa y duelo: hacia una psicoterapia integradora*. Bilbao: Desclée de Brouwer, 2006.
231. Fernández Liria A. *Tratamientos psicológicos*. En: Vallejo Ruiloba J, ed. *Consenso español sobre el tratamiento de las depresiones*. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, 2005.
232. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Diéguez Porres M. *Terapia interpersonal de la depresión*. En: Vallejo Ruiloba J, Leal Cercós C, eds. *Tratado de psiquiatría*. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, 2005; 20012-2025.
233. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Diéguez Porres M. *Intervenciones sobre duelo*. En: Pérez Sales P, Fernández Liria A, Diéguez Porres M, Vázquez Valverde C, González Aguado F, Avedillo C, Bitar Sánchez Z, Rodríguez Vega B, Hernández Monsalve M, eds. *Programa de autoformación: psicoterapia de respuestas traumáticas. Volumen 3: Técnicas específicas en el tratamiento de reacciones postraumáticas*. Madrid: You and Us, 2003; 113-142.
234. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. *Psicoterapia individual*. En: Die Trill M, ed. *Psico-oncología*. Madrid: ADES, 2003: 489-506.
235. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. *Terapia Interpersonal*. En: Caro I, ed. *Psicoterapias cognitivas: evolución y nuevos modelos*. Barcelona: Paidós, 2002.
236. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B. *Tratamientos en las neurosis*. En: Roca Bannasar M, ed. *Trastornos neuróticos*. Barcelona: Grupo Ars XXI de Comunicación, 2002; 789-821.
237. Fernández Liria A. *Combinación de psico y farmacoterapia en los trastornos depresivos*. *Revista de Psicoterapia* 1999; 9: 27-41.
238. Fernández Liria A, Rodríguez Vega B, Diéguez Porres M, González Suárez N, Morales Hevia N. *La terapia interpersonal de la depresión y las psicoterapias en el fin del milenio*. *Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría* 1997; 17: 627-648.
239. Solé Puig J. *Qué es y dónde está la psicoterapia interpersonal*. *Revista de Psicoterapia* 1995; 6: 141-159.
240. 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.
241. Solé Puig J. *Introducción*. En: Schramm E, ed. *La psicoterapia interpersonal de la depresión*. Barcelona: Paidós, 1998.