

# QUÉ ES Y DONDE ESTÁ LA TERAPIA INTERPERSONAL

Josep Solé Puig

Departamento de Psiquiatría, Universidad de Barcelona  
Subdirector de la Sección de Toxicomanías, Cruz Roja, Barcelona.

*An overview of the state of the art in interpersonal therapy (IPT) is given, probably the first in Spanish. IPT is a short-term psychotherapy designed to deal with the patients' psychosocial and interpersonal context. IPT is not psychoanalysis, nor behavior therapy, nor cognitive therapy. It can use some of their concepts to achieve the goals chosen. Since IPT is supposed to be standardized, efficient, and economical, is likely to gain increasing importance in Europe. IPT is easy to be learned by experienced therapists, regardless of their orientation. The use of IPT as well as the theoretical and empirical background are described. In addition, the training program in IPT and a comparison with other psychotherapies are given. Finally, efficacy studies and derivative forms of IPT are described.*

---

## INTRODUCCION

La TIP (siglas de Terapia Inter-Personal) es una psicoterapia breve centrada en los problemas psicosociales, interpersonales, del enfermo mental. No es psicoanálisis, ni conductismo, ni cognitivismo. Pero puede servirse de algunos de sus conceptos en la medida que contribuyan a acrecentar las habilidades interpersonales del enfermo y su dominio sobre el contexto psicosocial. Originalmente fue pensada para la depresión, pero se está aplicando también a otros trastornos.

En EE.UU. esta escuela terapéutica ha ido adquiriendo importancia, hasta el punto que la investigación evaluativa en psicoterapia se está centrando en la terapia cognitivo-conductual y en la TIP. Relativamente desconocida en Europa, empieza ya a hablarse de la TIP en ambientes clínico-universitarios, entre ellos los españoles. La TIP pretende ser una psicoterapia estandarizada, evaluable y económica, siendo fácilmente asimilable por un psiquiatra o un psicólogo clínico. En este trabajo describiremos la manera de llevarla a cabo, sus bases teóricas, y los estudios empíricos. Expondremos también el itinerario curricular, la delimitación frente a otras psicoterapias, la evaluación de su efectividad y las variantes de la TIP

recientemente aplicadas a otros problemas que la depresión: consumo de psicotropos, bulimia nerviosa, conflictos de pareja, trastorno bipolar, psicogeriatría; también se han creado dos modos de aplicación, el asesoramiento interpersonal a realizar por staff paramédico, y la TIP de mantenimiento. Tanto para la primera TIP sobre depresión, como para las versiones mencionadas, más recientes, existen los correspondientes manuales o libros de instrucciones, por supuesto en inglés.

Suele decirse que entre las psicoterapias no hay diferencias en cuanto a resultados. Esto pudo inferirse de revisiones de hace quince o veinte años (Luborsky et al, 1975; Smith et al, 1980). Con el reciente desarrollo de estudios sobre evaluación, parece que sí se observan diferencias. Así, el psicoanálisis resultaría demasiado largo y poco económico, mientras que la terapia conductista sería ventajosa sólo para un corto número de trastornos psiquiátricos. Parece que dos son las psicoterapias que atraen a la investigación actual: la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal (TIP). Luego veremos cómo el National Institute on Mental Health americano ha comparado la eficacia de ambas.

La terapia conductista inauguró la formalización de la psicoterapia. Su estricta ideología científico-natural la habría confinado a aplicaciones psiquiátricas que no son numerosas; la común sintomatología ansioso-depresiva parece no haber salido especialmente beneficiada. Precisamente, la terapia cognitivo-conductual debe gran parte de su éxito a que el cognitivismo ha abierto el rigor del laboratorio al campo de la clínica. También sabemos que, en la medida que Freud quizá fuera el primer cognitivista, la estandarización ha cundido entre psicoanalistas, cada vez más preocupados por las terapias breves.

En EE.UU, la TIP ha ido desarrollándose a lo largo de los últimos treinta años, con la eficiencia de la psicoterapia como meta. Para alcanzarla, la herramienta es una estandarización en:

- la aplicación, con un manual conciso;
- la formación, con un itinerario curricular concreto;
- la evaluación, según criterios operativos;
- la ideología subyacente, definible como multicultural.

Es tiempo de hacer una presentación en profundidad de la TIP, saber lo que es y a dónde ha llegado. La razón está en que es probable que la escuela interpersonalista vaya a tener un creciente protagonismo en la psicoterapia practicada en Europa.

## **EVALUAR PARA COMPARAR**

Para la ciencia, las comparaciones no son odiosas, sino vitales. La razón última de la evaluación de tratamientos es compararlos para indicar el que nos parezca mejor. Esto comenzaría a ser posible entre psicoterapias estandarizadas breves. Lo que cuestionarios, escalas e inventarios nos han permitido alcanzar en investigación diagnóstica y farmacoterapéutica, podría también lograrse en psicoterapia, a condición de que los tratamientos psicológicos a comparar gozaran de estandarización

apropiada.

La TIP pretende ser económica por eficaz en un tiempo dado, o sea eficiente. Viene a ser la psicoterapia de apoyo que hace un psiquiatra medio, sólo que previamente estructurada en sus contenidos y su ritmo de aplicación.

El estudio de referencia donde no sólo se comparan fármacos, sino también psicoterapias, es el Treatment of Depression Collaborative Research Program del National Institute of Mental Health estadounidense (Sotsky et al, 1991). Esta investigación se hizo con más de 200 pacientes depresivos; los tratamientos a comparar se administraron durante 4 meses. El nivel de los terapeutas fue alto y homogéneo, puesto que para entrar en el programa pasaron por un exigente periodo de adiestramiento.

Más que las conclusiones definitivas del estudio, todavía bajo discusión, lo que nos interesa destacar es que se compararon placebo, imipramina, terapia cognitivo-conductual y TIP. La comparabilidad entre psicoterapias, por tanto, es metodológicamente posible. Además, la escuela interpersonalista parece haber logrado coprotagonizar el interés de la investigación evaluativa en psicoterapia.

Como era de esperar, la TIP se mostró superior si había mayor disfunción psicosocial, la terapia cognitivo-conductual si la disfunción cognitiva era lo relevante, y la imipramina si predominaba la incapacidad laboral. La gravedad de la depresión predecía superior respuesta a imipramina y a TIP. Esta última conclusión ha supuesto un importante reconocimiento para la escuela interpersonalista en EE.UU., y probablemente explica que se haya despertado el reciente interés europeo por la TIP.

## **DEFINICION**

La TIP es una psicoterapia breve basada en que la depresión y demás trastornos psiquiátricos son en menor o mayor medida determinados por el contexto psicosocial, interpersonal. Que este contexto reciba atención adecuada resulta importante para la remisión del trastorno y la prevención de recaídas.

Cuando hablamos de lo psicosocial nos referimos a los diferentes roles desempeñados por un paciente. El rol -de padre o hijo, de cónyuge o abuelo, de trabajador o desempleado, de agresor o de víctima, etc.- como lugar de encuentro entre nuestra manera de ser y lo que vamos representando para los demás, genera variados problemas a examinar en psicoterapia. Y cuando se habla de lo interpersonal es obvio que nos referimos al ancho campo de las relaciones humanas, todo menos que sencillas.

Nuestros roles y nuestras relaciones se ven alterados con sobrecargas emocionales o laborales, conflictos, y pérdidas. La alteración por sobrecarga tiende a minar nuestras fuerzas, los conflictos tienden a angustiarnos, y las pérdidas a deprimirnos. Típicamente, las pérdidas a tratar en psicoterapia son lo que podemos llamar las tres "d": duelo, divorcio, desempleo.

Éstas son las generalidades de la TIP, según nuestra lectura de su libro de cabecera (Klerman et al, 1984). Quien quiera saber más, lo primero que tiene que hacer es leer este manual. Los creadores de la TIP reiteran que la aparición del trastorno modifica el contexto psicosocial e interpersonal del paciente. La compasión o el rechazo por él recibidos añaden distintos sentimientos, como desamparo, irritabilidad, impaciencia, etc., que complican la sintomatología de partida.

Vemos, pues, porqué sus creadores denominaron interpersonal a esta psicoterapia. Por supuesto que toda psicoterapia es interpersonal, pero es en la TIP donde lo interpersonal se erige en el eje principal de la terapia.

## FUNDAMENTO TEORICO

El trasfondo teórico de donde surge la TIP es la escuela interpersonal americana. A finales de los años 30, los psiquiatras estadounidenses empezaron a pensar que tanto la etiología como la terapéutica estaban determinadas primordialmente por lo psicosocial, lo interpersonal. El iniciador de esta visión fue Adolph Meyer. Según su psicobiología (Meyer, 1957), la enfermedad mental es un intento de adaptarse al ambiente. Este autor es sin duda el primero en enfatizar lo interpersonal e inaugura la escuela americana, con Frieda Fromm-Reichmann, Mabel Blake Cohen, Karen Horney y Erich Fromm, como sus grandes exponentes. No obstante, en todos ellos Freud se halla tan presente que deja en segundo plano lo psicosocial.

Otra cosa es Harry Stack Sullivan, el máximo representante de la escuela interpersonal. Leerlo (Sullivan, 1953) constituye una muy agradable sorpresa, pues defiende sin ambages el paradigma interpersonal quedándose siempre en la psiquiatría. Recomendando sus páginas sobre esquizofrenia, que aguantan perfectamente cincuenta años después. Así como la lista de autores antes citada suele incluirse dentro del culturalismo americano, Harry Stack Sullivan nunca deja de ser un psiquiatra que se hace preguntas y que ve las respuestas en lo psicosocial.

Por último, el inglés John Bowlby, conocido teórico del apego (Bowlby, 1969) y el vínculo social (social bonding), demostró que pérdidas tempranas tienden a desencadenar ulteriores depresiones (Holmes, 1993). Al igual que los culturalistas americanos arriba citados, Bowlby también trata lo interpersonal según categorías freudianas, y de hecho este autor suele incluirse en la escuela psicodinámica. De ésta diremos, con el psicoanalista Gabbard (1990), que es deplorable que en psicoanálisis se diga *relaciones objetales* al hablar de relaciones interpersonales. De haberse preferido lo último, probablemente la TIP hubiera surgido de los innovadores psicoanalistas británicos y quizá el psicoanálisis estadounidense no habría ignorado, como hasta hace relativamente poco tiempo (Sutherland, 1980), el campo de lo objetal/interpersonal.

## FUNDAMENTO EMPIRICO

Los estudios empíricos sobre los que descansa la TIP provienen de cinco líneas de investigación: la de los acontecimientos vitales, la del soporte social, la epidemiológica, la evolutiva infanto-juvenil, y la experimentación animal.

Los estudios sobre acontecimientos vitales o *life events* (Illfeld et al, 1977; Katschnig, 1986; Paykel et al, 1969; Paykel, 1978; Paykel y Cooper, 1991; Pearlin y Lieberman, 1979; Surtees et al, 1986) ponen el acento en la sobrecarga que representan hechos tales como los conflictos de pareja y las pérdidas. El grupo de Paykel sostiene que en los 6 meses anteriores a un episodio depresivo son las disputas de pareja la fuente de sobrecarga más frecuente, y que la aparición de un acontecimiento estresor multiplica por 6 la probabilidad de un episodio depresivo.

Los estudios sobre soporte social (Brown et al, 1977; Brown y Harris, 1978; Brown et al, 1986; Henderson, 1974; Henderson et al, 1980; Monroe et al, 1986) indican que el déficit en relaciones sociales es factor de riesgo para trastornos afectivos, en especial depresión. Y al contrario, el estudio longitudinal de Henderson (1980) demuestra que una red social satisfactoria es el mejor amortiguador de las vicisitudes propias de la vida. Brown y Harris (1978) establecieron que la diferencia entre depresivos y sanos es que los primeros muestran secuelas sociales a largo plazo a partir de estresores por pérdida o conflicto, y no así los segundos. Fue el grupo de Brown (1986) quien difundió el hallazgo según el cual los 5 factores de riesgo para la depresión son la ausencia de una relación interpersonal significativa, la pérdida temprana de la madre, tener 3 o más hijos de menos de 14 años, estar sin trabajo, y pertenecer al estrato social inferior.

Los estudios epidemiológicos (Illfeld, 1977; Weissman et al, 1987) correlacionan estresores sociales y episodios depresivos. Las disputas de pareja parecen ser la circunstancia más frecuente correlacionada con la depresión (Weissman et al, 1987).

Los estudios sobre desarrollo infanto-juvenil (Orvaschel et al, 1980; Weissman et al, 1984), así como los centrados en experimentación animal (Coe et al, 1985; Suomi, 1991) corroboran la importancia que en la evolución ontogénica y filogénica tienen las relaciones interindividuales.

### Práctica de la terapia interpersonal

Para la TIP, la depresión muestra tres componentes: los síntomas, las relaciones sociales e interpersonales del paciente, y su personalidad. Es misión de la TIP aliviar los síntomas del paciente y ayudarlo a desarrollar estrategias para afrontar sus dificultades sociales e interpersonales. La personalidad queda fuera de los objetivos de la TIP.

La TIP es de base médica. Puede acompañarse o no de antidepresivos y otros psicofármacos. La TIP original (Klerman et al, 1984) es psicoterapia breve, con 1 sesión por semana a lo largo de 3 a 6 meses. La sesión dura 1 hora académica (unos

50 minutos). Como psicoterapia breve, la TIP sólo pretende tratar el aquí y ahora del trastorno. No pretende profundizar al modo psicodinámico ni modificar la personalidad, aunque no ignora la importancia clínica de esta última. Más allá de la depresión, las nuevas aplicaciones de la TIP han supuesto cambios tanto en los contenidos como en la duración, que tiende a prolongarse.

La TIP se desarrolla según tres fases: la inicial, de la 1ª a la 3ª sesión; la intermedia, de la 4ª a la 13ª sesión; y la final, de la 14ª a la 16ª sesión. Por supuesto, el número de sesiones por fase es aproximado, y la TIP preconiza flexibilidad como norma general a seguir por el terapeuta. De todos modos, el manual de instrucciones indica al terapeuta cómo actuar en cada fase. Aquí lo glosamos brevemente.

La *fase inicial* consiste en aliviar los síntomas, dar ánimo al paciente y explicarle qué es su trastorno y cómo va a ser curado. Hay, pues, farmacoterapia sintomática si así se indica, y contenidos psicoeducativos acerca del diagnóstico, pronóstico y terapéutica.

Para la TIP, lo importante de la fase inicial es identificar, entre 4 áreas problemáticas, la que tenga mayor importancia actual. Paciente y terapeuta toman el acuerdo de priorizar dicha área a lo largo de la psicoterapia. La TIP contempla estas 4 áreas problemáticas: duelo, disputas interpersonales de rol, transiciones de rol, y déficits interpersonales.

Área problemática	Definición	Metas, Estrategias
Duelo	Reacción anormal por gran intensidad o duración (>1 año)	Sustituir la pérdida con nuevos intereses y otras relaciones
Disputas (de rol) interpersonales	Paciente y allegado no esperan lo mismo de la relación interpersonal	Desmenuzarla Ver opciones Comunicar bien Expectativas realistas
Transiciones de rol	Paciente incapaz de afrontar cambios de rol biográficos, que siente como amenazas para su autoestima, su identidad, o ambas	Ver el o los roles de forma menos negativa, estrecha  Dominar sucesivos aspectos del nuevo rol
Déficits interpersonales	Historia de relaciones interpersonales inadecuadas o insostenibles	Reducir aislamiento social focalizando anteriores relaciones y actual relación con el terapeuta Animar hacia nuevas relaciones

La *fase intermedia* focaliza el área elegida. Se barajan estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, así como opciones alternativas de comportamiento. El alivio sintomático previamente conseguido posibilita el proceso. Así como la fase inicial comporta asignar el rol de enfermo, la fase intermedia tiende a

retirárselo lentamente, para activar y responsabilizar al paciente.

La *fase final* prepara al paciente para causar alta del tratamiento, que comporta cierto pesar si hay dependencia terapéutica. Se resume lo que ha sido todo el proceso, en aras de una visión de conjunto que permita vislumbrar también perspectivas de futuro para el paciente. En esta fase, el terapeuta indica o no la continuación de la TIP. Últimos desarrollos en este sentido no descartan psicoterapia de mantenimiento indefinido.

<b>Técnicas interpersonales</b>	<b>Definición</b>
Exploración	Recogida de información sobre síntomas y problemas, que puede ser directiva o no.
Aliento afectivo	Que el paciente reconozca y acepte afectos dolorosos. Que use y maneje los afectos de forma positiva. Alentar la expresión de afectos suprimidos.
Clarificación	Que el paciente se dé cuenta del hecho comunicacional y que lo reestructure.
Análisis comunicacional	Identificar pautas de comunicación no adaptativas. Que el paciente comunique con mayor efectividad.
Usar la relación terapéutica	Para examinar sentimientos y comportamientos del paciente en la relación terapéutica como un modelo de otras interacciones del paciente.
Fomentar cambios de conducta	Para que el paciente resuelva problemas de la vida simples. Que el paciente vea opciones para resolver problemas. Mediante role-playing, ver y comprender cómo se relaciona el paciente para adiestrarlo en nuevas interacciones.

La TIP enfatiza que lo importante son las estrategias y los objetivos, no las técnicas. El manual disponible es orientativo, da directrices concretas, proporciona suficiente estandarización, y permite que un psicoterapeuta experto en otras escuelas pueda dominar la TIP en poco tiempo.

## **FORMACION EN TERAPIA INTERPERSONAL**

Los creadores de la TIP también han estandarizado el programa formativo para psicoterapeutas que desean aprender este procedimiento. Los objetivos del programa son:

- entender la TIP para poder emplearla,
- diferenciarla del resto de psicoterapias,
- aplicarla a la depresión y otros trastornos.

El programa formativo incluye (Rounsaville et al, 1986):

- la lectura del manual (Klerman et al, 1984),
- un mínimo de 40 horas de seminario teórico,
- supervisión intensiva de casos.

Un estudio longitudinal (Rounsaville et al, 1984) demuestra que este tipo de diseño curricular convierte a psicoterapeutas con experiencia previa en óptimos profesionales de la TIP.

Las 40 horas de seminario teórico pueden impartirse de forma intensiva, en unos 5 días (Rounsaville et al, 1986). El grupo de Pittsburgh (Frank, 1991) preconiza repartirlas a lo largo de unas 20 semanas, con lo que se imbrican teoría y práctica. Los contenidos del seminario didáctico incluyen visionar vídeos y discutir técnicas psicoterapéuticas. La supervisión, asistida por vídeo/audio, se centra en un mínimo de 2 casos.

## **LA TIP FRENTE AL PSICOANÁLISIS Y LA TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL**

Es evidente que la TIP tiene mucho en común con otras psicoterapias. De hecho, quizá sea el mejor ejemplo de sincretismo terapéutico en la psiquiatría actual. La mayoría de psicoterapias tiende a que los pacientes desarrollen estrategias de afrontamiento y resolución de problemas, competencias y habilidades sociales, y el fortalecimiento de la autoestima. Esto también lo comparte la TIP. Veamos las diferencias.

Una primera diferencia entre escuelas psicoterapéuticas la constituye el que se focalice la edad infanto-juvenil, o el pasado próximo, o el presente. La TIP enfatiza la actualidad del paciente. Episodios depresivos o de otra índole que pertenecen al pasado, así como pautas de comportamiento atribuibles a precoces interrelaciones intrafamiliares y demás vivencias tempranas, también son examinados. Pero sólo para entender mejor el estilo interactivo de cada paciente, y sin que el espacio terapéutico concedido al pasado supere al espacio concedido a lo actual. En principio, la TIP prima el presente, ve menos importante el pasado próximo, y considera secundario el pasado remoto.

Otra diferencia estriba en la duración de la psicoterapia. La TIP original sólo concedía medio año. Aplicaciones actuales hablan de periodos mayores, pero siempre con plazos explícitamente delimitados a priori (Frank, 1991; Klerman et al, 1974). La razón es que no se ha probado que las psicoterapias prolongadas y abiertas sean más eficientes que las breves. Siendo más caras las prolongadas, deberían ser bastante más eficaces que las breves para poder ser consideradas más eficientes, con mayor rendimiento. Como esto no sucede, se entiende que la interminabilidad - *Unendlichkeit* de Sigmund Freud- del psicoanálisis sea hoy motivo de crítica. Además de razones de eficiencia, los argumentos clínicos para preferir terapias breves son el menor riesgo de generar dependencia del tratamiento o de reforzar

conductas de evitación. De todas maneras, luego veremos que la TIP de mantenimiento supone una novedad importante, pues nos reconcilia con los plazos de la terapia psicodinámica, siempre abiertos y con tendencia a prolongarse.

La TIP, en fin, omite los contenidos intrapsíquicos en el sentido del psicoanálisis: no es una *Tiefenpsychologie*, una psicología profunda. Aspectos axiales como transferencia, proyección, y negación son por supuesto tenidos en cuenta, sobre todo a la hora de supervisar la terapia. Pero en principio no quedan tematizados en la sesión.

La TIP tampoco es terapia cognitivo-conductual, pues su meta no es afrontar esquemas negativos de pensamiento, distorsiones cognitivas, o falsas atribuciones. Por supuesto, trabaja con las cogniciones del paciente, pero de forma no estructurada, sin protocolos detallados ni tareas y autorregistros a realizar en casa. Técnicas conductistas como desensibilización sistemática, terapia de exposición, etc., no se incluyen.

## EFICACIA DE LA TERAPIA INTERPERSONAL

En los últimos 20 años, la TIP ha sido sometida a importantes estudios de evaluación, en especial por sus creadores Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron. La terapia breve original ha sufrido modificaciones en la medida que a partir de la depresión la TIP ha pasado a indicarse en otras patologías. Esto ha llevado a cambios en la duración del tratamiento y en las características de cada población diana.

En diferentes estudios, la TIP ha sido evaluada como tratamiento único, en comparación con farmacoterapia, o ambas en combinación (Weissman, 1987). Todos los estudios se han llevado a cabo con pacientes ambulatorios.

### *Estudios de evaluación de eficacia*

Diseño	Diagnóstico nº pacientes	Duración	Autores
TIP+amitriptilina/ amitriptil */ TIP/psicoter. inespec.	depresión mayor n=96	16 semanas	Weissman et al, 1979
TIP/ nortriptil * /placebo	depresión mayor o distimia edad > 60 n=30	6 semanas	Sloane et al, 1985
TIP/ter. cog. /imipramina * /placebo	depresión mayor n=239	16 semanas	Elkin et al, 1989

\* se administró el medicamento junto con entrevista con el médico

## **Terapia interpersonal como tratamiento agudo**

De 1979 data el estudio de Weissman et al. 96 depresivos fueron tratados durante 16 semanas mediante TIP y amitriptilina, por separado y combinadamente, y psicoterapia inespecífica a demanda del paciente. El 85% de la muestra fueron mujeres. La TIP se aplicó según los cánones originales, con frecuencia semanal y por psiquiatras formados; entonces se disponía ya de manual. Al contrario de estudios anteriores (Klerman et al, 1974), el de 1979 pudo beneficiarse de los Research Diagnostic Criteria. Se logró así un rigor diagnóstico sin precedentes y también la comparabilidad con toda la investigación post-DSM-III, desde 1980 en adelante.

Este estudio no terminó a los 4 meses. Para evaluar efectos más tardíos, los pacientes fueron explorados de nuevo al cabo de 1 año. Los resultados demostraron ser superiores en los tres grupos con tratamiento activo que en el grupo control. Como criterio principal se tomó la tasa de recaídas, medida con la Raskin Depression Scale (Raskin et al, 1969). Entre TIP y amitriptilina no surgió ninguna diferencia estadísticamente significativa. La menor tasa de recaídas correspondió al grupo que combinó ambos tratamientos. En este grupo, los fracasos terapéuticos por no respuesta o recurrencia tardaban más en aparecer. La endogeneidad, en términos de los Research Diagnostic Criteria, se vio que predecía peor resultado con TIP. Al cabo de 1 año, los dos grupos que habían recibido TIP demostraron mayor habilidad social que el grupo con sólo medicamento y el grupo control.

Otro diseño comparativo (Elkin et al, 1989) asignó aleatoriamente 239 pacientes depresivos a 4 grupos: uno con TIP, otro con terapia cognitivo-conductual, otro con imipramina y charla con el médico, y otro con placebo y charla con el médico. El nivel de los psicoterapeutas fue alto. Los resultados sobre síntomas, habilidades sociales y habilidades cognitivas se midieron con una batería de instrumentos apropiada. Fueron mejores en los tres grupos con tratamiento activo.

Al término de 16 semanas, más de 2/3 de los 162 pacientes que completaron el ensayo quedaron libres de síntomas. Se vio que el grupo con medicamento mejoraba antes que los demás, con tendencia a igualar resultados los tres grupos con tratamiento activo a partir de la semana 12. Si el grupo con placebo mostró la mayor tasa de abandonos, el grupo con TIP mostró la menor. Y si las depresiones leves mejoraron de forma parecida en los cuatro grupos, las depresiones graves lo hicieron de distinta manera. La TIP no sólo logró los resultados de la imipramina, sino que además demostró que funcionaba en presencia de criterios de endogeneidad. Esto contradice lo antes señalado (Weissman et al, 1979). La explicación está en la superior preparación de los terapeutas. Chevron et al (1983) han demostrado que experiencia psicoterapéutica y buenos resultados correlacionan.

El seguimiento durante 18 meses no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los cuatro grupos en cuanto a tasa de recaídas (Shea et al, 1992): 33% para el grupo con TIP, 36% para el grupo con terapia cognitivo-conductual,

50% para el grupo con imipramina, y 33% para el grupo con placebo. Pero el hallazgo central de dicho seguimiento ha sido demostrar de forma irrefutable que 16 semanas es un periodo de tiempo demasiado breve para que la mayoría de enfermos depresivos obtenga una remisión duradera, cualquiera que sea el tratamiento.

El mencionado estudio (véase también Sotsky et al, 1991) es importante: es el programa de investigación en tratamiento de la depresión, del americano National Institute of Mental Health, que hemos descrito al principio. Han participado varios centros estadounidenses de prestigio en los últimos años. Los psicoterapeutas interpersonalistas y cognitivistas que han intervenido han sido excelentes. Para algunos, quizá demasiado, puesto que ello alejaría este estudio de los estándares de la psicoterapia real.

*Estudios de evaluación de eficacia*

Diseño	Diagnóstico nº pacientes	Duración	Autores
TIP /TIP+ami/ TIP + placebo / * / ami + * /placebo + *	depresión remitida n=150	32 semanas	Klerman et al, 1974
TIP/ TIP + placebo/ TIP+ imipramina / * + imipram/ * + placebo	depresión recurrente n=128	3 años	Frank et al, 1990
TIP + nortriptilina / TIP+placebo * + nortrip/ * + placebo	depresión recurrente edad > 60 n=120	3 años	Reynolds et al, 1992

\* está por visitas y entrevistas con el médico

**Terapia interpersonal a largo plazo**

El primer seguimiento que hicieron Klerman y colaboradores (1974) debe incluirse en este apartado. Comenzó en 1967, sin disponerse del manual *ad hoc* ni de diagnósticos operativos, pero sí de antidepressivos tricíclicos. Se partió de 150 mujeres depresivas, que fueron asignadas aleatoriamente a diferentes grupos: sólo TIP, TIP y amitriptilina, TIP y placebo, visitas médicas con sólo entrevista, visitas médicas y amitriptilina, visitas médicas y placebo. Cada paciente fue tratada durante 8 meses. La mejoría en los aspectos interpersonales resultó ser un efecto tardío, a los 6-8 meses.

Hace 30 años se creía que la psicoterapia era inútil e incluso contraproducente en depresiones. Éste fue una de los estudios que hizo cambiar de opinión, pues la combinación de TIP y antidepressivo demostró ser lo más eficaz. Poco importa que

el rigor metodológico de entonces no llegue al de ahora. Lo importante es que un diseño experimental de los años 60 permitía comparar entre sí no sólo un fármaco activo y placebo, sino también una psicoterapia estandarizable como la TIP, y la usual psicoterapia de apoyo.

### ***Terapia interpersonal de mantenimiento (TIP-M)***

La TIP no sólo proviene de Nueva York y Boston, por Gerald Klerman (recientemente fallecido) y Myrna Weissman, o de New Haven, por Bruce Rounsaville, sino también de Pittsburgh. Eugene Frank y colaboradores, con sus recientes aportaciones, han contribuido a que la TIP haya superado, por decirlo así, la masa crítica y se esté difundiendo con rapidez en ambientes psiquiátricos. En un manual en prensa y en trabajos que luego se citan, Frank ha elaborado la terapia interpersonal de mantenimiento, TIP-M. Vale la pena describirla.

La TIP-M va dirigida a pacientes que han logrado la remisión. El mantenimiento no se concibe indefinido, sino que a priori se limita a 3 años, siempre que mientras tanto no tenga lugar un nuevo episodio. El objetivo, evidentemente, es mantener la remisión. Para la TIP-M sigue rigiendo el énfasis en el aquí-y-ahora y el método basado en las 4 áreas problemáticas antes expuestas. Pero además, la TIP-M admite otras áreas a tematizar, y al mismo tiempo permite que el foco de atención terapéutica vaya cambiando de una a otra área. Da, por tanto, mayor margen a la evolución espontánea de la relación terapeuta-paciente. No por ello debería pensarse que la TIP original sea muy directiva.

La TIP-M también varía en cuanto a la frecuencia de las sesiones, en el sentido de dilatar los intervalos. Así, preconiza 1 sesión cada 15 días al comienzo del mantenimiento, y más tarde 1 sesión cada mes. Sin tener la ambición de cambiar la personalidad de los pacientes, es obvio que relaciones terapéuticas prolongadas tienden a tener algún efecto sobre pautas de comportamiento, autocomprensión, y concepción del mundo. Así como la TIP original evita este campo, la TIP-M no lo desdeña, pues ya no se trata de tratamiento agudo, sino de reducir la vulnerabilidad ante futuras recaídas.

El fundamento empírico de la TIP-M descansa en un estudio de gran estilo (Frank et al, 1990), con 5 grupos: TIP sola, TIP y placebo, TIP e imipramina, imipramina y charla con el médico, placebo y charla con el médico. 128 pacientes con depresión recurrente entraron en el diseño siendo tratados con imipramina y TIP en pleno episodio depresivo. Durante 12 semanas hubo 1 sesión por semana, las 8 semanas siguientes 1 sesión cada 15 días, y luego 1 sesión cada mes hasta completar 20 semanas de remisión. Sólo entonces fueron randomizados a uno de los 5 grupos antedichos.

La verdad es que los grupos con mejor resultado -con mayores intervalos entre episodios- fueron el de TIP e imipramina y el de charlas con el médico e imipramina. Se explica por el efecto pantalla atribuible a las altas dosis de antidepressivo

prescritas en este ensayo. De todos modos, los grupos con solo TIP y con TIP y placebo fueron significativamente más eficaces que el grupo con placebo. El hallazgo más importante de este diseño experimental es que el intervalo libre de recurrencia posterior a la medicación correlaciona de forma positiva y estadísticamente significativa con el mantenimiento de la TIP.

### ***Terapia interpersonal de mantenimiento en vida tardía***

La sigla inglesa es IPT-LL, por *Interpersonal Therapy-Late Life*; vida tardía o *late life* equivale a vejez. El mantenimiento de la remisión en ancianos depresivos es una oportuna aplicación de la TIP-M, por razones demográficas obvias (Frank et al, 1991). Vale todo lo dicho para el mantenimiento en general, con especial énfasis en las condiciones de vida propias de la vejez. Así, los ancianos sufren aislamiento social, achaques en progresivo aumento, mayor riesgo de pérdida de seres queridos de su misma generación, etc. Esto se prioriza en terapia.

El grupo de Frank (Reynolds et al, 1992) ha aplicado el diseño experimental en grupos a 120 ancianos con depresión recurrente. Reclutados en pleno episodio y tratados con TIP y nortriptilina, tras la remisión fueron asignados al azar a 4 grupos: TIP y nortriptilina, TIP y placebo, entrevistas con el médico y nortriptilina, entrevistas con el médico y placebo. Casi el 80% de pacientes tratados con TIP y nortriptilina alcanzaron remisión completa. No se observaron diferencias entre los que habían iniciado la depresión recurrente en edades más jóvenes y los que la habían iniciado tardíamente. Los que a doble ciego fueron randomizados a grupos sin medicamento recayeron 1 sobre 4. Y ninguno de los randomizados a grupos con medicamento sufrieron recaída.

Se concluye que la combinación de TIP y antidepresivo es eficaz en ancianos, tanto para tratar el episodio como para mantener la remisión. La tasa de abandonos es relativamente baja. Como retirar el antidepresivo a un anciano significa un 25% de probabilidad de recaída, en depresiones recurrentes este grupo de edad debería tomar una dosis de mantenimiento de por vida. La TIP-LL equivale a la monitorización clínica del anciano en estos casos.

## **VERSIONES DE LA TERAPIA INTERPERSONAL**

La capacidad de adaptación que parece mostrar la TIP probablemente obedece al importante papel que tiene la depresión en múltiples trastornos. Los estresores de la vida pueden deprimirnos, y ello justifica la existencia de asesoramiento interpersonal (AIP). Los conflictos de pareja pueden causar depresiones graves, habiéndose creado la terapia interpersonal marital conjunta (TIP-MC). Obviamente, debe existir una adaptación al trastorno bipolar, la TIP-TB. Otro campo de reconocido impacto social es el de las drogodependencias, tan recidivantes y tan predisponentes a la depresión: también existe la TIP para heroinómanos y cocaínómanos, aunque con parco resultado. De momento, la lista termina en la bulimia

*Estudios de evaluación de eficacia*

Diseño	Diagnóstico nº pacientes	Duración	Autores
adictos a opiáceos TIP/charlas	mantenidos con metadona n=72	24 semanas	Rounsaville et al, 1983
estrés agudo AIP/charlas	n=64	6 semanas	Klerman et al, 1987
conflictiva marital TIP-MC/TIP	depresión y pareja n=18	16 semanas	Foley et al, 1990
bulimia nerviosa TIP/TCC/TC	n=75	18 semanas	Fairburn et al, 1991

AIP, Aconsejamiento Interpersonal; TIP-MC, Terapia Interpersonal Marital Conjunta; TCC, Terapia Cognitivo-Conductual; TC, Terapia Cognitiva

nerviosa, disponiéndose de la correspondiente adaptación, la TIP-BN.

Por supuesto, las versiones de la TIP enumeradas no sólo focalizan lo depresivo de cada trastorno, sino sobre todo lo característico del mismo. Esta psicoterapia, originalmente pensada para la depresión, parece demostrarse versátil. Centrarse en lo interpersonal quizá es lo que le ha proporcionado flexibilidad adaptativa. La fuerza de la TIP estaría en que viene a ser la forma perfeccionada de la psicoterapia de apoyo que los médicos, psiquiatras incluidos, hacemos normalmente. La estandarización y los estudios evaluativos parecen conferir cientificidad al soporte conversacional-sugestivo propio de todo acto médico, algo más desarrollado con el psiquiatra. Un ejemplo reciente de aplicación en medicina lo constituye el manual de TIP para infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana que Markowitz y Klerman tienen en prensa.

### ***Aconsejamiento interpersonal (AIP)***

Se sabe que en atención primaria de salud predomina la ansiedad y la depresión más o menos relacionadas con estresores. De ahí que pronto surgió interés en estandarizar intervenciones psicosociales a muy corto plazo para la asistencia primaria. El Interpersonal Counseling (Klerman et al, 1987) incluye 6 sesiones de media hora, por parte de personal paramédico formado para ello. El aconsejamiento se centra en los estresores emocionales, familiares, laborales, etc., que comprometen los roles del paciente en dichas áreas.

El AIP (Klerman et al, 1987) parece demostrar facilidad de manejo y eficacia. Sería más efectivo que las usuales entrevistas de apoyo, sobre todo por lograr mayor reducción de síntomas en el área emocional.

### ***Terapia interpersonal marital conjunta (TIP-MC)***

La *Interpersonal Therapy-Conjoint Marital* (IPT-CM) se basa en que sólo una de las 4 áreas problemáticas, la de disputas de rol interpersonales, ha de focalizarse (Weissman y Klerman, 1988), obviamente referida a la pareja. El objetivo es eliminar los obstáculos a la comunicación intrapareja.

En un estudio piloto (Foley et al, 1990), la TIP-MC parecía demostrar que mejoraba la mutua capacidad de adaptación, el funcionamiento de la pareja, y la capacidad de expresar los propios sentimientos.

### **Terapia interpersonal para bulimia nerviosa**

Además de la sintomatología depresiva que la enferma pueda tener, es centro de atención el contexto interpersonal generado alrededor del trastorno alimentario. El componente psicoeducativo propio de la fase inicial de la TIP se omite en bulimia nerviosa, pues las pacientes no necesitan, como sí es el caso de la depresión, reforzarse en su rol de enfermas.

En un reciente estudio comparativo (Fairburn et al, 1991) se evaluaron 75 bulímicas, que en tres grupos recibieron TIP, terapia cognitivo-conductual, o terapia conductual. Se demostró eficacia similar en la psicopatología general y la frecuencia e intensidad de los atracones (binges). No obstante, la terapia cognitivo-conductual parece haber sido superior en cuanto a vómitos autoinducidos, medidas dietéticas extremas, y actitudes ante la silueta y el peso. Hay en curso importantes estudios sobre bulimia nerviosa que comparan TIP y demás psicoterapias.

### **Terapia interpersonal para trastorno bipolar (TIP-TB)**

El grupo del Frank en la Clínica Universitaria de Pittsburgh está evaluando la eficacia de la TIP en trastorno bipolar. El estudio es prometedor, pues es de gran magnitud y viene avalado por un manual de TIP-TB de uso interno, en 1991. No se hará esperar la publicación conjunta del manual definitivo y dicha fundamentación empírica.

### **Terapia interpersonal para drogodependientes**

La aplicación de la TIP a drogodependencias se ha centrado en heroínomanos y cocainómanos. El diseño con la misión de evaluar la TIP en dependencia opiácea (Rounsaville et al, 1983) partió de 72 sujetos receptores de metadona que celebraban 1 sesión semanal de terapia de grupo. La comparación entre TIP y las visitas usuales con los terapeutas arrojó resultados similares.

La eficacia terapéutica se evaluó en diferentes facetas, como la reducción de síntomas depresivos, psicopatología general, personalidad, habilidades sociales, y áreas problemáticas indicadas por el propio afectado. En general, la TIP y las entrevistas usuales lograron parecidos resultados.

La TIP tampoco ha supuesto grandes avances para el tratamiento de cocainó-

manos (Rounsaville y Kleber, 1985). Más que en la sintomatología depresiva, el énfasis se puso en la reducción del consumo de cocaína. 42 cocainodependientes fueron asignados a dos grupos, uno con terapia conductual para prevención de recaídas, y otro con TIP. La duración fue de 12 semanas. No se hallaron diferencias en cuanto a semanas de abstinencia. En los casos de dependencia grave, la probabilidad de abstinencia fue significativamente superior con prevención de recaídas.

### **Terapia interpersonal en España**

El hecho de que los trabajos sobre psicoterapia de Gerald Klerman, Myrna Weissman, Bruce Rounsaville y colaboradores sean frecuentemente citados por los principales autores de la psiquiatría actual (Akiskal, Bech, Angst, Paykel, etc.) ha significado un cierto reconocimiento de la TIP en España. Sin embargo, sólo una minoría de psiquiatras del país conoce bien esta escuela. En una reciente reunión académica de psiquiatras no noveles, cuando el Dr. Sánchez Planell (Badalona) habló de la TIP refiriéndose a la depresión y la bulimia nerviosa, muy pocos sabían de qué iba. Cuando Bruce Rounsaville ha sido invitado por el Dr. Miguel Casas (Barcelona) para hablar de drogodependencias, creo que nunca ha sido preguntado por la TIP.

He acometido esta revisión con el propósito de paliar este desconocimiento. A juzgar por la inicial difusión que la TIP está hallando en Europa, también en nuestro entorno hay posibilidades de implantación y desarrollo. En la medida que la TIP es psicoterapia de apoyo perfeccionada y estandarizada, son muchos los profesionales potencialmente interesados.

Es hora de crear la Sociedad Española de Terapia Interpersonal. Impulsaría el conocimiento de la TIP en nuestro país, fomentaría la formación e investigación en este campo, celebraría simposios y congresos, facilitaría el intercambio de experiencias, diseñaría programas curriculares, y velaría, en suma, por los intereses comunes a quienes hicieran uso profesional de la TIP.

A continuación damos la bibliografía exhaustiva, completamente al día. Destaca que no pocos manuales para TIP están en prensa. Lo primero que debería hacer la futura Sociedad Española de Terapia Interpersonal sería auspiciar su traducción, de forma homogénea y en relación a un contexto formativo global.

*La Terapia Interpersonal (TIP) es una psicoterapia breve centrada en los problemas psicosociales, interpersonales, del enfermo mental. No es psicoanálisis, ni conductismo, ni cognitivismo. Pero puede servirse de algunos de sus conceptos en la medida que contribuyan a acrecentar las habilidades interpersonales del enfermo y su dominio sobre el contexto psicosocial. La TIP pretende ser una psicoterapia estandarizada, evaluable y económica. Originalmente fue pensada para la depresión, pero ha hallado nuevas aplicaciones: geropsiquiatría, consumo de psicotropos, bulimia nerviosa, conflictos de pareja, y trastorno bipolar. También se han estandarizado las formas de aconsejamiento y de mantenimiento. Describimos la práctica de la TIP y sus bases teóricas y empíricas. Se expone el itinerario curricular, la delimitación frente a otras psicoterapias, la evaluación de su efectividad y las variantes de la TIP enumeradas.*

## Referencias bibliográficas

- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss*. Londres: Hogarth.
- BROWN G.W., HARRIS R., COPELAND J.R. (1977). Depression and loss. *British Journal of Psychiatry* 130, 1-18.
- BROWN G.W., HARRIS T. (1978). *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*. Londres: Tavistock.
- BROWN G.W., ANDREWS B., HARRIS T. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine* 16, 813-831.
- CHEVRON E.S., ROUNSAVILLE B.J., ROTHBLUM E.D., WEISSMAN M.M. (1988). Selecting psychotherapists to participate in psychotherapy outcome studies. *Journal of Nervous and Mental Disease* 171, 348-353.
- COE C.L., WIENER S.G., ROSENBERG L.T., LEVINE S. (1985). Endocrine and immune responses to separation and maternal loss in non human primates. En Reite M, Field T (eds.) *The psychology of attachment and separation*. Nueva York: Academic Press.
- GABBARD G.O. (1990). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington DC: American Psychiatric Press.
- ELKIN I., SHEA T., WATKINS J.T., IMBER S.S., SOTSKY S.M., COLLINS J.F., GLASS D.R., PILKONIS P.A., LEBER W.R., DOCHERTY J.P., FIESTER S.J., PARLOFF M.B. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program : general effectiveness of treatment. *Archives of General Psychiatry* 46, 971-982.
- FAIRBURN C.G., JONES R., PEVLER R.C., CARR S.J., SOLOMON R.A., O'CONNOR M.E., BURTON J., HOPE R.A. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry* 48, 463-469.
- FOLEY S.H., ROUNSAVILLE B.J., WEISSMAN M.M., SHOLOMSKAS D., CHEVRON E.S. (1990). Individual versus conjoint interpersonal psychotherapy for depressed patients with marital disputes. *International Journal of Family Psychiatry* 7, 10.
- FRANK E., KUPFER D., PEREL J., CORNES C., JARRET D., MALLINGER A., THASE M., MCEACHRAN A., GROCHOCINSKI V. (1994). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry* 47, 1093-1099.
- FRANK E., FRANKEL D., CARTER S., CORNES C., KUPFER D.J. *Manual for the adaptation of interpersonal psychotherapy to the treatment of bipolar disorders*. University of Pittsburgh, en prensa.
- FRANK E. (1991). Interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment for patients with recurrent depression. *Psychotherapy* 28, 259-266.
- FRANK E., FRANK N., CORNES C., IMBER S., MORRIS S., REYNOLDS C.F. *Interpersonal psychotherapy in the treatment of late-life depression*. University of Pittsburgh, en prensa.
- HENDERSON S. (1974). Care-eliciting behavior in man. *Journal of Mental and Nervous Diseases* 159, 172-181.

- HENDERSON S., BYRNE D.G., DUNCAN-JONES P., ADOCK S., SCOTT R., STEELE G.P. (1978). Social bonds in the epidemiology of neurosis. *British Journal of Psychiatry* 132, 463-466.
- HENDERSON S., BYRNE D.G., DUNCAN-JONES P., SCOTT R., ADOCK S. (1980). Social relationships, adversity and neurosis: a study of Associations in a general population sample. *British Journal of Psychiatry* 136, 574-583.
- HOEPER E.W., NYCZ G.R., CLEARY P.H., REGIER N.A., GOLDBERG I.D. (1979). Estimated prevalence of RDC mental disorder in primary medical care. *International Journal of Mental Health* 8, 6-15.
- HOLMES, J. (1993). Attachment theory: a biological basis for psychotherapy?. *British Journal of Psychiatry* 163, 430-437.
- ILLFELD F.W. (1977): Current social stressors and symptoms of depression. *American Journal of Psychiatry* 132, 463-466.
- KATSCHNIG H. (ed.) (1986). *Life stress and psychiatric disorders. Controversial issues*. Cambridge: Cambridge University Press.
- KLERMAN G.L., DIMASCIO A., WEISSMAN M.M., PRUSOFF B.A., PAYKEL E.S. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *American Journal of Psychiatry* 131, 186-191.
- KLERMAN G.L., WEISSMAN M.M., ROUNSAVILLE B.J., CHEVRONE E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. Nueva York: Basic Books.
- KLERMAN G.L., BUDMAN S., BERWICK D., WEISSMAN M.M., DAMICO-WHITE J., DEMBY A., FELDSTEIN M. (1987). Efficacy of a brief psychosocial intervention for symptoms of stress and distress among patients in primary care. *Medical Care* 8, 6-15.
- LUBORSKY L., SINGER B., LUBORSKY L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everyone has won and all must have prizes"?. *Archives of General Psychiatry* 32, 995-1008.
- MARKOWITZ J.C., KLERMAN G.L. *Interpersonal psychotherapy of depressed patients at risk for AIDS*, en prensa.
- MEYER A. (1957). *Psychobiology: a science of man.*, Springfield (Illinois): Thomas.
- MONROE S.M., BROMET E.J., CONNELL M.M., STEINER S.C. (1986). Social support, life events, and depressive symptoms: a 1-year prospective study. *Journal of Consultant and Clinical Psychology* 54, 424-431.
- ORVASCHEL H., WEISSMAN M.M., KIDD K.K. (1980). Children and depression: the children of depressed parents; depression in children. *Journal of Affective Disorders* 2, 1-16.
- PAYKEL E.S., MYERS J.K., DIENELT M.N., KLERMAN G.L., LINDENTHAL J.J., PEPPER M.P. (1969). Life events and depression: a controlled study. *Archives of General Psychiatry* 21, 753-760.
- PAYKEL E.S. (1978). Recent life events in the development of depressive disorders. En Defeu RA (ed.) *The psychobiology and depressive disorders: implications for the effect of stress*. Nueva York: Academic Press.
- PAYKEL E.S., COOPER Z. (1991). Life events and social stress. En Paykel ES (ed.) *Handbook of affective disorders*, 2ª ed. Edimburgo: Churchill & Livingstone.
- PEARLIN L.I., LIEBERMAN M.A. (1979). Social sources of emotional distress. En Simons R (ed.) *Research in community and mental health*. Greenwich (Connecticut): JAI.
- RASKIN A., SCHULTERBRANDT J., REATING N., MCKEON J.J. (1969). Replication of factors of psychopathology in interview, ward behavior and self-report ratings of hospitalized depressives. *Journal of Nervous and Mental Diseases* 148, 87-98.
- REYNOLDS C.F., FRANK E., PEREL J.M., IMBER S.D., CORNES C., MORYCZ R.K., MAZUMDAR S., MILLER M.D., POLLOCK B.G., RIFAI A.H., STACK J.A., GEORGE C.J., HOUCK P.R., KUPFER D.J. (1992). Combined pharmacotherapy and psychotherapy in the acute and continuation treatment of elderly patients with recurrent major depression: a preliminary report. *American Journal of Psychiatry* 149, 555-558.
- ROUNSAVILLE B.J., GLAZER W., WILBER C.H., WEISSMAN M.M., KLEBER H.D. (1983). Short-term interpersonal psychotherapy in methadone-maintained opiate addicts. *Archives of General Psychiatry* 40, 629-636.
- ROUNSAVILLE B.J., CHEVRON E.S., WEISSMAN M.M. (1984). Specification of techniques in interpersonal psychotherapy. En Williams JB, Spitzer RL (eds.) *Psychotherapy research*, Nueva York: Guilford.
- ROUNSAVILLE B.J., KLEBER H.D. (1985). Psychotherapy/counseling for opiate addicts: strategies for use in different treatment settings. *International Journal of Addiction* 20, 868-896.
- ROUNSAVILLE B.J., CHEVRON E.S., WEISSMAN M.M., PRUSOFF B.A., FRANK E. (1986). Training therapists to perform interpersonal psychotherapy in clinical trials. *Comprehensive Psychiatry* 27, 364-371.

- SHEA M.T., ELKIN I., IMBER S.D., SOTSKY S.M., WATKINS J.T., COLLINS J.F., PILKONIS P.A., BECKHAME., GLASS D.R., DOLAN R.T., PARLOFF M.B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry* 49, 782-787.
- SLOANE R.B., STAPLES F.R., SCHNEDIER L.S. (1985). Interpersonal therapy versus nortryptiline for depression in the elderly. En Burrows G.D., Norman T.R., Dennerstein L. (eds.) *Clinical and pharmacological studies in psychiatric disorders. Biographical psychiatry: new prospects*. Londres: Libbey.
- SMITH M.L., GLASS G.V., MILLER T.I. (1980). Meta-analysis of psychotherapy. *American Psychology* 41, 165-180.
- SOLÉ PUIG, J. (1989). *Terapia antidroga*. Barcelona: Salvat.
- SOTSKY S.M., GLASS D.R., SHEA M.T., PILKONIS P.A., COLLINS J.F., ELKIN I., WATKINS J.T., IMBER S.D., LEBER W.R., MOYER J., OLIVERI M.E. (1991). Patient predictors of response to psychotherapy and pharmacotherapy: findings in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry* 148, 997-1008.
- SULLIVAN H.S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. Nueva York: Norton.
- Suomi S.J. (1991). Primate separation models of affective disorders. En Madden J. (ed.) *Neurobiology of learning, emotion and affect*. Nueva York: Raven Press.
- SURTEES P.G., MILLER P.M., INGHAM J.G., KREITMAN N.B., RENNIE D., SASHIDHARAN S.P. (1986). Life events and the onset of affective disorder: a longitudinal general population study. *Journal of Affective Disorders* 10, 37-50.
- SUTHERLAND J.D. (1980). The British object relation theorists. *J American Psychoanalysis Association* 28, 829-860.
- WEISSMAN M.M., PRUSOFF B.A., DIMASCIO A., NEU C., GOHLANEY M., KLIERMAN G.L. (1979). The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *American Journal of Psychiatry* 136: 555-558.
- WEISSMAN M.M., LECKMAN J.F., MERIKANGASK.R., GAMMON G.D., PRUSOFF B.A. (1984). Depression and anxiety disorders in parents and children. *Archives of General Psychiatry* 42, 13-21.
- WEISSMAN M.M. (1987). Advances in psychiatric epidemiology: rates and risks for major depression. *American Journal of Public Health* 77, 445-451.
- WEISSMAN M.M., JARRET R.B., RUSH A.J. (1987). Psychotherapy and its relevance to the pharmacology of major depression: a decade later (1976-1985). En Meltzer HY (ed.) *Psychopharmacology: the third generation of progress*. Nueva York: Raven Press.
- WEISSMAN M.M., KLIERMAN G.L. *Manual for interpersonal counseling for stress and distress*, Columbia University / Cornell University, en prensa.