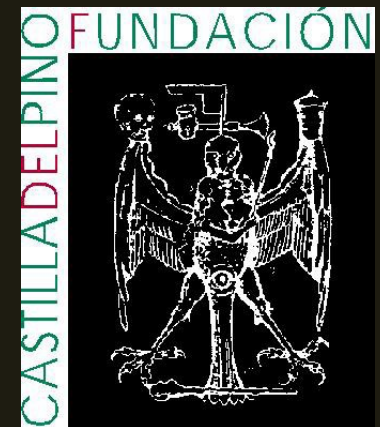


# TERAPIA INTERPERSONAL

María Diéguez Porres

VII CURSO EN ACTUALIZACIÓN EN  
PSIQUIATRÍA.  
SOBRE PSICOTERAPIAS

Fundación Castilla del Pino, Málaga junio 2014



# TERAPIA INTERPERSONAL

- Los autores intentaron no tanto diseñar una nueva psicoterapia, sino crear un abordaje de terapia psicológica estructurada que se pudiese comparar con las condiciones medicamentosas operativizadas y estandarizadas.

*“...nuestra intención no fue desarrollar una nueva psicoterapia en pacientes depresivos, sino describir lo que consideramos razonable y de práctica habitual...” (Klerman y Weissman)*

# TERAPIA INTERPERSONAL

“... un enfoque pluralista, no doctrinario y empírico, construido sobre la experiencia clínica y la evidencia experimental ...”

"AUNQUE MUCHOS DE SUS PRINCIPIOS DERIVAN DE LA ÓPTICA GENERAL DE LA PSIQUIATRÍA INTERPERSONAL, LA TIP DE LA DEPRESIÓN ES UN TRATAMIENTO PSICOLÓGICO DISEÑADO ESPECÍFICAMENTE PARA LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES DEPRIMIDOS."

# TERAPIA INTERPERSONAL

“Es una terapia *focal*, a *corto plazo* y de *duración limitada* que hace énfasis en las *relaciones interpersonales actuales* del paciente deprimido aunque reconoce el papel de los factores genéticos, bioquímicos, del desarrollo y la personalidad en la etiología y vulnerabilidad para la depresión”

**ANTECEDENTES**

# Psicoterapias BREVES de base DINÁMICA

- Malan
- Sifneos
- Mann
- Davanloo
- Luborsky, Crist Christoph (Meninger)
- Strupp, Binder (Vanderbilt)
- Horowitz

# Psicoterapias BREVES, específicas para DEPRESIÓN

## COGNITIVO-CONDUCTUAL

- Beck

## CONDUCTISTA

- Lewinsohn (psicoeducacional)
- Rehm (autocontrol)
- Bellak, Hersen (hhss)

# Psicoterapias INTERPERSONALES a LARGO PLAZO

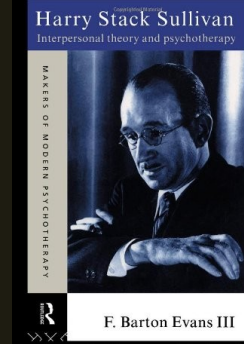
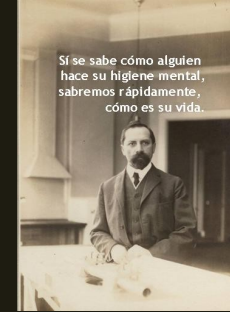
- A. Meyer
- Sullivan
- Fromm-Reichmann
- Arieti



# Puntos importantes para el desarrollo de la TIP

- Estudio Eysenck en los años 50
- Manualización de las psicoterapias en los años 80.  
En el campo de la depresión:
  - \* Centre of Cognitive Therapy,
  - \* Grupos de Klerman de TIP

# TEORÍA INTERPERSONAL



- **A. Meyer.**

- **Psicobiología.** Los trastornos psiquiátricos son una expresión del intento de la persona de adaptarse al entorno.

- **Harry S. Sullivan.**

- Popularizó el término “Interpersonal” en contraste con la visión intrapsíquica dominante en psicoanálisis de la época.
- Para Sullivan, **la necesidad de relaciones sociales** no es secundaria a otras necesidades esenciales, sino **la necesidad más importante y básica del individuo**
- *“La psicopatología es el estudio de las relaciones interpersonales”*. Un psiquiatra es fundamentalmente un *experto en relaciones interpersonales*”.
- Que una gran parte de los trastornos mentales son el resultado o son perpetuados por una **comunicación inadecuada**.
- Enfatiza que los actos humanos tienen sentido y deben ser entendidos desde su contexto interpersonal histórico o actual.

# TEORÍA INTERPERSONAL

- **La escuela psicoanalítica interpersonal**

**F. Fromm-Reichmann-** Esquizofrenia



**K. Horney-** Roles sociales artificiales mantenidos para conseguir aprobación y aceptación.

**E. Fromm-** relaciones interpersonales con el contexto socio-cultural. Patrones infantiles y destructivos que se mantiene por miedo a afrontar la vida en soledad e independientemente.



# BASE EMPÍRICA DE LA TIP (1)

## 1. RELACIONES IP Y ESTADO DE ÁNIMO NORMAL

- Bowlby. Teoría del apego
- Estudios de Lindeman, Clayton, Maddison, Walker, Weissmann sobre duelos

# BASE EMPÍRICA DE LA TIP (2)

## 2. RELACIONES IP COMO ANTECEDENTE DE LA DEPRESIÓN CLÍNICA: LA EXPERIENCIA INFANTIL

- Pérdidas de progenitores
- Calidad de la relación paterno/maternofilial
- Hijos de padres deprimidos
- Depresión en la infancia. Mayor frecuencia de conflicto familiar, rechazo parental y psicopatología en los padres.

# BASE EMPÍRICA DE LA TIP (3)

## 3. RELACIONES IP COMO ANTECEDENTE DE LA DEPRESIÓN CLÍNICA EN EL ADULTO

- **Estrés y acontecimientos vitales** (Holmes...)
- **Apoyo social** (Henderson...) Enfatiza el papel de los lazos sociales como protector. "Los síntomas neuróticos emergen cuando las personas se consideran a si mismas deficitarias en atención, cuidado e interés por parte de los otros. Y los síntomas mismos pueden ser entendidos como conducta provocadora de cuidados que puede ser adaptativa".
- **Relaciones de intimidad** (Browm, Harris, Copeland...) Una relación íntima de calida protege de la depresión frente al estrés de la vida.
- **Conflicto conyugal**

# BASE EMPÍRICA DE LA TIP (4)

## 4. DIFICULTADES IP COMO CONSECUENCIA DE LA DEPRESIÓN CLÍNICA EN EL ADULTO

La depresión tiene un efecto característico sobre la comunicación y la interacción interpersonal: *“los deprimidos son deprimentes”*.

Se ha informado de tasas más elevadas de separación y divorcio en pacientes deprimidos, así como de problemas característicos en la adaptación familiar, laboral y social.

# BASE EMPÍRICA DE LA TIP (4)

## 5. REMISIÓN

La remisión sintomática se sigue posteriormente de la del desempeño laboral y más lentamente del familiar.

## 6. PERSONALIDAD Y DEPRESIÓN

La personalidad se considera como un factor que puede condicionar la aplicación de la técnica, ser causa de problemas recurrentes o condicionar el pronóstico, pero no es el objetivo de la intervención.



# **CARACTERÍSTICAS DE LA TIP**

# CARACTERÍSTICAS MÁS IMPORTANTES DE LA TIP

<b>Duración</b>	Breve. De 12-20 sesiones
<b>Indicación</b>	Pacientes ambulatorios con depresión mayor
<b>Aplicación</b>	Con medicación ATD o sin ella
<b>Foco</b>	Problemas IP actuales conectados con el episodio
<b>Fundamentos</b>	Sobre resultados empíricos
<b>Adscripción</b>	A ninguna escuela de psicoterapia
<b>P. Etiológica</b>	Multifactorial
<b>Rol del Tpta</b>	Activo, de apoyo, del lado del paciente, basado en un manual terapéutico, eficaz según datos empíricos

# TIP FRENTE A OTRAS PSICOTERAPIAS

**REVE, NO A LARGO PLAZO ( 12-20 sesiones)**

**OCALIZADA, NO ABIERTA (se centra en 1 ó 2 áreas)**

**ELACIONES INTERPERSONALES ACTUALES, NO PASADAS**

**INTERPERSONAL, NO INTRA-PSIQUICA (no conflicto intra-psíquico)**

**INTERPERSONAL, NO COGNITIVO-CONDUCTUAL**

**A PERSONALIDAD TIENE UN PAPEL PERO NO ES EL OBJETIVO**

- 6.1 condiciona el pronóstico
- 6.2 afecta a la relación terapéutica
- 6.3 puede ser determinante de problemas IP recurrentes

# TIP

- ¿Cómo puedo ayudar al paciente a ventilar emociones dolorosas y hablar acerca de situaciones que evocan culpa, vergüenza o resentimiento?
- ¿Cómo puedo ayudar al paciente a clarificar sus deseos y tener relaciones mas satisfactorias con los otros?.
- ¿Cómo puedo corregir su desinformación y sugerir alternativas?

# NO TIP (I)

- ¿Cómo puedo entender por qué este paciente se siente culpable, avergonzado o resentido?.
- ¿Cómo puedo entender su vida de fantasías y ayudarle a hacer insight sobre los orígenes de su conducta actual?.
- ¿Cómo puedo ayudar al paciente a descubrir ideas falsas o incorrectas?

# TIP

- ¿Qué ha contribuido precisamente ahora a la depresión de ese paciente?
- ¿Cuáles son los estresores actuales?
- ¿Quiénes son las personas implicadas en el estrés actual? ¿Cuáles son las actuales disputas y desacuerdos?
- ¿Cuáles son los recursos del paciente?

# NO TIP (II)

- ¿Por qué el paciente ha llegado a ser lo que es y/o a dónde se orienta?
- ¿Cómo fue la infancia del paciente?
- ¿Cuál es el carácter del paciente?
- ¿Cuáles son sus defensas?

# IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

- Es importante concebir la depresión como un ***trastorno psiquiátrico***, en el sentido de un síndrome depresivo complejo y no como un síntoma o un estado de ánimo.
- Este abordaje considera importante comunicarle explícitamente al paciente su diagnóstico y darle ***derecho a ser un enfermo***.

Por todo ello debe entenderse la TIP dentro de un ***modelo médico***.

# IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

- Centrarse en la depresión es parte importante del tratamiento y engloba la **psicoeducación** del paciente.
- Informar el pronóstico, **marcar el setting** de trabajo y ser meticulosos en el contrato forma parte básica del tratamiento.
- A la TIP la define su **estrategia** y no las técnicas empleadas.

# **ESTUDIOS DE EFICACIA**



# EN DEPRESIÓN AGUDA

Weissman (1979)

Compara TIP; Amitriptilina; TIP+Ami y Psicoterapia inespecífica.

81 pacientes en TIP, Amitriptilina o ambas

16 semanas. El 85% eran mujeres

# EN DEPRESIÓN AGUDA

## Weissman (1979) Resultados:

Los 3 tratamientos activos eran mejores.

No hay diferencia estadística entre TIP y Ami.

El efecto con Amitriptilina se dio antes.

El tratamiento combinado fue el más eficaz y presentó la tasa más baja de abandonos.

La TIP alivia más síntomas cognitivos y emocionales.

Respondían peor los de características “endógenas”.

Tras 1 año la adaptación social era muy superior en los pacientes que recibieron TIP.

# EN DEPRESIÓN AGUDA

Elkin y cols (1989). NIMH

**Compara TIP, TCC, Imi+MC, Pla+MC.**

250 pacientes distribuidos aleatoriamente

Tratamientos de 16 semanas.

MC terapia mínima de apoyo. Charlas de 30 minutos en primer lugar sobre la medicación y efectos secundarios con un psiquiatra experto y de extensa formación.

Los terapeutas tenían una experiencia mínima de 11,4 años. Las terapias tenían supervisión constante. Se pasaron baterías de pruebas que medían síntomas, cogniciones y competencia social.

# EN DEPRESIÓN AGUDA

Elkin y cols (1989). NIMH. Resultados:

Todas las condiciones de tto mostraron una reducción significativa de los síntomas y mejora del funcionamiento psicosocial.

Todas las formas activas fueron mejores que el Placebo en la reducción de síntomas. Más del 66% de pacientes estaba libre de síntomas al final del tratamiento.

Tras el tto: **Imi + MC fue la más eficaz**; Pla + MC la menos. La farmacoterapia era más rápida.

**La TIP mostró la menor tasa de abandonos.** El Placebo la que más.

# EN DEPRESIÓN AGUDA

## Elkin y cols (1989). NIMH. Resultados

Los depresivos menos graves (Hamilton <20) no hubo diferencias entre todas las modalidades (incluido el placebo)

**En los depresivos graves, sólo una psicoterapia fue superior al Pla, la TIP. La eficacia en este grupo de la TIP fue tan elevada como la Imi.**

No hay eficacias diferenciales entre psicoterapias, tanto en las escalas de ajuste social como en la de cogniciones.

Sólo el 39% presentó una remisión completa. De estos la tasa de recaída fue: 36%con TCC, 33%TIP, 33%Pla, 50%Imi.

# EN PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

## Klerman y cols (1974)

Estudiaron 150 pacientes ambulatorios que respondieron a amitriptilina al menos un 50%. Se incluían en grupos de TIP y control, se mantenían 2 meses con tto farmacológico y luego se desplegaban en muchos grupos con medicación, sin ella, o con placebo.

El tratamiento farmacológico fue más eficaz en prevenir recaídas. La TIP mejoró más en 6-8 meses la adaptación psicosocial e IP. Lo más eficaz era la combinación de ambas

# EN PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

## Grupo de Pittsburgh. Frank y cols (1990)

Manualizaron una TIP de mantenimiento (TIP-M) de 3 años con idea de prevenir recaídas y mantener remisiones.

Estudiaron 128 pacientes con depresión unipolar recidivante que en el episodio agudo fueron tratados con Imi + TIP.

Una vez llegada la remisión, tras 20 semanas se asignaron a : “TIP-M”, “TIP-M + Imi”, “TIP-M + Pla”, “Imi + clínica de medicación CM”, “Pla + CM”.

# EN PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

## Grupo de Pittsburgh. Frank y cols (1990)

Si se valora el tiempo sin síntomas, la Imi + TIP-M y la Imi + CM tuvieron los mejores resultados. El 20% de estos grupos tuvieron una recaída en los 3 años de la investigación.

En el 1 año el 18% Imi+CM padecieron una recidiva frente al 8% de los de Imi+TIP-M.

La TIP-M, Pla+TIP-M fueron significativamente más eficaces que el Pla+CM que fue la menos eficaz con un 90% de recaídas en 3 años.

La duración media sin síntomas fue: Pla 45 semanas, TIP-M+Pla 74 sem, TIP-M 82 sem, Imi+CM 124 sem, Imi+TIP-M 131 sem



# EN PREVENCIÓN DE RECAÍDAS

Grupo de Pittsburgh. Frank y cols (1990)

Tras suspender la medicación, el tiempo libre de recaídas es significativamente superior en todos los grupos tratados con TIP-M. Se demuestra que la TIP-M prolonga el tiempo de remisión tras suspender la medicación.

# EN MANTENIMIENTO PARA PACIENTES DEPRIMIDOS ANCIANOS:

Grupo de Pittsburgh. Reynolds y cols (1992)

Tras estudiar a 72 ancianos en remisión, los resultados fueron: el 79% pacientes tratados con Nor+TIP-LLM alcanzaron una remisión total, y el 3% una remisión parcial. Con la retirada de la medicación se vio una alta tasa de recaídas.

Concluyen que la terapia de combinación, en tratamiento agudo y de mantenimiento es de alta eficacia y tiende a la menor tasa de abandonos.

# EN OTROS GRUPOS

## TIP en Distimia

- Grupo de Markowitz y cols (1998)

## TIP en Adolescentes Deprimidos

- Grupo de Mufson y Moreau (1996)
- Estudios en Puerto Rico y Columbia (1999)
- Grupo de Toronto

# EN OTROS GRUPOS

TIP Marital para pacientes deprimidos por disputas IP

- Grupo de Foley y cols (1990)
- Weismann y su grupo (1993)

TIP en pacientes deprimidos con Trastorno Bipolar

- Grupo de E. Franck

Counselling IP para depresión en AP

- Grupo de Schulberg (1993)

# EN OTROS GRUPOS

TIP para pacientes HIV + con depresión

- Grupo de Markowitz y cols (1993)

TIP en pacientes deprimidas antes y después del parto

- Desarrollada en 1997 y 1998 por Spinelly y Stuart

# EN OTROS TRASTORNOS

## TIP para drogodependientes

- Estudios de Rounseville y Carroll (1993)

## TIP en pacientes con Bulimia Nerviosa

- Estudio de Fairburn en 1991, publicado en 1993

# EN OTROS TRASTORNOS

## TIP para Trastornos de ansiedad

- Fobia Social, Ataques de Pánico y Trastorno postestrés traumático

## Otros (sin resultados)

- Dismorfofobia, Somatización, Depresión postinfarto y en discapacitados. En insomnio primario y en TP Borderline

# Eficacia de la TIP

## Resumen:

- La TIP es una psicoterapia ampliamente estudiada. La calidad de algunos de estos trabajos es alta y se podrían catalogar como muy exigentes. Se comparó aislada, en combinación con fármacos y placebo con muestras extensas, aleatorizadas y controladas.
- La TIP presenta en comparación con otras psicoterapias una eficacia superior a la media. En la clínica esto es evidente en la depresión aguda. Discutible que consiga reducir nuevos episodios (por ello apareció la TIP-M)



# Eficacia de la TIP

## Resumen:

- Con los datos empíricos, la TIP como tratamiento agudo, de mantenimiento y prevención, de trastornos depresivos, incluso graves sin síntomas psicóticos, constituye una **alternativa útil** o un **complemento sensato a la farmacoterapia** y se muestra muy beneficiosa para pacientes que no pueden o no quieren tomar medicamentos o no responden a estos.

# Eficacia de la TIP

## Resumen:

Grawe, Donati y Bernauer (1994) en su extenso metaanálisis califican el balance de eficacia de la TIP como “extremadamente positivo”.

- “La rigurosa comprobación de su eficacia, donde se ha comparado con los mejores tratamientos de la depresión hasta la fecha representa un certificado brillante de éxito para la TIP”.
- “Se puede contar con la TIP entre los tratamientos más eficaces de la depresión, en casos graves, superior a la Terapia Cognitiva e igual a la farmacoterapia”.

# La TIP 30 años después

- 30 años después de su creación la TIP continúa siendo una de las psicoterapias más estudiadas junto con la TCC. (Myrna Weissman American Journal, 2007)
- Es una intervención recomendada para el tratamiento de la depresión (también de la bulimia nerviosa) en las Guías Clínicas de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), o la Guía clínica de la Depresión de Australia y Nueva Zelanda.

# Recientes metaanálisis

A pesar de estos 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 continua siendo poco clara y
- refleja dificultades clásicas de la investigación en psicoterapia. Denuncian no hay suficiente investigación de proceso.

# Recientes metaanálisis

- El diagnóstico “Depresión Mayor” homogeniza múltiples condiciones del espectro de los trastornos afectivos (ej, VIH deprimidos, depresión postparto) y
- ¿Psicoterapia universal ?
  - las depresiones con un fuerte componente de “endogenicidad” responderían más rápidamente y mejor a la medicación; la psicoterapia ofrecería un efecto potenciador; recurrencia mayor con TIP en monoterapia
  - las depresiones con comorbilidad predicen una peor respuesta
  - las depresiones que suceden en el contexto de cambios vitales o problemas reales tendrían una mejor respuesta a TIP.

# de Mello y cols., 2005

- Llega a esta misma conclusión al tratar de explicar los mejores resultados de TIP frente a TCC y plantea que la terapia interpersonal 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.

# Crujpers, P et al, 2011

- Incluye estudios comparando la TIP en Depresión con varias condiciones –no tratamiento, tratamiento como de costumbre, otras psicoterapias, psicofármacos y tratamiento combinado-
- Con un total de 4.356 pacientes

**Se confirma que la terapia interpersonal es un tratamiento eficaz en depresión en monoterapia o como tratamiento combinado.**

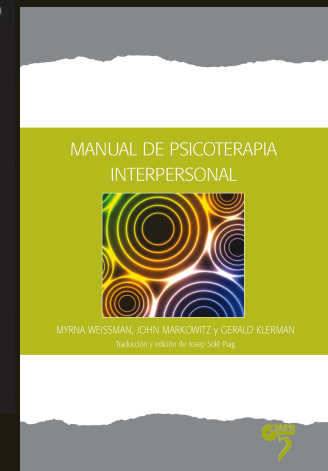
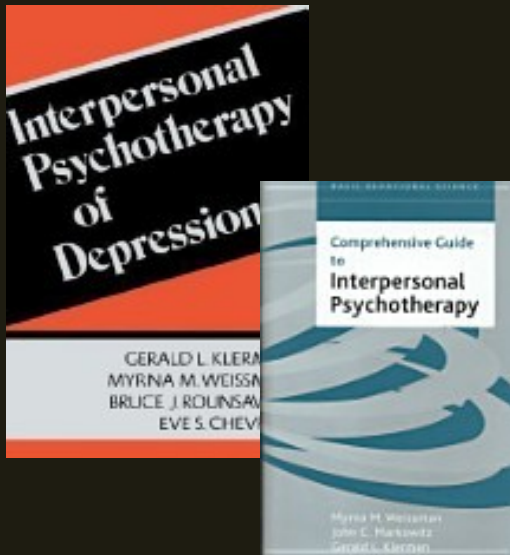
# Stuart y Robertson, 2003

- Necesidad de revisar las estrategias de investigación para el futuro y
- cuestiona el presupuesto de que la Terapia Interpersonal pueda ser considerada 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.



# CONCEPTOS GENERALES DE LA TIP

## EL MANUAL



# OBJETIVOS Y TAREAS DE LA TIP

## ESTRATEGIA - 3 FASES

- inicial
- intermedia
- terminación

## TECNICAS

## ACTITUD TERAPEUTICA

# PAPEL DEL TERAPEUTA

1. ABOGADO DEL PACIENTE, NO NEUTRAL.
2. ACTIVO, NO PASIVO.
3. LA RELACIÓN TERAPEUTICA NO SE INTERPRETA COMO TRANSFERENCIA.
4. LA RELACIÓN TERAPEUTICA NO ES UNA AMISTAD.

# SESIONES INICIALES

# SESIONES INICIALES

## OBJETIVOS

OCUPARSE DE LA DEPRESION Y

DIAGNOSTICAR LOS PROBLEMAS  
INTERPERSONALES.

# OCUPARSE DE LA DEPRESION (I)

## TAREAS DEL TERAPEUTA

1. Empezar a ocuparse de la depresión
2. Completar un inventario interpersonal y relacionar la depresión con el contexto interpersonal.
3. Identificar las áreas problema.
4. Explicar las bases y objetivos de la terapia interpersonal.
5. Formalizar un contrato con el paciente.
6. Explicar el papel que se espera juegue el paciente en el tratamiento.

# OCUPARSE DE LA DEPRESION (II)

- EXPOSICIÓN Y CLARIFICACIÓN DEL MOTIVO DE CONSULTA.
- HISTORIA RECIENTE DEL ESTADO DEPRESIVO.
- REVISIÓN DE LOS SINTOMAS DEPRESIVOS.
- EVALUACIÓN DE LA NECESIDAD DE MEDICACIÓN.
- EXAMEN MEDICO (al menos 1 en los 6 últimos meses o menos si es mayor de 40 años).
- REVISAR LOS EPISODIOS ANTERIORES.
- INSTRUIR AL PACIENTE SOBRE LA DEPRESIÓN.
- ESTABLECER LA MOTIVACIÓN PARA EL TRATAMIENTO.
- CREAR UN ENTORNO DE TRABAJO DESDE EL PRINCIPIO.

# OCUPARSE DE LA DEPRESION (III)

## REVISION DE LOS SÍNTOMAS

### 3 PROPOSITOS:

1. Confirmar el diagnóstico
2. Tranquiliza al paciente haciéndole ver que sus problemas encajan en un patrón anticipado por el terapeuta y que se entiende como un síndrome clínico, que tiene tratamiento.
3. Centra los síntomas en un momento determinado y en el contexto interpersonal que será el foco de la psicoterapia.



# OCUPARSE DE LA DEPRESION (IV)

1.- ESTADO DE ÁNIMO	11.- SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES
2.- SENTIMIENTOS DE CULPA	12.- SÍNTOMAS SEXUALES
3.- SUICIDIO	13.- ACTITUD ANTE LAS MOLESTIAS SOMÁTICAS
4.- INSOMNIO	14.- PÉRDIDA DE PESO
5.- TRABAJO Y ACTIVIDADES	15.- INSIGHT
6.- ENLENTECIMIENTO	16.- VALORACIÓN CIRCADIANA
7.- AGITACIÓN	17.- DESPERSONALIZACIÓN
8.- ANSIEDAD PSÍQUICA	18.- SÍNTOMAS PARANOIDES
9.- ANSIEDAD SOMÁTICA	19.- SÍNTOMAS OBSESIVO-COMPULSIVOS
10.- SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES	

# OCUPARSE DE LA DEPRESION (V)

## DAR UN NOMBRE A LOS SINTOMAS.

*Las molestias que arrastra desde hace dos meses y que hemos estado revisando juntos detalladamente (concretar de forma detallada y con las propias palabras del paciente o la definición que se les ha ido dando durante la exploración: los dolores de cabeza, la falta de sueño, los cambios de humor y las discusiones tan frecuentes con su mujer, la falta de ilusión por sus actividades habituales y el hecho de no querer ver a nadie y la necesidad de quedarse en casa, ...) se corresponden con el cuadro típico de la depresión. Las exploraciones médicas que le han realizado antes de enviarle aquí han resultado ser normales. Esto no quiere decir que sus molestias no sean reales, su sensación de cansancio, la falta de sueño, la pérdida de energía e interés con reales pero no se corresponden con una enfermedad física. Lo que tiene en este momento es una depresión.*

# OCUPARSE DE LA DEPRESION (VI)

## EXPLICAR LA DEPRESION Y SU TRATAMIENTO.

*La depresión es un trastorno frecuente y un porcentaje alto de personas lo pueden padecer a lo largo de su vida. Las causas se desconocen en el momento actual aunque se sabe que hay mecanismos cerebrales implicados en la aparición de la depresión. También se sabe que se presentan con frecuencia en relación con circunstancias vitales o problemas en las relaciones como las que me ha comentado y de las que luego hablaremos en profundidad.*

*En general el pronóstico de la depresión es bueno en breve tiempo y existen tratamientos específicos que proporcionan buenos resultados con pocos efectos secundarios. La depresión no es necesariamente una enfermedad crónica ni que produzca deterioros a largo plazo, por eso puede esperar que los fallos de memoria que me cuenta o las dificultades en las relaciones sexuales no son consecuencia de una demencia ni de un cuadro progresivo ni van a ser permanentes. Me hago cargo de que le asustan mucho y le dificultan su vida cotidiana pero puede esperar que los síntomas vayan mejorando en las próximas semanas.*

# OCUPARSE DE LA DEPRESION (VI)

## EXPLICAR LA DEPRESION Y SU TRATAMIENTO II

*Existen varios tratamientos para la depresión. En la actualidad hay fármacos seguros y efectivos sin graves efectos secundarios que se pueden probar (en el caso de que se consideren indicados). La psicoterapia también ha demostrado ser un tratamiento eficaz y se recomienda en la depresión sola o en combinación con antidepresivos. La psicoterapia nos puede ayudar a entender cuáles son los problemas que han contribuido a la depresión y a que los pueda afrontar de una forma más eficaz.”*

# OCUPARSE DE LA DEPRESION (VII)

## CONCEDER AL PACIENTE EL ROL DE ENFERMO (I)

Funciones del rol de enfermo (Parsons)

1. Eximir de ciertas obligaciones sociales
2. Eximir de responsabilidades
3. Ser considerado en un estado definido como no deseable, que debe ser erradicado lo antes posible.
4. Ser considerado en necesidad de ayuda.

# OCUPARSE DE LA DEPRESION (VIII)

## CONCEDER AL PACIENTE EL ROL DE ENFERMO (II)

*Es normal que no se encuentre divertido ni sociable ahora que se siente tan mal. ¿Por qué no le explica directamente a su cónyuge (familia, amigos, compañeros) que durante un tiempo, mientras dure la fase de tratamiento activo, preferiría no tener compromisos y le gustaría que consultara antes de contraer ninguna obligación social?*

*Ahora va a implicarse activamente conmigo en su tratamiento y durante este tiempo estaremos trabajando por mejorarle. Cabe esperar que sea capaz de reasumir gradualmente su vida normal y al cabo de un tiempo se encuentre mucho más activo. Según transcurra el tiempo y seamos capaces de entender y afrontar los problemas que le hicieron deprimirse, podemos esperar que se llegue a encontrar incluso mejor que antes".*

# **OCUPARSE DE LA DEPRESION (IX)**

**EVALUAR LA NECESIDAD DE MEDICACIÓN**

# RELACIONAR LA DEPRESION CON EL CONTEXTO INTERPERSONAL

- Dirigir la atención del paciente al momento en el que comenzaron los síntomas y a la razón por la que solicitó ayuda.
- Objetivos:
  - 1.- Reformular el malestar del paciente en una de las cuatro áreas problema que se describen más adelante y
  - 2.- acordar los objetivos del tratamiento y la forma de trabajar sobre el foco elegido, haciendo un contrato terapéutico.

Encontrar conjuntamente la respuesta a:

- ¿qué estaba pasando en la vida del paciente cuando comenzaron los síntomas que pueda asociarse con ellos?,
- ¿qué le ha llevado a solicitar ayuda precisamente ahora?

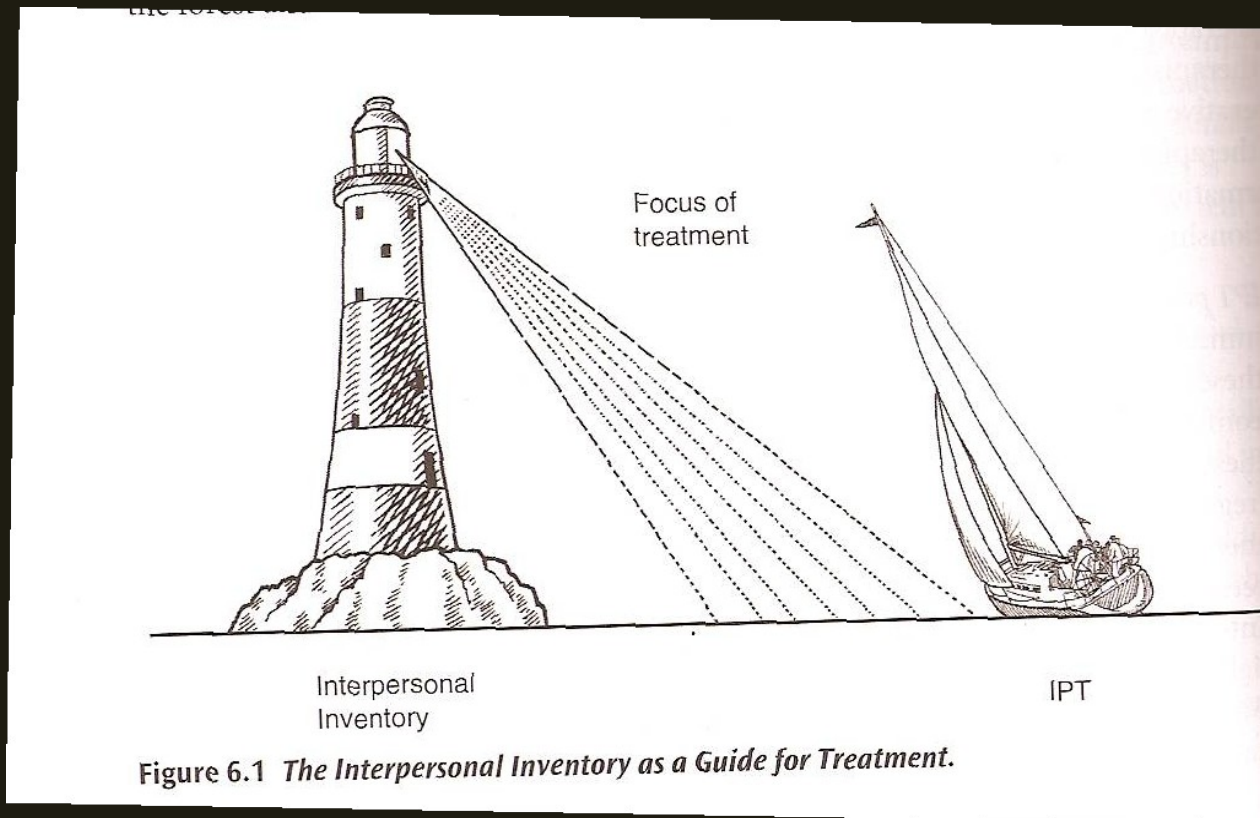


# RELACIONAR LA DEPRESION CON EL CONTEXTO INTERPERSONAL

## EL INVENTARIO INTERPERSONAL

- Revisión de las circunstancias sociales presentes y pasadas del paciente
- Panorama completo de su entorno social y cuáles son y han sido las relaciones más importantes y sus vicisitudes.

# RELACIONAR LA DEPRESION CON EL CONTEXTO INTERPERSONAL



# RELACIONAR LA DEPRESION CON EL CONTEXTO INTERPERSONAL

## EL INVENTARIO INTERPERSONAL

- **Buscar circunstancias precipitantes**
- **Comenzar por el presente.**
- **Revisar para cada persona que es importante para el paciente.**
  - Interacciones con el paciente, incluyendo frecuencia del contacto, actividades compartidas, etc.
  - Expectativas de cada parte en la relación y si son satisfechas.
  - Revisión de aspectos satisfactorios e insatisfactorios con ejemplos detallados y específicos de cada tipo de interacción.
  - Formas en la que el paciente le gustaría cambiar la relación modificando su comportamiento o el de los otros.

# RELACIONAR LA DEPRESION CON EL CONTEXTO INTERPERSONAL

## INVENTARIO INTERPERSONAL II

*Ahora me gustaría tratar de entender con qué de su vida se relaciona la depresión. ¿Qué estaba sucediendo en el momento en que empezó a sentirse mal? ¿Ha tenido algún problema en estos últimos meses? ¿Le ha pasado algo que le haya hecho sentir mal? ¿Ha perdido a alguien recientemente? ¿Qué pasaba en su casa? ¿Cómo estaban las cosas con su familia? ¿Y con sus amigos? ¿Cuénteme cómo es su trabajo- la vida en su casa, su relación de pareja, sus relaciones de amistad, etc.?*

*¿Se ha producido algún cambio recientemente? ¿En qué han consistido los cambios? ¿Cómo le han hecho sentir? ¿Cómo se ha estado sintiendo últimamente en su trabajo – su casa, con su familia, etc.? ¿Ha estado preocupado por algo? ¿Ha tenido alguna dificultad?, .....*

# RELACIONAR LA DEPRESION CON EL CONTEXTO INTERPERSONAL

## INVENTARIO INTERPERSONAL III

*¿Quiénes son las personas importantes en su vida en este momento? ¿Ha habido en los últimos meses algún cambio significativo en sus relaciones? Hábleme de su familia...¿quiénes la componen?”, ¿Cómo es la relación con su marido – jefe, compañera de trabajo, amiga, etc.-? ¿Hábleme de él/ella? En toda relación hay aspectos positivos y otros negativos... ¿Qué cosas le gustan más de la relación con su marido?, ¿Qué aspectos le gustan menos? ¿Qué cosas cambiaría de esa relación?, “¿Qué le gustaría mantener o mejorar?*

# RELACIONAR LA DEPRESION CON EL CONTEXTO INTERPERSONAL

## INVENTARIO INTERPERSONAL IV

*Hemos hablado mucho de su relación actual con su marido y las dificultades por las que atraviesa, ahora me gustaría que me hablase usted de las otras relaciones significativas en su vida. ¿Cómo fue la relación con su padre – madre, hermanos, etc.-?, ¿Qué le gustaba más de él/ella? ¿Qué menos? ¿En que aspectos ha cambiado esa relación?”.*

# IDENTIFICAR LAS ÁREAS PROBLEMA (I)

I.DUELO

II.DISPUTAS INTERPERSONALES (con cónyuge, amante, hijos, familiares, amigos, compañeros...).

III.TRANSICIONES DE ROL (nuevo trabajo, emancipación de la familia, dejar la escuela, traslado de domicilio, divorcio, cambios económicos...).

IV.DÉFICITS INTERPERSONALES (soledad y aislamiento social).

# IDENTIFICAR LAS ÁREAS PROBLEMA (II)

Se trata de:

- ✓ delimitar cuál es la persona o personas con la que el paciente está teniendo dificultades,
- ✓ entender en qué consiste el problema y
- ✓ valorar si existen alternativas para hacer que la relación sea más satisfactoria o de tolerar mejor el conflicto y de llegar a un acuerdo acerca de ello.



# IDENTIFICAR LAS ÁREAS PROBLEMA (III)

- Focalizar en 1 ó 2 áreas
- Acordarlas con el paciente
- Si no hay acuerdo
  - a. retrasar la decisión
  - b. adoptar objetivos generales
  - c. aceptar la prioridad del paciente.

# IDENTIFICAR LAS ÁREAS PROBLEMA

*Por todo lo que hemos estado hablando en las sesiones pasadas, parece que las dificultades en la relación con su marido y las discusiones continuas en los últimos meses tienen una gran relación con su estado de ánimo triste. Es cierto que han tenido problemas en otras ocasiones, pero parece que desde que él ha cambiado de trabajo y falta más de casa, las discusiones son más frecuentes y que Usted se encuentra más desbordada e incapaz de cambiar las cosas. Nunca antes se había deprimido como ahora.*

*Le propongo que nos centremos especialmente en este conflicto en la relación con su marido por ver si la puedo ayudar a entender lo que está sucediendo y sus sentimientos en relación con ello y a identificar qué podría hacer Usted para que la relación sea más satisfactoria para ambos.*

# IDENTIFICAR LAS ÁREAS PROBLEMA (IV)

## Reacciones del paciente

- a. Insistir en que tiene un trastorno orgánico.
- b. Aferrarse a los síntomas depresivos (trastorno del sueño, fatiga...) y negar su posible conexión con el estrés.
- c. Reconocer algún grado de estrés actual.

# IDENTIFICAR LAS ÁREAS PROBLEMA (V)

## SI 1 ó 2

1. Realizar exploración física o 2ª opinión médica.
2. No discutir ni recriminar, dejar siempre puerta abierta.

"Comprendo que sus [cefaleas, insomnio...] son molestos. Me gustaría tratar de entender en las próximas semanas qué las causa. Vamos a ver como está la semana que viene".

"Estamos de acuerdo en que Vd. tiene problemas de [...] pero nos hacemos una idea diferente de qué los produce. Vamos a intentar ver juntos como se desarrollan las cosas y qué podemos encontrar en las próximas semanas".

3. Si no hay acuerdo sobre áreas tras varias sesiones: TIP imposible

# CONCEPTOS DE LA TIP Y CONTRATO TERAPÉUTICO (I)

## Si es preciso

*Vivimos en un mundo en el que las personas que nos rodean tienen un papel importante en cómo nos sentimos y en la forma en que resolvemos nuestros problemas. Buena parte de cómo nos sentimos y nos desempeñamos tiene relación precisamente con las personas que son importantes para nosotros. Las causas de la depresión no se conocen por completo, pero sí se sabe que su aparición suele asociarse a problemas en estas relaciones. Problemas en la relación con, los demás o la pérdida de seres queridos pueden desencadenar depresiones y en otras, la depresión puede originar dificultades en el trato con los que les rodean.*

# CONCEPTOS DE LA TIP Y CONTRATO TERAPÉUTICO (II)

## Si es preciso

*En su caso hemos visto como esta falta de entendimiento con su marido y las discusiones más frecuentes se relacionan con la depresión. Durante el tratamiento que le propongo trataremos de entender en profundidad estas dificultades y mejorar la comunicación con él, descubriendo qué desea Usted de la relación y cómo conseguirlo.*

# CONCEPTOS DE LA TIP Y CONTRATO TERAPÉUTICO (III)

## Refocalizar tras acuerdo

*Espero que Vd. exponga y discuta honestamente conmigo lo referente a sus relaciones y sentimientos. Si me parece en algún momento que una sesión toma una dirección que no nos sirve, se lo haré saber.*

## Énfasis en relación

*Vamos a centrarnos en hablar sobre las cosas que están sucediendo en su vida [pareja, trabajo, familia...] y en la relación con [...] en el momento actual. Se trata de que podamos hablar de las cosas que están pasando, deteniéndonos en sus sentimientos y puntos de vista al respecto, sus expectativas en la relación y las formas de conseguir satisfacer sus necesidades y sus deseos.*

# CONTRATO TERAPÉUTICO (I)

1. El foco del tratamiento
2. Los objetivos del tratamiento.
3. Detalles del encuadre.



# CONTRATO TERAPÉUTICO (II)

- 1. El foco del tratamiento.** El área problema que el terapeuta considera que debe ser el foco. El área ha de ser escogida con el acuerdo del paciente que reconoce su protagonismo en el mantenimiento de los problemas y como agente de los cambios necesarios.

*Hemos visto cómo las discusiones con su marido han empeorado desde que él se ausenta más por su nuevo trabajo y que han aparecido importantes desacuerdos en torno a la educación de los hijos y su participación en las tareas de la casa. Usted no ha estado pudiendo expresar sus opiniones al respecto porque siente un intenso temor a su reacción....*

# CONTRATO TERAPÉUTICO (III)

## 2.Los objetivos del tratamiento.

- Marco de referencia general de mejorar el estado de ánimo y las relaciones interpersonales
- Dos o tres objetivos concretos, operativos y realistas para el área problema escogida como foco.

*... Ambos hemos estado de acuerdo en que puede ser importante para Usted aprender a entender cómo se siente y a expresar mejor sus opiniones y deseos y que esto sería el centro de nuestras conversaciones durante la terapia. Un buen objetivo del tratamiento puede ser que sea capaz de hablar abiertamente con su marido de las cosas con las que no está de acuerdo sin sentir tanto temor a que se enfade. ¿Qué le parece?*

# CONCEPTOS DE LA TIP Y CONTRATO TERAPÉUTICO (III)

## Fijar 2 ó 3 objetivos

1. Que el paciente defina para cada uno cual sería el mejor resultado posible, el mas probable y el peor.
2. Utilizar este proceso como feed-back

# CONTRATO TERAPÉUTICO (IV)

## 3. Detalles del encuadre.

- Lugar de las sesiones
- Duración del tratamiento
- Frecuencia de las sesiones
- Política de citas perdidas

# CONTRATO TERAPÉUTICO (V)

- **Detalles del encuadre.**

*Desde este momento nos veremos una vez a la semana durante unas 12 sesiones más de 50 minutos. Si va a llegar tarde o no puede venir debe avisarme lo antes posible para que le pueda dar otra cita en la misma semana. Si no lo hace así no podré garantizarle esto y le veré lo antes que pueda. En general no podré alargar las sesiones si se retrasa. Puede que tenga que cambiarle alguna cita, en ese le daré una cita lo antes posible. Si en algún momento entre las sesiones se encuentra mal y no puede esperar a la siguiente sesión puede llamarme y conversaré por teléfono con Usted o le daré una cita breve antes de la siguiente sesión. Le ruego que me haga saber cualquier desacuerdo o incomodidad que le surja durante el tratamiento en relación con esto.*

# CONCEPTOS DE LA TIP Y CONTRATO TERAPÉUTICO (III)

## Refocalizar tras acuerdo

*Espero que Vd. exponga y discuta honestamente conmigo lo referente a sus relaciones y sentimientos. Si me parece en algún momento que una sesión toma una dirección que no nos sirve, se lo haré saber.*

## Énfasis en relación

*Vamos a centrarnos en hablar sobre las cosas que están sucediendo en su vida [pareja, trabajo, familia...] y en la relación con [...] en el momento actual. Se trata de que podamos hablar de las cosas que están pasando, deteniéndonos en sus sentimientos y puntos de vista al respecto, sus expectativas en la relación y las formas de conseguir satisfacer sus necesidades y sus deseos.*

# CONTRATO TERAPÉUTICO (VI)

## Enfatizar

1. El contexto interpersonal y social de la depresión
2. La duración breve (12-16 sesiones semanales de 1 hora).
3. Las áreas problema

# CONTRATO TERAPÉUTICO (VII)

## Recoger el acuerdo del paciente

*¿Qué le parece esta forma de trabajar?, ¿Está de acuerdo con lo que le propongo?, ¿Necesita alguna aclaración? ¿Se le ocurre algún cambio en este acuerdo que podamos hacer antes de comenzar?*



# CONCEPTOS DE LA TIP Y CONTRATO TERAPÉUTICO (V)

## SEÑALAR AL PACIENTE SU ROL EN LA TIP

*“Ahora que ya tenemos alguna idea de a donde queremos llegar, intentaré explicarle como vamos a trabajar. Su tarea será hablar sobre las cosas que le preocupan, especialmente de las que le afectan emocionalmente. Ya hemos identificado áreas específicas en las que podría haber cambios y hemos acordado unos objetivos específicos. Por supuesto que vamos a ocuparnos de estos asuntos. Sin embargo, al avanzar en nuestro trabajo pueden surgir otras cosas importantes... y debe traerlas a colación sin dudarlo. A mi me interesa no sólo lo que sucede sino, mas todavía, sus sentimientos acerca de lo que sucede. Le corresponde seleccionar lo que a le parece mas importante. Después de todo nadie sabe mejor que Usted como se siente y como le afectan sus problemas. No hay cosas sobre lo que sea "correcto" o "equivocado" hablar siempre que le preocupe o que tenga sentimientos importantes sobre ello. Esto vale también para sentimientos sobre mí, nuestra relación o la terapia.*

*Puede que le vengan a la cabeza algunas ideas que le parezcan absurdas o embarazosas. Son precisamente el tipo de cosas sobre las que será útil que discutamos aquí.. Es muy importante que hable de los sentimientos que experimenta durante la sesión o luego cuando piense en ella.*

# COMIENZO DE LAS SESIONES INTERMEDIAS (I)

## TAREAS DEL TERAPEUTA

1. Ayudar al paciente a discutir los aspectos pertinentes al área problema.
2. Atender al estado de ánimo del paciente y a la relación terapéutica para maximizar la disposición del paciente a hablar de si mismo.
3. Prevenir posibles intentos de sabotaje del tratamiento.

# COMIENZO DE LAS SESIONES INTERMEDIAS (II)

## CON CADA ÁREA PROBLEMA

1. Exploración general
2. Focalización en expectativas y percepciones del paciente.
3. Análisis de formas alternativas de afrontar el problema.
4. Tentativas de nuevo comportamiento.

**DUELO**

# DUELO

- DUELO NORMAL

- DUELO ANORMAL

- reacción de duelo diferida

- reacción de duelo distorsionada

# DUELO

- DUELO NORMAL

- El duelo es el proceso por el que quien lo realiza es capaz de reconstruir su mundo (y, por tanto a sí mismo) sin el objeto perdido. Se trata de dotar de un nuevo sentido a los elementos con los que el sujeto debe construir su realidad.

- Este proceso integra cuatro elementos:
  - Construir un mundo sin el objeto perdido, **ENTERARSE**
  - Dar sentido a los sentimientos asociados a la pérdida e integrarlos en la propia biografía, **SENTIRLO**
  - Encontrar la forma de resolver prácticamente aquellas tareas para cuya ejecución nos valíamos del objeto perdido **ARREGLARSELAS** y
  - Ser capaces de experimentar afectos semejantes a los que anteriormente se orientaban al objeto perdido hacia otros objetos y ser capaz de construir un nuevo mundo *sin* el objeto perdido, pero con sentido **RECOLOCAR**



# DUELO

## ▪ DUELO ANORMAL

- reacción de duelo diferida
- reacción de duelo distorsionada

# DUELO

## DIAGNÓSTICO DE LAS REACCIONES DE DUELO ANORMALES

*“He observado que Ud. no mencionó a su madre cuando hablamos de sus padres. ¿Ha muerto recientemente alguien próximo a Ud.? ¿Podría hablarme sobre esta muerte? ¿Cuándo? ¿Dónde? ¿En que circunstancias? ¿Cómo se sintió cuando se enteró de la muerte? ¿Cómo estuvo las semanas siguientes? ¿Se comportó como de costumbre?”*

# DUELO

## HECHO

1.- Múltiples pérdidas

2.- Afecto inadecuado en el periodo de duelo normal

## PREGUNTA DEL TERAPEUTA

¿Qué más estaba sucediendo en su vida en el momento de esta pérdida? ¿Alguien más murió o se fue? ¿Qué recuerda de ello desde entonces? ¿Alguien más ha muerto en circunstancias similares?

En los meses que siguieron a la pérdida ¿Cómo se sintió? ¿Tuvo problemas de sueño? ¿Se condujo como de costumbre? ¿Tenía ganas de llorar?

# DUELO

3.- Evitación de las conductas referidas a la muerte

¿Evitó ir al funeral o visitar la tumba?

4.- Síntomas en torno a una fecha significativa

¿Cuándo murió esa persona?  
¿En qué fecha? ¿No empezó a tener síntomas entonces?

5.- Miedo a la enfermedad que causó la muerte

¿De qué murió esa persona?  
¿Cuáles fueron los síntomas?  
¿Teme Ud. Tener la misma enfermedad?

# DUELO

6.- Historia de conservación del entorno como era cuando vivía la persona fallecida

¿Qué hizo Ud. con sus pertenencias? ¿Y con la habitación? ¿Lo dejó igual que cuando murió?

7.- Ausencia de la familia u otros apoyos durante el duelo

¿Con quien contó Ud. entonces? ¿quién le ayudó? ¿A quien buscó? ¿En quien pudo confiar?

# DUELO

## OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO (1)

### OBJETIVOS

1. Facilitar el proceso de duelo diferido o distorsionado.
2. Ayudar al paciente a restablecer el interés por otras relaciones

# DUELO

## OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO (2)

### Tareas del terapeuta

Ayudar al paciente a:

1. Evaluar la pérdida de forma realista
2. Emanciparse del vínculo paralizante con el fallecido
3. Encontrarse libre para desarrollar nuevos intereses y comenzar nuevas relaciones satisfactorias

# DUELO

## OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO (3)

### ESTRATEGIAS

1. Facilitar los sentimientos y explorar sin emitir juicios
2. Tranquilizar
3. Reconstruir la relación
4. Esclarecer
5. Cambio conductual



# DUELO

## **1.- Facilitar los sentimientos y explorar sin emitir juicios**

Animar al paciente a:

1. Pensar en la pérdida
2. Discutir la secuencia y consecuencias de los hechos anteriores, de durante y después de la muerte
3. Explorar los sentimientos asociados

# DUELO

## 1.- Facilitar los sentimientos y explorar sin emitir juicios (2)

*Cuénteme cosas sobre (su esposo, hermano, amigo...). ¿Cómo era? ¿Qué hacían juntos? ¿Cómo se enteró de su enfermedad? ¿Me lo podría contar en detalle? ¿Cómo se enteró de su muerte? ¿Dónde se encontraba? ¿Quién se lo dijo? ¿Qué recuerda haber sentido en ese momento? ¿Qué pensó? ¿Quién estaba con Usted? ¿Cómo reaccionó él/ella? ¿Qué hizo Usted después? ¿Cómo se siente ahora mientras hablamos de todo esto?*

*Lo habitual cuando alguien se enfrenta este tipo de pérdidas es sentir tristeza, me llama la atención lo fuerte que se mostró durante todo el proceso pero, aún ahora, recordando todo aquí conmigo, se le ponen los ojos vidriosos pero no puede hablarme de su pena. Me pregunto por qué.*

# DUELO

## 2.- Tranquilizar

- Hacer ver al paciente que los temores expresados son frecuentes y que el duelo en psicoterapia rara vez produce una descompensación.
- Explorar temas comunes (Horowitz, 1976)
  1. Miedo a la repetición del acontecimiento
  2. Vergüenza por haber sido incapaz de prevenir o posponer el hecho.
  3. Rabia hacia el fallecido.
  4. Culpa o vergüenza sobre los impulsos o fantasías destructivos.
  5. Culpa del superviviente.
  6. Miedo de identificación o fusión con la víctima.
  7. Tristeza en relación con las pérdidas

# DUELO

## 3.- Reconstruir la relación

*Cuénteme como fue su vida con... ¿Cómo se conocieron? ¿Qué le atrajo de ...? ¿Qué le gustaba de...? ¿Había algo que le gustara menos? ¿Tenían desacuerdos en algo? ¿En qué?*

*Me doy cuenta de que la relación que tuvo con \_\_\_\_\_ estuvo llena amor y admiración por el/ella, pero como en todas las relaciones habrá habido momentos difíciles o menos buenos ¿Cuales fueron las suyas? ¿Cómo ha cambiado su vida desde que murió?.*

# DUELO

## 4.- Esclarecimiento

Ayudar al paciente a formular una comprensión nueva, mas sana y ponderada de los recuerdos. Se deben promover las respuestas tanto afectivas como factuales que puedan llevar a un mayor conocimiento de los elementos que dificultan la elaboración el duelo.

*¿Cuales eran las cosas que le gustaban de... ?. ¿Cuales las que no?*

*Entonces su marido solía no reconocer sus esfuerzos, incluso la criticaba, ¿Cómo se sentía Usted con ello? ¿Qué piensa ahora de su actitud? ¿Por qué cree que él se comportaba de esa manera?*

# DUELO

## 5.- Cambio conductual

*En las pasadas sesiones hemos estado hablando mucho de sus sentimientos y dificultades desde que \_\_\_\_\_ murió. Hemos visto los más y los menos de su relación. Ahora que se siente más tranquilo me gustaría hablar de cómo está trascurriendo su vida. ¿Cómo ha intentado compensar la pérdida? ¿Quiénes son sus amigos? ¿Con qué actividades disfruta?*

*¿Qué le parecería intentar volver al centro de mayores e intentar retomar el contacto con sus amistades?*

*Me parece que puede ser un buen momento para intentar volver a contactar con sus amigos y retomar sus clases de baile. Si tiene alguna dificultad podemos discutirlo en la próxima sesión.*

# **DISPUTAS INTERPERSONALES**

# DISPUTAS INTERPERSONALES

Situaciones en las que el paciente y al menos otra persona significativa tienen expectativas no recíprocas sobre su relación.

Para la TIP se consideran importantes tanto en la génesis como en el mantenimiento de la depresión.



# DISPUTAS INTERPERSONALES

## DIAGNÓSTICO DE DISPUTAS INTERPERSONALES

Para escogerlas como foco de la TIP es preciso que exista evidencia de conflictos actuales abiertos o encubiertos con una persona significativa.

Atender tanto a lo que se omite como a lo que se dice (los depresivos tienden a autoinculparse).

# DISPUTAS INTERPERSONALES

## OBJETIVOS

1. Ayudar al paciente a identificar la disputa
2. Escoger un plan de acción
3. 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

# DISPUTAS INTERPERSONALES

## ESTRATEGIAS

1. Determinar la fase de la disputa
  - Renegociación
  - Impasse
  - Disolución
2. Facilitar
  - Impasse-renegociación
  - Disolución- duelo
3. Ayudar al paciente a entender cómo las expectativas no recíprocas se relacionan con la disputa e iniciar los pasos que pueden conducir a resolución de la disputa y renegociación de roles.

# DISPUTAS INTERPERSONALES

## 4. Explorar diversos niveles

A. Nivel práctico: *¿Cuáles son los motivos de la disputa?. ¿Cuáles son las diferentes expectativas y valores?. ¿Qué desearía de la relación?. ¿Qué opciones tiene?. ¿De que recursos dispone para cambiar la relación?. ¿Qué quiere la otra persona?. ¿Cómo se han resuelto los conflictos en el pasado?. ¿Qué cambios son realistas?.*

### B. Paralelismo en relaciones previas

- Qué gana el paciente con su conducta
- Qué motivaciones no conscientes hay en ella
- Qué le lleva a buscarla

A. Considerar las consecuencias de un número de alternativas antes de pasar a la acción.

# DISPUTAS INTERPERSONALES

## 1.- Explorar los aspectos prácticos de la relación.

*¿Cuáles son los temas frecuentes de discusión? ¿En qué no se ponen de acuerdo? ¿Cuáles son los diferentes puntos de vista? ¿Qué esperaría de \_\_\_\_\_? A cambio, ¿que es lo que sucede/qué hace \_\_\_\_\_ ¿, ¿Qué hace/dice Usted entonces? ¿Cómo responde \_\_\_\_\_?*

*¿Qué piensa que quiere \_\_\_\_\_? ¿Qué es lo que le gusta? ¿Qué es lo realmente importante para Usted en su relación con \_\_\_\_\_?*

*¿Cómo cree que podría conseguirlo? ¿Qué podría hacer para cambiar esto? ¿Qué podría hacer \_\_\_\_\_ para que Usted se sintiera mejor?*

# DISPUTAS INTERPERSONALES

## 2.- Buscar paralelismos en otras relaciones.

*¿Esto le ha pasado anteriormente? ¿Tiene alguna otra relación similar? Esta relación que está describiendo suena igual que la tuvo con \_\_\_\_\_ .*

*Me ha contado una serie de dificultades que le parecen graves con \_\_\_\_\_ pero ¿hay algo que Usted obtenga de la relación que no quiere o teme perder? ¿Qué pasaría si lo dejara? ¿Podría serle útil que pensáramos qué le lleva a mantener esta relación que le resulta tan insatisfactoria con \_\_\_\_\_?*

# DISPUTAS INTERPERSONALES

## 3.- Examinar los problemas de comunicación y las estrategias interpersonales

*¿Le ha dicho Usted a \_\_\_\_\_ directamente cómo se está sintiendo? ¿Qué piensa que pasaría si lo hiciera? ¿Lo podría intentar?*

# DISPUTAS INTERPERSONALES

## 4.- Reconocer los sentimientos presentes y desarrollar estrategias para manejarse con ellos.

*Parece entonces que le enfada bastante que ella guarde silencio cuando discuten, pero no se lo dice y trata de cambiar de tema. ¿Qué podría hacer para sentirse mejor? ¿Qué le lleva a no hacerlo?*

*No parece que esté resultando útil enfadarse tanto y perder el control ¿qué pasaría si evita hablar de ese problema justo cuando él viene cansado y lo plantea en otro momento?.*

*¿Y si espera a encontrarse más tranquilo para expresarle su desacuerdo?*



# DISPUTAS INTERPERSONALES

- **5.- Examinar las consecuencias de posibles alternativas**

Una disputa de rol puede ser renegociada con éxito si el paciente ha podido reconocerla, descubrir sus necesidades y expresarlas directamente y de dar sentido a sus emociones y si juntos son capaces de elaborar una solución donde tengan cabida las necesidades de ambos.

# TRANSICIONES DE ROL

# TRANSICIONES DE ROL

Se asocian a la depresión cuando la persona tiene dificultades para afrontar los cambios requeridos por el nuevo rol.

Las transiciones suelen asociarse a progresiones en el ciclo vital

# TRANSICIONES DE ROL

Las dificultades se suelen asociar a:

1. Pérdida de apoyos y vínculos familiares y sociales.
2. Manejo de las emociones concomitantes como la rabia o el miedo.
3. Exigencia de un nuevo repertorio de habilidades sociales.
4. Baja autoestima.

# TRANSICIONES DE ROL

- DIAGNÓSTICO DE PROBLEMAS DE TRANSICIÓN DE ROL

Para que éstas sean escogidas como foco de la TIP es preciso que exista evidencia de que la depresión y los problemas clínicos concomitantes ha seguido a cambios vitales relacionados con transiciones de rol. Tal relación suele ser evidente para el paciente y sus familiares.

*“Cuénteme sobre ese cambio [jubilación, emancipación, divorcio, etc...] ¿Cómo cambió su vida?. ¿Qué gente importante perdió con él?. ¿Quién ocupó su lugar?. ¿Cómo se siente en su nuevo rol [de jubilado, divorciado, estudiante...].”*

# TRANSICIONES DE ROL

## PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO (1)

La transición supone CUATRO TAREAS:

1. Renunciar al viejo rol
2. Expresar los sentimientos asociados
3. Adquirir nuevas habilidades
4. Desarrollar nuevos vínculos y grupos de apoyo

# TRANSICIONES DE ROL

## PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO (2)

### Objetivo

### Preguntas

1. Facilitar la evaluación del rol

*Cuénteme cosas sobre [lo que se haya perdido cambiado: domicilio, trabajo..]. ¿Qué tenía de bueno?. ¿Y de malo?. ¿Qué le gustaba?. ¿Qué no?*

2. Propiciar la expresión de afecto

*¿Cómo se sintió al renunciar a...?.  
Cuénteme detalles sobre cómo lo dejó. ¿Cómo se siente en su nueva situación?. ¿Cómo le fue al principio?.*

# TRANSICIONES DE ROL

## PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO (2)

### Objetivo

3. Desarrollar nuevas habilidades útiles para el nuevo rol.

4. Establecer nuevas relaciones interpersonales, vínculos y grupos de apoyo

### Preguntas

*¿Qué se le exige ahora?. ¿Le cuesta mucho?. ¿Cómo le hace sentirse?.*

*¿Qué es lo que va bien?. ¿Y lo que va mal?.*

*¿A quién conoce Vd?. ¿Hay alguien*

*a quien le gustaría acercarse ahora?*



# TRANSICIONES DE ROL

## 1. *Evaluar el rol antiguo y renunciar a él*

*Ahora no concibe la vida como una mujer divorciada, pero lo cierto es que su relación con \_\_\_\_\_ a lo largo de prácticamente toda su vida de matrimonio no tenía grandes compensaciones para Usted, incluso él llegó a ser destructivo en muchos momentos. ¿No fue este el motivo por el que decidió separarse?*

*Echa tanto de menos estar activo que hasta ha llegado a pensar que ha hecho mal aceptando la prejubilación, pero recuerde lo intolerable que le estaba resultando levantarse tan temprano y el esfuerzo físico que conllevaba su actividad y que fue esto lo que le decidió.*

# TRANSICIONES DE ROL

## 2. Propiciar la expresión de afecto

*Estás contenta por tu nuevo trabajo, te sientes valorada y se corresponde con lo que esperabas. Pero de momento estás sola en la ciudad y tu familia y amigos ahora están lejos. ¿Cómo te hace sentir esto? ¿Piensas que tu tristeza puede tener que ver con esta separación?*

*Quizás lo que pasa es que se siente vacío y poco útil tras su jubilación.*

# TRANSICIONES DE ROL

## 3. Desarrollar nuevas habilidades

- Manejo de ansiedad
- Asunciones incorrectas o estereotipadas sobre el nuevo rol
- Existencia de modelos indeseables provenientes de experiencias pasadas

***Piensas que como supervisora no vas a ser capaz de tomar decisiones que impliquen a otros y, sobre todo, de mantenerlas ante las que hasta hace poco eran tus compañeras.***

***Puede que estés dando por sentado que todos los superiores son juzgados y descalificados por los compañeros. Desde luego eso es lo que pasó con la persona a la que sustituyes pero ¿te has planteado que puede ser un estereotipo y que tú puedes desarrollar tu propio estilo? ¿Cómo te parece a ti que se puede coordinar sin llegar al autoritarismo de tu antecesora?***

# TRANSICIONES DE ROL

## 4. Buscar apoyos sociales

- Revisar cuidadosamente las posibilidades que a los pacientes deprimidos suelen pasarles desapercibidas

# **DÉFICITS INTERPERSONALES**

# 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.

# DÉFICITS INTERPERSONALES

## DIAGNÓSTICO DE LOS DÉFICITS IP

Explorar:

- Familia
- Amigos
- Trabajo
- Aislamiento
- Déficits de habilidades sociales

# DÉFICITS INTERPERSONALES

## OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS (1)

Al no haber relaciones actuales el FOCO se centra en:

- Relaciones pasadas
- Relación con el terapeuta
- Comienzo de nuevas relaciones



# DÉFICITIS INTERPERSONALES

## OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS (2)

### TAREAS

1. Revisar relaciones significativas del pasado con sus aspectos positivos y negativos
2. Exploración de problemas repetidos o paralelismos entre estas relaciones.
3. Discusión de sentimientos positivos y negativos hacia el terapeuta y sus paralelismos con otras relaciones.

# DÉFICITIS INTERPERSONALES

## OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS (2)

### TAREAS

1. Revisar relaciones significativas del pasado con sus aspectos positivos y negativos

*Juan consideraba que nadie de su familia se había ocupado de él hasta que, revisando con el terapeuta la relación con su hermano mayor, pudo recordar, por ejemplo, como le ayudaba con las tareas escolares y le pasaba los libros que le gustaban. El hermano en la actualidad se quejaba de que Juan nunca aceptaba sus invitaciones y no contaba con él para nada.*

# DÉFICITIS INTERPERSONALES

## OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS (2)

### TAREAS

2. Exploración de problemas repetidos o paralelismos entre estas relaciones.

*Esto que está haciendo tu compañera de trabajo de intentar incluirle en las fiestas que se organizan recuerda a lo que me contaba que hacía su hermano. ¿Qué es lo que sentía entonces con su hermano? ¿Qué siente ahora con Teresa? ¿Se parece?*

# DÉFICITIS INTERPERSONALES

## OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS (2)

### TAREAS

3. Discusión de sentimientos positivos y negativos hacia el terapeuta y sus paralelismos con otras relaciones.

*Cada vez que hablamos de algo que posiblemente le resulta molesto durante las sesiones, como sus sentimientos acerca de los últimos cambios de cita por ejemplo, se balancea nervioso en su asiento y guarda silencio el resto de la sesión. Me he dado cuenta de que suele llegar unos minutos tarde cuando le he retrasado la cita...*

# **TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO**

# TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO

1. Se debe **mencionar** al menos dos sesiones antes de ocurrir.
2. Para facilitar la tarea de terminación en la últimas 3 ó 4 entrevistas se debe **acometer**:
  - La discusión explícita del final del tratamiento.
  - El reconocimiento de esta terminación como momento de posible duelo.
  - Ayudar al paciente a reconocer su capacidad de independencia.
3. **Conviene**
  - Propiciar reacciones
  - prevenir su interpretación como una recaída

# TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO

## DIFICULTADES CON LA TERMINACIÓN

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

# TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO

Si no hay síntomas serios pero sí incomodidad o dudas.

*“A muchos pacientes les cuesta dejar estas sesiones, sobre todo si les han parecido útiles. Nos hemos dado cuenta de que un período sin tratamiento suele resultar útil. Vamos a ver cómo se las arregla las próximas 8 semanas antes de tomar ninguna decisión sobre prolongar el tratamiento. De todos modos si es imprescindible no dude en llamarme”.*



# TERMINACIÓN DEL TRATAMIENTO

## INDICACIONES DE TRATAMIENTO PROLONGADO

1. Trastornos de personalidad.
2. Sujetos que pueden iniciar relaciones pero no mantenerlas.
3. Sujetos con déficits IP y habilidades insuficientes para iniciar relaciones y que están crónicamente solos.
4. Depresiones recurrentes (requieren tratamiento de mantenimiento).
5. Pacientes que no han respondido y continúan agudamente deprimidos.

# TÉCNICAS ESPECÍFICAS

# TÉCNICAS ESPECÍFICAS

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

# TÉCNICAS ESPECÍFICAS

- A. Técnicas exploratorias
- B. Propiciación de afectos
- C. Clarificación
- D. Análisis comunicacional
- E. Uso de la relación terapéutica
- F. Modificación de conducta
- G. Técnicas auxiliares

# TÉCNICAS ESPECÍFICAS

## A. TÉCNICAS EXPLORATORIAS

### 1. Exploración no directa

- Reconocimiento de apoyo
- Extensión del tema planteado
- Silencio receptivo

### 2. Provocación directa de material

- Historia, Inventario IP...

# TÉCNICAS ESPECÍFICAS

## B. PROPICIACIÓN DE AFECTOS (1)

### 1. Aceptación de afectos dolorosos

- Tranquilización directa
- Silencio receptivo
- Señalar la diferencia entre afecto y acción

# TÉCNICAS ESPECÍFICAS

## B. PROPICIACIÓN DE AFECTOS (2)

2. Utilización de los afectos en las relaciones interpersonales. El terapeuta puede ayudar al paciente a manejarlos:

- Negociar con los demás cambios que le permitan eliminar las circunstancias que provocan afectos dolorosos.
- Evitar situaciones dolorosas.
- Diferir la expresión o actuación.
- Revisar los pensamientos acerca de los temas que conllevan pensamientos dolorosos.

# TÉCNICAS ESPECÍFICAS

## B. PROPICIACIÓN DE AFECTOS (3)

3. Ayudar al paciente a generar afectos suprimidos.

(Evitar en pacientes conmocionados por experiencias afectivas intensas, traumáticas, difusas o fluctuantes ya que puede ser contraproducente)



# TÉCNICAS ESPECÍFICAS

## C. CLARIFICACIÓN

1. Pedir al paciente que repita.
2. Reformular frases por parte del terapeuta (situándolo frecuentemente en el contexto interpersonal).
3. Llamar la atención sobre las implicaciones lógicas de una afirmación.
4. Señalamiento explícito de las afirmaciones que implican creencias o pensamientos inadecuados.

# TÉCNICAS ESPECÍFICAS

## D. ANÁLISIS COMUNICACIONAL

Dificultades comunicacionales frecuentes:

- Comunicación ambigua, indirecta o no verbal
- Asunción incorrecta de lo que uno mismo ha comunicado
- Asunción incorrecta de lo que uno ha recibido
- Comunicación verbal innecesariamente indirecta
- Silencio, resistencia a la comunicación

# TÉCNICAS ESPECÍFICAS

## E. USO DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA

Propiciar la expresión de sentimientos negativos hacia la terapia o el terapeuta.

# TÉCNICAS ESPECÍFICAS

## F. TÉCNICAS PARA MODIFICAR CONDUCTAS

### 1. TÉCNICAS DIRECTIVAS

- Consejo, sugerión
- Establecimiento de límites
- Psicoeducación
- Ayuda directa
- Modelado

### 2. ANÁLISIS DE DECISIONES

### 3. ROL PLAYING

# TÉCNICAS ESPECÍFICAS

## G. TÉCNICAS AUXILIARES

- Contrato
- Detalles administrativos

# **PROBLEMAS FRECUENTES**

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 1. EL PACIENTE SUSTITUYE A LOS AMIGOS O FAMILIARES POR EL TERAPEUTA

- *“Vd puede hablarme abiertamente sobre sus problemas, esperanzas o miedos. Esto demuestra que es Vd capaz de una relación íntima. **Pero nosotros no somos amigos ni familiares.** Lo importante para Vd es su vida fuera de aquí. ¿No puede hablar con sus amigos y familiares como lo hace conmigo?, ¿qué podemos hacer para ayudarlo a sentirse mejor con esas personas (o para vencer sus temores para hablar abiertamente con alguien)?, ¿qué personas capaces de ayudarlo hubo en su vida?, ¿cómo puede acercarse a ellos? ¿qué le ha dificultado y qué le ha ayudado para acercarse a esas personas ?, ¿en quién ha podido confiar Vd?*

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 2. EL PACIENTE VE EL TRATAMIENTO COMO UNA DERROTA

- Presentar la búsqueda de ayuda como una búsqueda activa y reforzarla



# PROBLEMAS FRECUENTES

## 3. PACIENTE CRÓNICAMENTE DEPRIMIDO

- Suelen requerir tratamiento prolongado

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 4. EL PACIENTE VE LA DEPRESIÓN COMO INCURABLE

- Ayudar a recuperar un sentimiento de dominio
- Tranquilización, contemplando la desesperanza como síntoma depresivo. Normalización (reflejo empático)

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 5. EL PACIENTE SABOTEA EL TRATAMIENTO

- Objetivos del terapeuta
  - Detener este comportamiento
  - Relacionarlo con otras relaciones IP
- Entenderlo como una comunicación por parte del paciente, una comunicación indirecta e ineficiente. Pensar con el paciente, qué quiere comunicar o ocultar.
- Primero señalarlo, luego buscarle el significado comunicacional e IP

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 6. EL PACIENTE TEME ESTAR SOLO

- Explorarlo
- Buscar alternativas realistas para garantizar el apoyo durante cierto tiempo (hasta que recupere sensación de control)
- En casos graves, poder plantear otras medidas de urgencia (ingreso?)

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 7. EL PACIENTE TEME PERDER EL CONTROL

- Explorar
- Asegurar disponibilidad del terapeuta
- Tratar de normalizarlo en función de un síntoma de su trastorno
- Buscar posibles apoyos al principio

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 8. EL PACIENTE TIENE DIFICULTADES PARA ACEPTAR SUS DESEOS

- Guiar con preguntas: “¿Qué es lo que quiere Vd de....?”
- Explorar, nombrar y con ello, normalizar y legitimizar las necesidades y deseos que refleja el comportamiento del paciente

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 9. EL PACIENTE EVITA LAS EXPERIENCIAS POSITIVAS

- Hay pacientes con incapacidad de experimentar placer aunque realicen actividades (puede formar parte del cuadro) y otros con incapacidad de anticiparlo por lo que no las realizan. Ayudar a estos a iniciarlas

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 10. EL PACIENTE SE SIENTE CULPABLE POR LOS PROBLEMAS DE SU FAMILIA O GRUPO

- Información sobre dinámica grupal elemental (chivo expiatorio)
- La culpa como síntoma depresivo
- En ocasiones plantear información a familiares
- Reforzar su intento de pedir ayuda y de salir de su situación. Centrar su responsabilidad en el tratamiento



# PROBLEMAS FRECUENTES

## 11. EL PACIENTE FALTA A LAS CITAS O LLEGA TARDE

- Señalarlo y explorar
- Explorar el significado del acting en un contexto IP
  - Preguntas directas
  - Hechos conectados con esa conducta
  - Análisis de las consecuencias

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 12. MANEJO DEL SILENCIO

- Preguntarse uno el significado del silencio y ocasionalmente aceptarlo
- Preguntar explícitamente en otros momentos por su significado
- Explorar las emociones implicadas, o las consecuencias comunicacionales (en relaciones IP relevantes o en la propia relación terapéutica)

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 13. EL PACIENTE CAMBIA DE TEMA O EVITA ALGUNO

- Señalarlo contextualizándolo
- Explorar las emociones implicadas

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 14. EL PACIENTE SE QUEJA Y NO COLABORA

- Tranquilizar. Informar sobre la eficacia de la TIP
- Situar la queja en un contexto IP
- Analizar las consecuencias del patrón comunicacional de queja

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 15. EL PACIENTE ES EXCESIVAMENTE DEPENDIENTE

- A veces sólo por falta de comprensión de las características de la relación terapéutica. Explicarla.
- Trabajarlo en el contexto IP. Explorar la incapacidad o falta de voluntad del paciente para reconocer sus capacidades.

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 16. INTENTO DE SUICIDIO

- Evaluar la necesidad de hospitalización.
- Explorar y trabajar con el sentido comunicacional del suicidio en el contexto IP.

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 17. EL TERAPEUTA DESARROLLA SENTIMIENTOS FUERTES HACIA EL PACIENTE

- En ocasiones autorrevelación del sentimiento, con idea de que el paciente pueda recibirlo como feedback y poder trabajarlo en el contexto IP.
- O señalar las conductas del paciente que lo han elicitado con idea de poder convertirlas en susceptibles de cambio. No señalar al paciente mismo.

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 18. PARTICIPACIÓN POSIBLE DE OTRA PERSONA SIGNIFICATIVA

- Para recoger o dar información
- Para obtener cooperación
- Para facilitar la resolución de problemas mejorando la comunicación



# PROBLEMAS FRECUENTES

## 19. EL PACIENTE QUIERE TERMINAR ANTES DE TIEMPO

- Preguntar si está satisfecho
- Señalar el deseo como posible síntoma
- Dejar la puerta abierta

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 20. EL PACIENTE TIENE PROBLEMAS PARA LA AUTOREVELACIÓN

- *“Vd no puede forzar que sus sentimientos cambien y aunque encuentre difícil de aceptar su [rabia, miedo, envidia...], todos tenemos sentimientos como ese. Por otro lado el hecho de que Vd experimente esos sentimientos no significa que deba actuar de acuerdo a ellos, y si podemos entenderlos, les serán más llevaderos y le resultará más fácil cambiarlos”.*

# PROBLEMAS FRECUENTES

## 21. EL PACIENTE BUSCA, ADEMÁS, OTRO TRATAMIENTO

- Actitud abierta, sin emitir juicios de valor. Discutirlo en las sesiones.
- Si se mantiene, no aceptar dos tratamientos psicológicos al mismo tiempo. Intentar encontrarle significado en la biografía del paciente y señalarlo.

# EL TERAPEUTA DE TIP

# EL TERAPEUTA DE TIP

Psiquiatras, Psicólogos, Trabajadores Sociales o enfermeros especializados en Salud Mental, que hayan alcanzado niveles de experiencia y capacidad en algún tipo de psicoterapia dinámica (rogeriana, psicoanalítica....)

Titulación adecuada

Dos años de experiencia clínica al menos

Evaluación por un terapeuta docente

Actitud positiva hacia los tratamientos breves

Posición abierta, sin adhesión rígida a un sistema de creencias alternativo

Familiaridad con sus propias debilidades y fortalezas (por experiencia o formación)

# EL TERAPEUTA DE TIP

PAPEL DEL TERAPEUTA (definen los aspectos no comunes con otras psicoterapias)

- No es neutral, es un “abogado” del paciente.
- La relación terapéutica no es una manifestación de transferencia.
- La relación terapéutica no es una amistad, ni un maternaje o paternaje.
- El terapeuta es activo, no pasivo.

# FORMACIÓN EN TIP

# FORMACIÓN EN TIP

1. MATERIAL ESCRITO (Lectura del manual)
2. SEMINARIO DIDÁCTICO (al menos 20 h)
3. SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE CASOS



# FORMACIÓN EN TIP

## SEMINARIO DIDÁCTICO

- Al menos 20 horas, en 2-5 días.
- Exégesis del material escrito sobre material audiovisual.
- Se enfatizan 4 aspectos (en los que se detectan dificultades):
  1. Reconocimiento de la depresión como un trastorno médico.
  2. Énfasis en los problemas actuales de funcionamiento interpersonal.
  3. Carácter exploratoria del proceso de tratamiento (el manual no es un libro de cocina).
  4. Carácter breve.

# FORMACIÓN EN TIP

## SUPERVISIÓN

- De cuatro casos al menos
- Supervisión semanal, sesión por sesión (personal, por teléfono, correo electrónico, habiendo ya el terapeuta visto el video)

# FORMACIÓN EN TIP

## EVALUACIÓN

- Tres áreas:
  1. Uso de estrategias de TIP
  2. Uso de técnicas de TIP
  3. Uso de técnicas no TIP
- Con escala prefijada sobre una hora de vídeo evaluada por el supervisor y otro evaluador independiente.
- Suelen obtener mejores resultados los terapeutas más expertos.