

UN ESQUEMA CLASIFICATORIO PARA LAS INTERVENCIONES EN TERAPIA INTERPERSONAL

A CLASSIFICATORY SCHEMA FOR PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTIONS IN INTERPERSONAL THERAPY

Etchebarne, Ignacio¹; Fernández, Marcela²; Roussos, Andrés J.³

RESUMEN

En el presente artículo exponemos la evolución de las tareas que, como miembros de EIPSI (Equipo de Investigación en Psicología Clínica), venimos desarrollando sobre la evaluación de las intervenciones clínicas de distintos marcos teóricos. En trabajos anteriores hemos descrito la estructura general para la clasificación de intervenciones en tratamientos psicoterapéuticos adherentes a los marcos teóricos psicoanalítico, por un lado, y cognitivo-conductual, por el otro (para mayor información ver: Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006; y Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2003). En el presente artículo, presentamos su expansión hacia un nuevo marco teórico: el marco teórico de la Terapia Interpersonal (TIP). Por lo cual, se detalla y se discute la metodología empleada para integrar nuevos elementos específicos sobre un marco de evaluación ya organizado (obstáculos y formas de solucionarlo) y se presentan las tablas para la clasificación de intervenciones específicas interpersonales. Asimismo se presentan los resultados preliminares obtenidos mediante la aplicación de la presente metodología de evaluación de intervenciones en los tratamientos cognitivos y los tratamientos psicoanalíticos.

Palabras clave:

Intervenciones psicoterapéuticas - Esquema clasificatorio - Terapia Interpersonal

ABSTRACT

The present paper exposes the evolution of the tasks that we have developed, as members of EIPSI (Equipo de Investigación en Psicología Clínica), about the assessment of clinical interventions from different theoretical frameworks. In previous papers we have described the general structure for the classification of interventions in psychotherapeutic treatments adherent to the psychoanalytic theoretical framework on the one side, and to the cognitive-behavioral, on the other (for more information read: Etchebarne & Waizmann, 2006; and Roussos, Waizmann & Etchebarne, 2003). In the present article we present its expansion toward a new theoretical framework: the Interpersonal Therapy's (IPT) theoretical framework. Thus, the methodology employed to integrate new specific elements on a frame of evaluation already organized, is detailed and discussed (in terms of obstacles and possible solutions), and the schemes for the classification of specific interpersonal interventions are presented. Likewise, the preliminary results obtained by means of the application of the present methodology of evaluation of interventions in cognitive treatments and psychoanalytic treatments are presented.

Key words:

Psychotherapeutic interventions - Classificatory schema - Interpersonal Therapy

¹ Lic. en Psicología. Coordinador de Equipo de Investigación en Psicología Clínica (EIPSI). Coordinador docente en la cátedra de Metodología de la Investigación, carrera de Psicología, Universidad de Belgrano. Becario doctoral CONICET-UBA.

E-mail: ignacioetchebarne@fibertel.com.ar

² Médica psiquiatra (UBA) y miembro del departamento de grupos de la Fundación Aiglé.

³ Doctor en Psicología. Investigador de la carrera del CONICET. Docente de grado y postgrado en diversas universidades. Director del proyecto de investigación Características de las Intervenciones en Psicoterapia Psicoanalítica y Cognitiva. Semejanzas y Diferencias. UBACyT P818.

INTRODUCCIÓN

Objetivos del presente trabajo

El presente trabajo posee dos objetivos:

- a. Presentar los avances de las tareas que desarrollamos como equipo de investigación en psicología clínica -EIPSI-, sobre la evaluación de las intervenciones clínicas en psicoterapias no manualizadas adherentes a los marcos teóricos psicoanalítico, por un lado, y cognitivo-conductual por el otro.
- b. Presentar una clasificación de intervenciones psicoterapéuticas interpersonales, fundada en la metodología de evaluación de intervenciones desarrollada por EIPSI (presentada en trabajos anteriores por Roussos y colaboradores).

Introducción general sobre el análisis de las intervenciones

En trabajos anteriores (ver Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006; y Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2003) hemos mencionado que el estudio de las intervenciones que un terapeuta despliega a lo largo de un tratamiento, exige considerar los múltiples componentes del tratamiento que, al decir de Kraemer et al. (2001), operan en conjunto, enlazándose los unos a los otros. Tal es la complejidad que caracteriza al accionar de los terapeutas, que impone el empleo de variadas estrategias o recortes metodológicos, dependiendo de los recursos del investigador y de lo que se proponga, ya sea que trate de capturar la cualidad de las intervenciones, su secuencia, su frecuencia, la estrategia en la que se enmarcan, las temáticas que abordan, la interacción de todos estos factores, entre otros posibles objetivos de investigación.

Una de las estrategias mayormente utilizadas consiste en la confección de esquemas o escalas clasificatorias, construidas con diversos criterios, en función de los objetivos del investigador. Así, podemos mencionar los trabajos de Fiorini (2000), Sandler, Dare y Holder (1993), Wallerstein y DeWitt (2000) y Cooper y Bond (tal como se cita en Bond, Banon y Grenier, 1998; en Banon, Evan-Greiner y Bond, 2001; y en Milbrath et al., 1999) que realizaron clasificaciones de las intervenciones psicoanalíticas basándose en constructos teóricos y en la experiencia de los clínicos. Por otro lado, podemos mencionar a Tuckett (2003), quien también desarrolló una escala para analizar intervenciones psicoanalíticas, pero cuya estrategia consistió en no utilizar terminología convencional para sortear obstáculos relacionados con la polisemia.

Siguiendo una estrategia diferente, podemos mencionar los trabajos de Trijsburg y sus colegas (Trijsburg, Frederiks, Gorlee, den Hollander, y Duivenvoorden, 2002; Trijsburg, Lietaer et al., 2004), quienes en vez de focalizarse en un solo marco de referencia desarrollaron una escala genérica, definiendo a las intervenciones psicoterapéuti-

cas provenientes de diversos marcos teóricos en términos operacionales, basándose tanto en constructos teóricos como en publicaciones de investigaciones empíricas. Otra estrategia de relevancia consiste en modificar la unidad de análisis. Así, Milbrath et al. (1999) discriminan entre el microanálisis y el macroanálisis de las intervenciones. En el primero se analizan las intervenciones al nivel de una frase o alocución, mientras que en el segundo, se analiza a las intervenciones dentro del contexto de la totalidad de la sesión o del tratamiento (todas estas estrategias metodológicas se desarrollan con mayor detalle en Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006; y Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2003; Roussos, Waizmann y Etchebarne, artículo en evaluación).

Resultados preliminares de estudios que aplican la metodología de clasificación de intervenciones descripta por EIPSI

En dos estudios de caso único -uno cognitivo y otro psicoanalítico- realizados por Roussos, Waizmann y Etchebarne (artículo en evaluación) se obtuvieron resultados que sugieren que el porcentaje y distribución de las intervenciones específicas y no específicas -a nivel de análisis descriptivo (esto se explica más adelante)- podrían ser similares en tratamientos no - manualizados psicoanalíticos y en tratamientos no - manualizados cognitivo-conductuales. Asimismo, Waizmann, Jurkowski y Roussos (2007) encuestaron a 40 psicoterapeutas (27 autodefinidos como psicoanalistas, 12 como cognitivos y 1 como ecléctico), interrogándolos sobre el tipo de intervenciones que refieren utilizar con sus pacientes y como resultados encontraron que tanto los terapeutas cognitivos (en un 92%) como los psicoanalíticos (en un 96%) indicaban utilizar intervenciones específicas de un marco teórico de referencia ajeno al suyo. No obstante, en términos de las intervenciones más utilizadas, los terapeutas se mantenían fieles a su propio marco teórico, eligiendo a las intervenciones específicas de dicho marco con mucha mayor frecuencia. Estos resultados presentados no permiten generalización alguna, sin embargo, son el combustible de futuras investigaciones y de trabajos como el que aquí se presenta.

La Terapia Interpersonal

La Terapia Interpersonal (TIP) es una de las muchas formas de tratamiento psicoterapéutico surgidas a partir del paradigma o abordaje interpersonal (es decir, de las teorías interpersonales de Meyer, Sullivan, Fromm y otros) (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999). La TIP aborda los trastornos psicológicos focalizándose en la conexión entre los conflictos actuales del paciente, sus estados emocionales y sus conflictos interpersonales (NIMH, 2002; Markowitz y Weissman, 1995). Esta forma de psicoterapia fue desarrollada por Klerman y sus colegas, a fines de la década de 1960

como parte de un estudio experimental clínico que evaluaba la eficacia de la terapia de mantenimiento para pacientes ambulatorios, diagnosticados con un trastorno depresivo mayor, y representa uno de los primeros intentos por desarrollar intervenciones empíricamente validadas para el tratamiento de la depresión (Keegan, 2002; Markowitz y Weissman, 1995).

Contemporánea a la terapia cognitiva desarrollada por Beck, el éxito de la TIP en estudios experimentales clínicos para el tratamiento de la depresión ha sido tal que el National Institute of Mental Health (2007) la considera hoy en día -junto con la terapia cognitivo-conductual (TCC)- como una de las principales formas de psicoterapia que se han mostrado efectivas para el tratamiento de dicho trastorno. Asimismo, otra similitud con la TCC consiste en que la TIP ha evolucionado siguiendo el mismo patrón; es decir, surgiendo como un tratamiento para la depresión y, gradualmente, expandiéndose hacia el tratamiento de otros trastornos mentales, con resultados de investigaciones más que satisfactorios (Keegan, 2002; y Markowitz y Weissman, 1995, p. 376).

Así, en alrededor de dos décadas ya se han desarrollado protocolos de terapia interpersonal con distintos formatos (grupal, telefónico, etc.) para distintos tipos de trastornos del ánimo (trastorno distímico, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor recurrente), en distintas subpoblaciones de pacientes (depresión adolescente, depresión en gerontes, depresión en pacientes con HIV, depresiones pre y post-parto, depresión post-infarto del miocardio, depresión en pacientes con discapacidad física), para trastornos por abuso de sustancias, para trastornos alimentarios como bulimia y anorexia nerviosa (esta última sin eficacia establecida aún), en distintos trastornos de ansiedad, etc. (Keegan, 2002).

MÉTODOS

La clasificación que presentamos en este artículo no es una escala clasificatoria comparativa, sino -al igual que nuestras clasificaciones presentadas en trabajos anteriores- un esquema de comprensión adecuado para la identificación de tipos de intervenciones psicoterapéuticas en un material clínico. Para la construcción de la misma, metodológicamente hemos seguido un plan de acción que es estable desde la primera tabla que hemos construido. Dicha metodología incorpora algunas de las estrategias antes mencionadas: la focalización o respeto por cada marco teórico, el basamento en revisiones de constructos teóricos y publicaciones de investigaciones empíricas, y la provisión de definiciones operacionales de las intervenciones a los evaluadores que permita, además, realizar tanto un microanálisis como un macroanálisis de las intervenciones (desde nuestra perspectiva existe un continuo entre el micro y el macro análisis).

Sin embargo, como parte de nuestra metodología de análisis de las intervenciones, también planteamos las

siguientes estrategias adicionales: la inclusión del discurso del paciente para contextualizar a las intervenciones, la generación de nuevas categorías a partir del análisis cualitativo de material clínico, la identificación de la especificidad de las intervenciones al marco teórico de referencia y el análisis multidimensional de las intervenciones (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006; y Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2003).

De este modo, primero elaboramos las tablas de intervenciones psicoanalíticas, posteriormente, las cognitivo-conductuales, ahora las interpersonales y el paso siguiente será ampliarlas incorporando encuadres de terapia de grupos; pero, todo ello, siguiendo siempre la misma coherencia: nuestra modalidad de trabajo toma la acción que se está llevando adelante, en lugar de hacer una propuesta teórica ajena. Nuestro trabajo se ubica dentro del tipo de diseños que investiga aquello que se lleva a cabo en contextos naturalísticos. Kazdin (2006) divide entre los estudios pertenecientes a los modelos basados en la evidencia y a los tratamientos empíricamente validados, por un lado, y el trabajo sobre la acción que se lleva adelante en estudios naturalísticos, por el otro, haciendo una separación de dos líneas de investigación. Nuestra estrategia de trabajo está claramente encuadrada en la línea que investiga lo que realmente sucede en los tratamientos y no en aquella que plantea cómo deberían ser los tratamientos ideales. Las dos líneas de investigación deben existir e interactuar pero nosotros estamos encolumnados en esta. A cambio perdemos orden y sistematización.

Para el diseño de las tablas que aquí se presentan -y siguiendo la metodología planteada para los marcos teóricos previamente utilizados, presentados en publicaciones anteriores-, se realizó un rastreo teórico-bibliográfico que permitió organizar los criterios para su posterior testeo sobre material clínico (en curso). En el caso puntual de la terapia interpersonal, y diferenciándose de los marcos teóricos antes abordados (psicoanálisis y cognitivism), dicho relevamiento pudo focalizarse en poca pero muy nutrida bibliografía. Debido a la naturaleza de los tratamientos interpersonales, en términos de su manualización, en un trabajo clave como el de Klerman et al. (1984/1999), pudo rastrearse las principales intervenciones específicas interpersonales. Más bibliografía teórica se sumó a este rastreo, sin embargo la misma permitió, fundamentalmente, agregar nuevas categorías pero no desautorizó ninguna de las intervenciones previamente planteadas por Klerman y sus colaboradores. Para el testeo de las categorías presentes en la clasificación y la potencial generación de nuevas categorías se trabajó con transcripciones de sesiones aisladas de tratamientos grupales cognitivo-interpersonales provenientes de la Fundación Aiglé.

Análisis multidimensional de las intervenciones

Como parte de nuestra metodología de análisis, inclui-

mos lo que hemos denominado como “análisis multidimensional de las dimensiones”. El mismo está conformado por 4 niveles de análisis de las intervenciones elaborados por el equipo EIPSI (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006; y Roussos, Waizmann y Etchebarne, 2003).

El *nivel de análisis descriptivo de las intervenciones* (ver tablas 1 y 4 en la sección de Resultados) focaliza el estudio de las intervenciones al análisis de las características formales de las mismas (en términos de su sintaxis y morfología). Para ello, se define operacionalmente a las intervenciones como todo acto verbal¹ de carácter intencional, realizado por el terapeuta y dirigido hacia el paciente, y se presentan a los jueces evaluadores definiciones operacionales de cada categoría.

El *nivel de análisis de contenido de las intervenciones* (ver tabla 2 en la sección de Resultados) se focaliza en el estudio de las temáticas que abordan las intervenciones y, para el mismo, se presenta un listado de temáticas o contenidos típicos y sus respectivas definiciones. Dado que el foco central de la terapia interpersonal es la relación entre los eventos interpersonales del paciente y sus respuestas emocionales asociadas a ellos (Markowitz y Weissman, 1995), para la clasificación del nivel de análisis de contenido de las intervenciones, hemos optado por desdoblarse dichas categorías en varios subgrupos. En lo que se refiere a las emociones, hemos rearmado la categoría «Emociones o afecto» (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006) a partir de la distinción entre emociones primarias o básicas y secundarias o complejas, realizada por Doron y Parot (1991/1998), Ekman y Friesen (1975), Izard (1977) y Arnold (1970).

De acuerdo a estos autores, las emociones básicas o primarias son las siguientes respuestas afectivas discretas: la alegría, la tristeza, la ira, el miedo, la sorpresa y el asco. Dichas emociones discretas son disposiciones innatas a la acción, biológicamente relacionadas con la adaptación y la supervivencia, son universales y están asociadas a expresiones faciales, patrones neuroendocrinos y localizaciones cerebrales (Ekman y Friesen, 1975; Izard, 1977; Arnold, 1970).

En lo que se refiere a las emociones secundarias o complejas, éstas son respuestas afectivas tales como el remordimiento o culpa, el resentimiento, el odio, los celos, el orgullo, el amor, entre otras. Este tipo de emociones están basadas en emociones primarias (por ejemplo, las primeras cinco mencionadas se basan en la ira y la tristeza, y el amor se asocia con la alegría), incluyen evaluaciones cognitivas aprendidas en la relación con los otros, sobre el sí mismo, los demás y el mundo, y requieren ser simbolizadas verbalmente para ser expe-

¹Dado que la clasificación ha sido ideada para trabajar principalmente con material clínico audio-grabado, las tablas o esquemas que aquí se presentan (y las anteriores) no incluyen intervenciones de tipo no-verbal.

rimentadas. Por estos motivos, dependen más de los significados construidos en la interacción cultural que de las emociones básicas (Ekman y Friesen, 1975; Izard, 1977; Arnold, 1970). Prefijar categorías para fenómenos tan complejos como las emociones secundarias podría resultar excesivamente arbitrario y artificioso; por esta razón, para la clasificación del contenido afectivo o emocional, hemos elaborado únicamente una categoría específica para cada emoción básica o primaria. De todas formas, las emociones secundarias pueden deducirse -con plena libertad de combinaciones- a partir de la asociación de determinadas emociones primarias con otros contenidos o temáticas presentes en la clasificación del análisis de contenido de las intervenciones (por ejemplo, el amor será representado por la conjunción del contenido «alegría», «Cita o relación de pareja» y, muy probablemente, del contenido «Sexualidad»).

En lo que se refiere al análisis del contenido «Interpersonal», hemos modificado la versiones anteriores de nuestras clasificaciones, adicionando el contenido «Cita o relación de pareja», «Relación terapéutica»² y 4 temáticas interpersonales que suele tratar la terapia interpersonal en las denominadas “sesiones intermedias del tratamiento” (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; y Markowitz y Weissman, 1995): procesos de duelo, disputas de roles interpersonales, transiciones de roles interpersonales y déficits interpersonales. En Roussos, Etchebarne y Waizmann (2006) se han presentado categorías de contenidos, además de las mencionadas, que aquí no figuran por cuestiones de espacio.

El *nivel de análisis estratégico de las intervenciones* (ver tabla 3 en la sección de Resultados) se focaliza en el estudio de los propósitos u objetivos psicoterapéuticos, entendidos éstos como las metas o efectos asociados a las intervenciones. Dado que los exponentes de la terapia interpersonal asocian determinados objetivos o propósitos con determinadas intervenciones y con determinadas fases y áreas-problema, se respetó dicha conceptualización a modo expositivo; sin embargo, nuestra sospecha es que, en la práctica clínica, los terapeutas presentan mayor grado de libertad como para realizar combinaciones no contempladas en la presente clasificación. Por otra parte, este nivel de análisis solo puede ser realizado, entrevistando a los terapeutas tratantes.

El *nivel de análisis de contenido tiempo espacial* se focaliza en la ubicación en tiempo y espacio a la que hacen referencia las intervenciones del terapeuta. Este nivel no se presenta el presente trabajo ya que no ha sido necesario modificarlo para el marco interpersonal y puede ser utilizado tal como se lo describió en Roussos,

² En la publicación de Roussos, Etchebarne y Waizmann (2006), este contenido figuraba como no-específico con respecto al marco psicoanalítico; sin embargo consideramos que esto es erróneo. Es decir este contenido es específico tanto para la terapia interpersonal como para la psicoanalítica y, consecuentemente, común a ambas.

Etchebarne y Waizmann (2006).

Intervenciones específicas, no-específicas y comunes

A partir de la conceptualización de Waizmann, Etchebarne y Roussos (2004) -basadas en las conceptualizaciones de Frank (1960), Lambert (1992), Orlinsky y Howard (1986) y Wampold (2001)-, incluimos en nuestras tablas la siguiente clasificación de intervenciones a partir de su pertenencia explícita o no a un marco de referencia:

- *Intervenciones específicas*: son aquellas intervenciones que se encuentran teorizadas o definidas en forma explícita por un modelo teórico en particular.
- *Intervenciones no-específicas*: son aquellas intervenciones que ningún marco de referencia define en forma explícita como propia (o que el marco estudiado no define como propia; en este caso, el marco interpersonal).
- *Intervenciones comunes*: son aquellas intervenciones que son utilizadas por más de un marco teórico y pueden ser tanto específicas como no - específicas.

RESULTADOS

En la tabla de análisis descriptivo de intervenciones específicas interpersonales (tabla 1) se identificaron 12 grupos de intervenciones específicas que se subdividen en 34 intervenciones específicas interpersonales. En la tabla de análisis de contenido específico interpersonal (tabla 2) se identificaron 2 grandes grupos de contenidos específicos interpersonales que se subdividen en 14 contenidos específicos interpersonales. En la tabla de análisis estratégico -es decir, de objetivos o propósitos específicos interpersonales- (tabla 3), se identificaron 94 objetivos o propósitos interpersonales que se subdividen de la siguiente forma: 35 objetivos o propósitos asociados a intervenciones específicas, 12 objetivos o propósitos asociados a las sesiones iniciales del tratamiento, 3 objetivos o propósitos asociados a las sesiones intermedias, 29 objetivos o propósitos asociados a áreas-problema interpersonales abordados durante las sesiones intermedias, 5 objetivos o propósitos asociados a la fase de terminación o cierre del tratamiento, y 6 objetivos o propósitos generales de la TIP. En la tabla de análisis descriptivo de intervenciones no-específicas presentes en tratamientos interpersonales no manualizados (tabla 4) se identificaron 7 intervenciones no - específicas a nivel descriptivo.

En el presente trabajo se incluye por primera vez la instrumentación del nivel de análisis estratégico de las intervenciones. Esto permitió observar que entre los objetivos especificados por los exponentes de la terapia interpersonal es posible discriminar aquellos que se refieren a metas de carácter inmediato (principalmente entre los propósitos asociados intervenciones) y objetivos asociados a metas mediatas (por ejemplo, entre los propósitos asociados a una fase del tratamiento o área-

problema).

Las tablas de intervenciones interpersonales aquí presentadas están siendo utilizadas en investigaciones que se encuentran en curso. Por este motivo aún no se poseen resultados sobre el análisis de intervenciones en tratamientos no-manualizados interpersonales.

DISCUSIÓN

Una peculiaridad que presentó el marco teórico interpersonal es la imposibilidad de disociar en algunas intervenciones, sus contenidos de sus características descriptivas. Por ejemplo el grupo de intervenciones comprendidas dentro de la categoría «Expresión del afecto», por definición requiere un contenido emocional. Dicha asociación entre contenidos y aspectos descriptivos de las intervenciones cobra especial relevancia en el marco teórico interpersonal, debido a que algunos contenidos claves (el interpersonal y el emocional) no sólo se convierten estructuralmente en intervenciones específicas, sino que, además, son parte de los objetivos y estrategias del tratamiento. De esta forma, intervenciones específicas, contenidos específicos y estrategias específicas se presentan fuertemente asociados.

Otro obstáculo que surgió al intentar clasificar a las intervenciones interpersonales, pero que podría considerarse propio de marcos teóricos que se encuentren en situaciones análogas al Interpersonal, consiste en que la mayoría de las técnicas o intervenciones empleadas en esta forma de psicoterapia son comunes a muchas formas de psicoterapia, especialmente con respecto a las terapias psicoanalíticas y a las cognitivo-conductuales (Blanco, Clougherty, Lipsitz, Mufson y Weissman, 2006; Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; y Markowitz y Weissman, 1995). De hecho, Markowitz y Weissman (1995, p. 376) afirman que la Terapia Interpersonal es la psicoterapia breve utilizada en estudios experimentales controlados que más se asemeja a aquello que los terapeutas psicodinámicos hacen en sus consultorios.

Por otro lado, los principales exponentes de la TIP sostienen per sé una posición integracionista: Por un lado, Markowitz y Weissman, (1995, p. 378) plantean que, “todos tendemos a realizar intervenciones interpersonales, cognitivas, comportamentales, psicodinámicas y de otros tipos según la “... mezcla que pensemos, idiosincrásicamente, como psicoterapia genérica” y que “aprender una técnica en particular ayuda a analizar un aspecto del trabajo psicoterapéutico”. Por el otro lado, Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron (1984/1999), afirman que el elemento distintivo de la TIP son sus estrategias y que las técnicas que presentan en su manual de tratamiento solo cumplen la función de ilustrar al lector la variedad de acciones que se pueden llevar a cabo dentro de marco interpersonal.

Consecuentemente, aún existiendo manuales y protocolos de tratamiento interpersonal, resulta dificultoso

identificar intervenciones que sean estrictamente interpersonales. A partir del análisis de dichos manuales de tratamiento, se han podido identificar intervenciones que por no estar explicitadas en dichos manuales de tratamiento se han clasificado como no-específicas; pero al momento de diferenciar entre intervenciones específicas-exclusivas de la terapia interpersonal y específicas-comunes a otros marcos teóricos, el carácter integracionista de esta forma de psicoterapia imposibilita la tarea. Como solución tentativa, se ha optado por denominar -en sentido amplio- como "específicas" a las intervenciones que están definidas explícitamente como interpersonales (desconociendo si son comunes a otros marcos teóricos) y, como no-específicas a las restantes, no descritas por la teoría interpersonal (que, de hecho, también pueden ser comunes).

Tablas del artículo sobre Intervenciones, contenidos y propósitos interpersonales
(Etchebarne, Fernández y Roussos - versión post-evaluación):

Tabla 1: Análisis descriptivo de intervenciones específicas interpersonales

Nombre	Subtipo	Definición (y subtipo, cuando corresponde)
"Exploración no-directiva" (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 142 - 143)	Demanda de información	El terapeuta realiza verbalizaciones o preguntas con final abierto (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 142 - 143), solicitando información general sobre un tema en particular, por ejemplo, preguntando "¿Cómo te fue esta semana?" o "¿Sobre qué querés empezar hablando hoy?", etc. (modificación de "Demanda de información" de Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 57). <i>Advertencia:</i> no debe asignarse esta categoría basándose en el uso del modo interrogativo por parte del terapeuta, ya que el terapeuta puede realizar otros tipos de intervenciones en forma de pregunta. Aquí solamente se está recolectando información (no se explica ni se indica nada).
	Reconocimiento sustentador	Intervención del terapeuta que incluye metacomunicaciones tales como decir "mmjm", "ya veo" (modificación de "Supportive acknowledgement" de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 143), "claro", etc. (modificación de "Intervención de orden fáptico", de Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 57). <i>Advertencia:</i> toda intervención per sé es de orden fáptico; por lo tanto, sólo debe aplicarse esta categoría cuando la intervención se presente en forma aislada dentro de una alocución del terapeuta (es decir, que no se encuentre encadenada o fusionada con otra intervención o intervenciones presentes en una misma alocución).
	Extensión del tema discutido	El terapeuta solicita al paciente que continúe hablando sobre un tema que acaba de mencionar, que dé una descripción mas detallada, o repite las últimas palabras que el paciente acaba de decir (modificación de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 143; y de la definición de "Repetición" y de "Demanda de mayor elaboración" de Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 57).
	Recapitulación	El terapeuta retoma cierta o ciertas temáticas (en forma sintetizada, en el segundo caso) que el paciente ha mencionado anteriormente dentro de la misma sesión o en el transcurso de otras (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 57; y modificación de "Extensión del tema discutido" de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, 143). <i>Advertencia:</i> esta categoría se diferencia de la «Extensión del tema discutido» en cuanto que esta última presenta una continuidad temporal entre la afirmación del paciente y la intervención, ya que se refiere a lo que el paciente acaba de decir. La «Recapitulación», en cambio, se refiere a algo dicho en otro momento (no hay continuidad temporal).
"Exploración directiva" (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 143 - 144)	Interrogación directiva	El terapeuta realiza una evaluación profusa sobre un tema en particular, a través de la aplicación de algún modelo de entrevista estructurada o semi-estructurada, o la administración de cuestionarios formales tales como escalas diagnósticas, inventarios, etc. Esta categoría incluye la aplicación del inventario interpersonal, que consiste en una sistemática y detallada exploración de las relaciones importantes del paciente con otros significativos (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, 143 - 144).
	Interrogación cerrada	El terapeuta realiza un pedido de información específica (detallada) sobre un tema en particular, generalmente, elegido por él/ella (por ejemplo, "¿Eso fue exactamente lo que te dijo tu hermano o la forma en que vos interpretaste sus palabras?") (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 143 - 144); o bien, realiza una pregunta que, por su formato, puede ser respondida en pocas palabras ("sí", "no", "puede ser", "33 años") (modificación de "Interrogación cerrada" de Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, 57)
Expresión de afecto (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 144 - 146)	Apoyo directo	El terapeuta realiza una aprobación explícita y directa de un comentario o conducta realizada por el paciente, haciendo las veces de sponsor o patrocinador del paciente (Modificación de "Elogio" de Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 57), por ejemplo, realizando afirmaciones tales como "La mayoría de las personas se sentirían así", "Claro que estás enojado" (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 145).
	Expresión directa del afecto	El terapeuta interroga al paciente sobre lo que está sintiendo mientras discute temáticas "cargadas" emocionalmente (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 144 - 145). <i>Advertencia:</i> En aquellos casos en los que la intervención del terapeuta contiene una interrogación, esta categoría debe aplicarse únicamente, cuando se refiere exclusivamente a procesos afectivos del paciente. De lo contrario debe aplicarse alguna de las categorías de «Exploración no-directiva» o «Exploración directiva», según corresponda.
	Negociación con terceras partes	El terapeuta indica al paciente que negocie con personas significativas ligadas a una experiencia afectiva dolorosa (por ejemplo, miembros de su familia) qué puede cambiar cada uno para eliminar las circunstancias que evocan los sentimientos dolorosos (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 145).

	Abordaje de impulsos afectivos	El terapeuta explora con el paciente determinadas estrategias que éste puede aplicar al momento de lidiar con acciones basadas en sentimientos impulsivos. Por ejemplo, que el terapeuta le pregunte al paciente si éste podría planear con su esposa, postergar sus discusiones intensas hasta que ambos tomen cierta distancia con respecto al tema que están discutiendo. Esta categoría puede incluir un análisis de las posibles consecuencias de actuar determinado impulso (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, 145). <i>Advertencia:</i> Esta categoría debe aplicarse únicamente cuando se refiere exclusivamente a procesos afectivos del paciente; de lo contrario debe aplicarse la categoría de «Análisis de decisiones», «Exploración no-directiva» o «Exploración directiva», según corresponda.
Expresión de afecto (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 144 - 146)	Revisión pensamiento-afecto	El terapeuta interroga al paciente sobre sus pensamientos asociados a temáticas "cargadas" afectivamente y, a su vez, lo asiste en la revisión de los sentimientos que son disparados por dichos pensamientos (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 145). <i>Advertencia:</i> En aquellos casos en los que la intervención del terapeuta contiene una interrogación, esta categoría debe aplicarse únicamente, cuando se refiere exclusivamente a pensamientos asociados con procesos afectivos del paciente. De lo contrario debe aplicarse alguna de las categorías de «Exploración no-directiva» o «Exploración directiva», según corresponda.
	Revisión miedos-afecto suprimido	El terapeuta explora con el paciente posibles miedos irracionales asociados a la supresión de procesos emocionales tales como la expresión de afecto, gratitud, cuidado, etc. (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 145 - 146). <i>Advertencia:</i> En aquellos casos en los que la intervención del terapeuta contiene una interrogación, esta categoría debe aplicarse únicamente, cuando se refiere exclusivamente a miedos asociados con la supresión de procesos afectivos del paciente. De lo contrario debe aplicarse alguna de las categorías de «Exploración no-directiva» o «Exploración directiva», según corresponda.
	Interrupción del despliegue emocional	El terapeuta interrumpe el accionar de algún paciente desbordado por una experiencia afectiva intensa. Dicha maniobra puede ser efectuada de diversas formas, por ejemplo, interrumpiendo el discurso del paciente, interrogándolo acerca de los pensamientos que tiene en ese momento, etc. (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 146). <i>Advertencia:</i> Se espera que esta categoría suela aparecer asociada a otra intervención; en cuyo caso se registrarán todas las categorías involucradas.
	Repetición o parafraseo por parte del paciente	El terapeuta solicita al paciente que repita o parafrasee lo que acaba de decir (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 146).
"Clarificación" (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 146 - 147)	Redefinición interpersonal	El terapeuta parafrasea lo que el paciente acaba de decir, enmarcándolo dentro de un contexto interpersonal y/o le pregunta al paciente si fue eso lo que quiso decir. Por ejemplo, si un paciente presentando un incidente con su hijo porque había utilizado el auto sin permiso, describe sus sentimientos diciendo, "había mucho enojo", el terapeuta puede parafrasear esto preguntando, "¿Estabas muy enojado con tu hijo?" (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 146 - 147). <i>Advertencia:</i> Esta categoría debe aplicarse únicamente, cuando se refiere exclusivamente a algo que el terapeuta ha redefinido en términos interpersonales, incluso, si la misma contiene o se presenta como una interrogación. De lo contrario debe aplicarse alguna de las categorías de «Exploración no-directiva», «Exploración directiva» o «Síntesis» (ver tabla 4), según corresponda.
	Extensión lógica y suposiciones implícitas	Subtipo específico de observación en el cual, el terapeuta le señala al paciente cual es la extensión lógica de lo que acaba de decir o destaca las suposiciones implícitas en la afirmación del paciente y/o le pregunta si eso representa su verdadera creencia o pensamiento (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 147). <i>Advertencia:</i> Esta categoría debe aplicarse únicamente, cuando se refiere exclusivamente a suposiciones implícitas o a la extensión lógica de afirmaciones del paciente, incluso, si la misma contiene o se presenta como una interrogación. De lo contrario debe aplicarse alguna de las categorías de «Exploración no-directiva», «Exploración directiva» u «Observación» (ver tabla 4), según corresponda.
	Contrastes o contradicciones	Subtipo específico de observación en el cual, el terapeuta señala contrastes, discrepancias o contradicciones presentes en el discurso del paciente. Por ejemplo, el terapeuta puede señalar contradicciones entre la expresión afectiva del paciente y la discusión verbal de un tema en particular; puede señalar discrepancias en un mismo material presentado por el paciente en distintas ocasiones; o puede señalar contrastes entre afirmaciones del paciente y su conducta manifiesta o entre metas verbalizadas por el paciente y limitaciones impuestas por la realidad misma (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, 147). <i>Advertencia:</i> Esta categoría debe aplicarse únicamente, cuando se refiere exclusivamente a contrastes, discrepancias o contradicciones presentes en afirmaciones del paciente, incluso, si la misma contiene o se presenta como una interrogación. De lo contrario debe aplicarse alguna de las categorías de «Exploración no-directiva», «Exploración directiva» u «Observación» (tabla 4), según corresponda.
"Análisis de la comunicación"	El terapeuta señala fallas o problemas en la comunicación del paciente en una conversación o discusión importante que el paciente ha tenido con un otro significativo (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 147 - 148).	

"Uso de la relación terapéutica"	El terapeuta reencuadra pensamientos, sentimientos, expectativas y/o conductas del paciente dirigidas hacia su persona, tomándolas como una representación del modelo característico desplegado por el paciente en sus relaciones con otras personas; es decir, como representantes de su estilo de funcionamiento interpersonal (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 149).	
Resumen de cierre	El terapeuta cierra la sesión haciendo una síntesis de la misma, en la que resalta puntos clave de lo trabajado ese día (Markowitz y Weissman, 1995, p. 379). <i>Advertencia:</i> Esta categoría se diferencia de la «Síntesis» en cuanto a que no se refiere a lo que el paciente acaba de decir, sino, a todo lo trabajado durante la sesión (aquí, el terapeuta no sintetiza un comentario o exposición puntual, sino el trabajo de la sesión entera).	
"Técnicas Complementarias" (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 153)		
"Establecimiento del contrato"	Esta categoría se refiere a tareas semi-estructuradas presentes en las sesiones iniciales, tales como una explicación individualizada del fundamento de la terapia interpersonal, una explicación de las técnicas de la terapia interpersonal, alguna comunicación de las hipótesis del terapeuta con respecto a qué lleva al paciente a iniciar una psicoterapia, establecimiento de un acuerdo sobre los objetivos en los que se focalizará el tratamiento y una discusión de las dimensiones prácticas del tratamiento -duración de las sesiones, frecuencia, duración de la terapia, horario de las sesiones, política frente a ausentismos, honorarios, etc. (modificación de "Establecimiento del contrato" de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 153; y modificación de "Instrucciones u operaciones de encuadre" de Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 57).	
Modificación del encuadre y detalles administrativos	Esta categoría se refiere a tareas procedurales relacionadas con la reserva de turnos, discusión/cambios de horarios, establecimiento de períodos vacacionales, etc. y a cualquier modificación del encuadre terapéutico establecido en las sesiones iniciales (por ejemplo, aumento de honorarios, etc.) (modificación de "Detalles administrativos" de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 153; y modificación de "Instrucciones u operaciones de encuadre" de Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 57).	
"Técnicas de cambio comportamental" (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 150 - 153)		
"Técnicas directivas" (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 150 - 152)	Directivas	El terapeuta realiza intervenciones de carácter autoritario, que el paciente se ve obligado a cumplimentar (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006), tales como, por ejemplo, prescripciones concretas de cambios de conductas asociadas a los problemas interpersonales del paciente (Wilfley, Frank, Welch, Borman Spurrel, y Rounsaville, 1998). <i>Advertencia:</i> A diferencia del «Establecimiento de límites», su incumplimiento no afecta la iniciación ni la continuidad del tratamiento (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 58).
	Psico-educación	El terapeuta provee al paciente información sobre temáticas psicológicas que este desconoce o posee insuficientes conocimientos, como, por ejemplo, información sobre características de su trastorno psicológico (por ejemplo, datos estadísticos), principios generales de psicología (por ejemplo, le explica al paciente la diferencia entre sentimiento y acción, aclarando que lo primero no necesariamente lleva a lo segundo), etc. (modificación de "Educación" de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 151; y de "Información o explicación general" de Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 57).
	"Proveer el rol de enfermo"	Subtipo de psico-educación en el cual el terapeuta excusa al paciente del cumplimiento de determinados roles sociales u obligaciones diarias -explicándole que su trastorno lo imposibilita, por el momento, a ejercerlas-, y, a la vez, lo insta a comprometerse con el tratamiento para recuperar su salud. Así, como parte de esta intervención, el terapeuta puede reencuadrar dentro del marco del trastorno diagnosticado al paciente, síntomas que él/ella u otras personas pueden percibir como signos de voluntariedad y/o debilidad (por ejemplo, reencuadra a la pereza como fatiga, etc.) (Markowitz y Weissman, 1995, p. 379)
	"Formulación interpersonal"	Subtipo de psico-educación en el cual, combinando la información obtenida a través de escalas diagnósticas y el inventario interpersonal, el terapeuta presenta al paciente una breve narración explicativa en la que relaciona los síntomas del paciente con un área-problema interpersonal específica (Markowitz y Weissman, 1995, p. 379). <i>Advertencia:</i> Esta intervención se diferencia de la «Redefinición interpersonal» en cuanto que esta última se refiere a lo que el paciente acaba de decir (es más micro), mientras que la «Formulación interpersonal» es una devolución que cierra el proceso psicodiagnóstico (es más macro).
	Información general y/o ayuda directa	El terapeuta provee al paciente información práctica, de actualidad o sobre cultura general que este desconoce o posee insuficientes conocimientos (por ejemplo, el nombre de alguna figura pública, el pronóstico meteorológico, etc.), o bien, lo asiste en la resolución de un problema práctico relativamente simple (por ejemplo, acompaña al paciente hasta la parada de colectivo que lo llevará de regreso a su casa, para que este conozca su ubicación exacta) (modificación de "ayuda directa" y de "educación" de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 151; y de "Información o explicación general" de Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 57).
	"Consejos y sugerencias"	El terapeuta asiste al paciente a considerar opciones que no ha contemplado previamente, diciendo, por ejemplo, "Una cosa que podrías considerar hacer es..." (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 151); o bien, realiza una sugerencia directa sobre cómo debe comportarse el paciente (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 57).
	"Establecimiento de límites"	El terapeuta impone o exige el cumplimiento de requisitos especiales para aceptar o mantener al paciente en tratamiento (como por ejemplo, el control de determinados síntomas o conductas). Todos ellos llevan consigo la connotación de un ultimátum (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, 151; y modificación de "Puesta de límites" de Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 57).

	Modelado o exposición vicaria	El terapeuta solicita al paciente que actúe como observador de un modelo que ejecuta determinadas conductas. El modelo puede ser el mismo terapeuta, los otros miembros del grupo o un tercero cualquiera (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 59). Puede ser el terapeuta quien provea los ejemplos a ser modelados (por ejemplo, a partir de cómo él mismo ha resuelto problemas similares a los del paciente en cuestión) o cualquiera de los otros pacientes miembros del grupo terapéutico (modificación de "Modelado" Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 151).
"Técnicas directivas" (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 150 - 152)	Asignación y/o revisión de tareas inter-sesión	El terapeuta le asigna al paciente la realización de determinada tarea a ser ejecutada entre sesiones; es decir, por fuera de la sesión (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 58). Por ejemplo, el terapeuta puede solicitarle al paciente, para la sesión siguiente, que escriba en una tabla de tres columnas, (a) las fechas de importantes períodos de sus vidas, (b) relaciones importantes durante estos períodos, y (c) el estado anímico del paciente en cada período. Otro ejemplo puede ser que le solicite escribir en el mayor detalle posible interacciones relacionadas con sus dificultades interpersonales tales como discusiones con otros significativos. Asimismo, muchas de las técnicas previamente descritas pueden emplearse en forma de asignación de tareas (Blanco, Clougherty, Lipsitz, Mufson y Weissman, 2006). <i>Advertencia:</i> se debe incluir en esta categoría la revisión de una tarea asignada por el terapeuta en otra sesión.
"Análisis de las decisiones"		El terapeuta asiste al paciente a considerar una amplia gama de acciones alternativas (y sus consecuencias) que pueden ejecutarse fuera del tratamiento para resolver un problema en particular e insiste en que el paciente posponga actuar hasta que haya explorado adecuadamente cada posibilidad. El terapeuta suele iniciar esta técnica preguntando "¿Qué alternativas sentís que tenés ahora?" o "¿Por qué no tratamos de considerar todas las opciones que tenés?" (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 152). <i>Advertencia:</i> En aquellos casos en los que la intervención del terapeuta contiene o se presenta como una interrogación, esta categoría debe aplicarse únicamente, cuando se refiere exclusivamente a acciones alternativas (y/o sus consecuencias) a ser ejecutadas por el paciente. De lo contrario debe aplicarse alguna de las categorías de «Exploración no-directiva» o «Exploración directiva», según corresponda.
"Role playing"		El terapeuta asume el rol de una persona significativa para el paciente, actúa como si fuera el paciente y/o el paciente asume el rol del terapeuta (modificación de "Role playing" de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 152 - 153).

Tabla 2: Análisis de contenido específico interpersonal

Nombre	Subtipo	Definición
Emoción o afecto	Miedo	La intervención del terapeuta se refiere a sentimientos o emociones del paciente (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 60) que se caracterizan por la anticipación de una amenaza o peligro (imaginario o real) que produce ansiedad, incertidumbre y/o inseguridad (psicoactiva, 2008).
	Sorpresa	La intervención del terapeuta se refiere a sentimientos o emociones del paciente (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 60) tales como sobresalto, asombro y/o desconcierto, de carácter transitorio (psicoactiva, 2008).
	Asco	La intervención del terapeuta se refiere a sentimientos o emociones del paciente (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 60) tales como disgusto, repugnancia y/o aversión (psicoactiva, 2008).
	Ira	La intervención del terapeuta se refiere a sentimientos o emociones del paciente (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 60) tales como rabia, enojo, furia y/o estado de irritabilidad (psicoactiva, 2008).
	Alegría	La intervención del terapeuta se refiere a sentimientos o emociones del paciente (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 60) tales como diversión, euforia, gratificación, sentirse contento, tener sensación de bienestar y/o de seguridad (psicoactiva, 2008).
	Tristeza	La intervención del terapeuta se refiere a sentimientos o emociones del paciente (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 60) tales como pena, soledad y/o pesimismo (psicoactiva, 2008).
Interpersonal	No-familiar	La intervención del terapeuta se refiere a la forma en que el paciente se relaciona con cualquier persona externa a su grupo primario (familia) y que no forme parte de un vínculo erótico (cita o pareja) como, por ejemplo, amistades, compañeros/as de trabajo, personas que acaba de conocer el paciente, etc. Se incluye en esta categoría cualquier información sobre estas personas, incluso, comentarios de los pacientes sobre conversaciones o interacciones de las que ellos/as no formaron parte (modificación de contenido "Interpersonal" de Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 59). <i>Advertencia:</i> Esta categoría se aplica para indicar que el contenido de la intervención del terapeuta trata sobre una persona que no tiene relación de parentesco con el paciente y/o el contenido de la intervención es, claramente interpersonal, pero no encaja en ninguna de las otras categorías específicas interpersonales que figuran a continuación.

Interpersonal	Pareja o cita	La intervención del terapeuta se refiere a cuestiones relacionadas con el establecimiento, sostén y/o dificultades en las citas con potenciales parejas sexuales o relaciones de pareja del paciente, que: Conviven con el/la paciente durante el tratamiento (esposa/o o concubina/o). No conviven con el/la paciente durante el tratamiento.
	Familia	La intervención del terapeuta se refiere a la forma en que el paciente se relaciona con sus familiares (estructura, funcionamiento y/o clima familiar del paciente). Se incluye en esta categoría cualquier información sobre estas personas (modificación de contenido "Situación familiar" de Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 59). Advertencia: Esta categoría se aplica para indicar que el contenido de la intervención del terapeuta trata sobre familiares del paciente y/o el contenido de la intervención es, claramente sobre familiares del paciente, pero no encaja en ninguna de las otras categorías específicas interpersonales que figuran a continuación.
	Relación terapéutica	La intervención del terapeuta se refiere al papel o rol que le adjudica el paciente al terapeuta y viceversa. Esta categoría incluye cualquier contenido que haga referencia al vínculo entre el paciente y el terapeuta (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006).
	Duelo	La intervención del terapeuta se refiere a la forma en que el paciente reacciona ante la muerte de una persona significativa (con o sin parentesco) (Markowitz y Weissman, 1995, p. 380)
	"Disputa de rol"	La intervención del terapeuta se refiere a conflictos o altercados que el paciente sostiene con personas significativas (con o sin parentesco), como por ejemplo, peleas con su pareja por conflictos sexuales, discusiones con los padres, etc. (Markowitz y Weissman, 1995, p. 381).
	"Transición de rol"	La intervención del terapeuta se refiere a cualquier cambio potencialmente desconcertante en los roles interpersonales del paciente; es decir el principio o final de cualquier situación vital: casamiento o divorcio, graduación, pérdida u obtención de un empleo, diagnóstico de una enfermedad médica o la prescripción de su cura, etc. (Markowitz y Weissman, 1995, p. 381).
	"Déficits interpersonales"	La intervención del terapeuta se refiere a características propias del paciente (por ejemplo sus rasgos de carácter, conductas de aislamiento, etc.) que contribuyen en la formación y mantenimiento de sus conflictos interpersonales (modificación de la definición de "déficits interpersonales" de Markowitz y Weissman, 1995, p. 382 - 383).

Tabla 3: Análisis estratégico - Objetivos o propósitos específicos interpersonales

Objetivos o propósitos asociados a intervenciones específicas interpersonales	
Intervención	Objetivo o propósito
Exploración no-directiva	Facilitar la libre discusión del material (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 143).
	Alentar al paciente a seguir hablando (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 143).
	Permitir que el paciente traiga nuevo material (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 143).
	Identificar áreas-problema que no fueron abordadas en las sesiones iniciales (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 143).
	Para obtener una actualización de los eventos que han ocurrido a partir de la sesión anterior (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 143).
	Facilitar en el paciente un sentido de responsabilidad por el tratamiento (ya que él o ella puede elegir las áreas a concentrarse) y el sentimiento de ser comprendido y aceptado por el terapeuta (el terapeuta acepta su elección de preocupaciones como legítima) (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 143).
Exploración directiva	Obtener una evaluación profusa de un área problema en particular (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 144).
	Ayudar al paciente a que vea su rol en una situación determinada (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, 144).
	Desarrollar una base de datos (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 144).
	Chequear las hipótesis interpersonales del terapeuta (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 144).
Expresión del afecto	Alentar la expresión del afecto (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999).
	Facilitar el reconocimiento y la aceptación de sentimientos dolorosos que no pueden o no deben cambiarse (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 144 - 145).
	Manejo efectivo de las experiencias afectivas; es decir, asistir al paciente para que pueda utilizar sus experiencias afectivas en torno al logro de cambios interpersonales que desea. Esto incluye la supresión de experiencias afectivas desbordantes (como propósito de corto plazo), la postergación de impulsos afectivos, la evitación de situaciones dolorosas innecesarias, entre otras (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 144 - 145).
	Generación de sentimientos suprimidos; es decir, alentar el desarrollo de afectos deseables, nuevos y no reconocidos por el paciente que, a su vez, pueden facilitar el crecimiento y el cambio (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 144 - 146).

Interrupción del despliegue emocional	Ayudar al paciente a suprimir experiencias emocionales abrumadoras o desbordantes (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 146).
Clarificación	Reestructurar el material del paciente y proveerle feedback (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 146).
	Concientizar al paciente con respecto a lo que acaba de comunicar (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 146). Facilitar la discusión de material previamente suprimido por el paciente (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 146).
Análisis de la comunicación	Examinar e identificar fallas comunicacionales y guiar al paciente a fin de que aprenda a comunicarse más efectivamente (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 147 - 148).
Uso de la relación terapéutica	Proveer al paciente un modelo de sus interacciones con los demás (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 149).
	Realizar una negociación con el paciente con respecto a cuáles de sus preocupaciones son legítimas y cuáles no son realistas (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 149).
	Que el paciente aprenda sobre otras relaciones (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 149).
	Corregir distorsiones o reconocer deficiencias genuinas o problemas en el tratamiento (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 149). Proveer al paciente información convincente que puede utilizar para corregir su percepción distorsionada de los otros (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 149).
Cierre de resumen	Reforzar puntos clave antes de que el paciente se vaya de la sesión (Markowitz y Weissman, 1995, p. 379).
Técnicas de cambio comportamental	Facilitar cambios a nivel comportamental (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 150).
	Ayudar al paciente a funcionar en forma independiente (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 150).
Educación	Proveer al paciente las habilidades necesarias para que tome sus propias decisiones (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999).
Proveer el rol de enfermo	Proveer cierto grado de alivio (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995).
Formulación interpersonal	Establecer un contrato terapéutico (Markowitz y Weissman, 1995, p. 379).
Modelado	Transmitirles a los pacientes la idea o experiencia de que no son únicos en lo que se refiere a tener dificultades y la idea o experiencia de que otras personas han aprendido a resolver sus problemas (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999).
Análisis de Decisiones	Ayudar al paciente a reconocer un rango de opciones mayor (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999).
Role playing	Explorar los sentimientos y estilo de comunicación del paciente con otras personas (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999).
	Ensayo en un encuadre seguro (entrenamiento) de nuevas formas de comportamiento que el paciente puede asumir con otras personas (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999).
	Suavizar la transición entre planes (pensamiento) y acción (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999).

Objetivos o propósitos específicos de la Terapia Interpersonal asociados a las sesiones iniciales del tratamiento

Objetivo o propósito

Arribar al diagnóstico formal del trastorno o síndrome; es decir, darle un nombre a los síntomas del paciente (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 378).

Proveer psico-educación sobre el trastorno y su tratamiento (Markowitz y Weissman, 1995, p. 380).

Evaluar la necesidad de medicación psiquiátrica (Markowitz y Weissman, 1995, p. 380) y/o interconsulta clínica.

Determinar con el paciente el inventario interpersonal; es decir, obtener información profusa sobre la naturaleza de las relaciones interpersonales significativas del paciente -tanto pasadas como actuales-, evaluando el grado de intimidad que el paciente ha logrado establecer, la presencia de confidentes, la emergencia de patrones disfuncionales en las distintas relaciones, las expectativas recíprocas en las distintas relaciones y hasta qué punto éstas han sido satisfechas, aspectos satisfactorios y no satisfactorios de las relaciones del paciente, con qué personas puede contar, qué cambios se han producido en las relaciones clave del paciente, previamente y durante el inicio de su trastorno, y qué cambios desea lograr el paciente en sus relaciones (Markowitz y Weissman, 1995, p. 378 y 380).

Relacionar el trastorno o síndrome del paciente con el contexto interpersonal. Esto incluye determinar qué relación/es o aspecto/s de una relación está/n relacionado/s con el trastorno del paciente y qué podría cambiar en ella/s (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 380).

Identificar las áreas-problema más importantes (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 378).

Fijar (con acuerdo del paciente) los objetivos del tratamiento; es decir, qué área-problema será el foco del tratamiento (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 380).

Lograr acuerdo con el paciente con respecto a «Formulación interpersonal» sobre su problemática, realizada por el terapeuta (Markowitz y Weissman, 1995, p. 379).

Explicar los conceptos de la terapia interpersonal, introducir al paciente cuál será su rol en la terapia y establecer un contrato terapéutico a partir de la «Formulación interpersonal» realizada por el terapeuta (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 378 - 380).

Establecer una alianza terapéutica, con el terapeuta como una figura positiva y de apoyo (Markowitz y Weissman, 1995, p. 379).

Instilar esperanza en el paciente (Markowitz y Weissman, 1995, p. 379).

Movilizar al paciente (Markowitz y Weissman, 1995, p. 379).

Objetivos o propósitos específicos de la Terapia Interpersonal asociados a las sesiones intermedias del tratamiento

Objetivo o propósito

Mantener el foco en el aquí y ahora (Markowitz y Weissman, 1995, p. 379).

Ayudar al paciente a establecer conexiones entre sus estados emocionales y eventos interpersonales (Markowitz y Weissman, 1995, p. 379).

Reforzar puntos clave antes de que el paciente se vaya de la sesión (Markowitz y Weissman, 1995, p. 379).

Objetivos o propósitos específicos de la Terapia Interpersonal asociados a áreas-problema interpersonales abordadas durante las sesiones intermedias del tratamiento

Área-problema	Objetivo o propósito
Duelo	Facilitar el proceso de duelo. Esto incluye alentar la catarsis, así como la exploración del significado que la persona difunta tenía para el paciente, los aspectos felices y tristes de su relación y del vacío que su muerte ha dejado en la vida del paciente (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381; Markowitz y Weissman, 1995, p. 380 - 381).
	Ayudar al paciente a buscar apoyos alternativos, a restablecer intereses y a desarrollar nuevas relaciones interpersonales, a fin de sustituir lo que se ha perdido (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 380 - 381).
	Relacionar la instalación o exacerbación de los síntomas con la muerte de alguna persona significativa para el paciente (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 380 - 381).
	Reconstruir la relación del paciente con el difunto (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381).
Disputas de rol	Identificar disputas actuales (abiertas o encubiertas) del paciente con personas significativas y relacionar la instalación de los síntomas del paciente con dichas disputas (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 382).
	Ayudar al paciente a comprender su rol o papel en las disputas interpersonales que mantiene (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381).
	Modificar expectativas o comunicación defectuosa a fin de arribar a una resolución satisfactoria de las disputas interpersonales del paciente (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 382).
	Determinar la etapa de la disputa interpersonal del paciente y elegir un plan de acción de resolución del conflicto acorde con dicha etapa: Renegociación => Calmar a los participantes para facilitar la resolución. Impasse => Incrementar la inarmonía a fin de reabrir la negociación. Disolución => Asistir en el proceso de duelo por la relación interpersonal perdida. (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 382).
	Comprender cómo expectativas de rol o valores no recíprocos se relacionan con la disputa (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 382).
	Comprender cuáles son las opciones del paciente, cuál es la probabilidad de encontrar alternativas, y de qué recursos se dispone para posibilitar el cambio en la relación (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 382).
	Comprender qué supuestos implícitos subyacen al comportamiento del paciente (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 382).
	Comprender cómo se perpetúa la disputa (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 382).
	Ayudar al paciente a desarrollar auto-afirmación adecuada para resolver sus disputas interpersonales (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381).
	Ayudar al paciente a desarrollar un rol interpersonal más constructivo (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381).
Restaurar la autoestima del paciente desarrollando una sensación de dominio en lo relativo al manejo y resolución de disputas interpersonales (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381).	
Transiciones de rol	Facilitar el reconocimiento de la existencia algún cambio vital reciente en la vida del paciente y relacionar sus síntomas con la dificultad de enfrentar dicha transición de rol (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 383).
	Evaluar en forma realista lo que se ha perdido (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999).
	Facilitar la aceptación y duelo por la pérdida del viejo rol (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 383).

Transiciones de rol	<p>Ayudar al paciente a comprender su transición de rol y sus ramificaciones -tanto positivas como negativas-, a fin de facilitar una mejor adaptación a la nueva situación interpersonal (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 383).</p> <p>Restaurar la autoestima desarrollando una sensación de dominio en lo relativo a las demandas de nuevos roles (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 383).</p> <p>Alentar una apropiada liberación del afecto (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 383).</p> <p>Alentar el desarrollo de un sistema de apoyo social así como de nuevas habilidades requeridas en el nuevo rol interpersonal (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 383).</p>
Déficits interpersonales	<p>Reducir el aislamiento social del paciente (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 383).</p> <p>Alentar la formación de nuevas relaciones interpersonales (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 383).</p> <p>Facilitar la experimentación por parte del paciente de nuevas relaciones interpersonales y patrones de comportamiento, utilizando a la terapia interpersonal como un encuadre para evaluar progreso y recaídas (Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 383).</p> <p>Relacionar los síntomas del paciente con problemas de aislamiento social o con incumplimientos (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 383).</p> <p>Identificar patrones repetitivos en las relaciones pasadas del paciente (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999; Markowitz y Weissman, 1995, p. 381 - 383).</p> <p>Ayudar al paciente a desarrollar auto-aseción, a expresar su enojo en forma adecuada y a correr "riesgos sociales" en sus relaciones interpersonales (Markowitz y Weissman, 1995, p. 382 - 383).</p> <p>Identificar patrones interpersonales disfuncionales presentes en la relación terapéutica y utilizarlo como modelo del patrón interaccional del paciente en otras relaciones interpersonales (Markowitz y Weissman, 1995, p. 382 - 383).</p>

Objetivos o propósitos específicos de la Terapia Interpersonal asociados a la fase de terminación o conclusión del tratamiento

Objetivo o propósito

- Establecer el reconocimiento de que la finalización es un momento de aflicción (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999).
- Establecer el reconocimiento por parte del paciente de su competencia para desenvolverse en forma independiente (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999).
- Ayudar al paciente a rever y consolidar sus logros, resaltando su rol como agente productor del cambio logrado; es decir destacando el hecho de que si bien el terapeuta ha señalado conexiones, es el paciente quien las ha puesto en práctica logrando importantes cambios vitales (Markowitz y Weissman, 1995, p. 378 y 383).
- Establecer el reconocimiento de la posibilidad potencial de recaída o recurrencia y anticipar puntos o situaciones de vulnerabilidad para el paciente (Markowitz y Weissman, 1995, p. 383).
- Instilar en el paciente la idea de que la terapia ha posibilitado -como mínimo- una comprensión y ataque inicial al problema que el paciente podrá continuar abordando una vez terminado el tratamiento (Markowitz y Weissman, 1995, p. 383).

**Objetivos o propósitos generales de la Terapia Interpersonal
 (si bien son específicos de la TIP no se encuentran asociados a ninguna fase del tratamiento en particular)**

Objetivo o propósito

- Educar a los pacientes sobre sus interacciones con otras personas (Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron, 1984/1999, p. 151).
- Asociar los problemas/síntomas del paciente con su dificultad para establecer vínculos interpersonales significativos (Wilfley, Frank, Welch, Borman Spurrel, y Rounsaville, 1998).
- Identificar el contexto interpersonal de los síntomas del paciente y mejorar la calidad de las relaciones interpersonales actuales del paciente y su funcionamiento social en general (Wilfley, Frank, Welch, Borman Spurrel, y Rounsaville, 1998).
- Alterar el contexto interpersonal en el que se desarrolló el trastorno del paciente (Wilfley, Frank, Welch, Borman Spurrel, y Rounsaville, 1998).
- Que el paciente aprenda a relacionar sus respuestas emocionales con sus contactos interpersonales (Markowitz y Weissman, 1995, p. 376).
- Que el paciente descubra que aprendiendo a abordar en forma apropiada (funcional) situaciones interpersonales puede, simultáneamente, mejorar tanto sus relaciones como sus estados emocionales (Markowitz y Weissman, 1995, p. 376).

Tabla 4: Análisis descriptivo de intervenciones no-específicas presentes en la terapia interpersonal no manualizada

Nombre	Definición
"No clasificable"	El terapeuta realiza algún tipo de intervención no incluida dentro de la presente clasificación de intervenciones o la intervención es demasiado breve y/o ambigua como para ser claramente identificada (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 57).
"Síntesis"	El terapeuta sintetiza o resume en pocas palabras lo que el paciente acaba de relatar (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 57). <i>Advertencia:</i> Esta categoría sólo puede aplicarse cuando el terapeuta realiza una síntesis que no es una «Redefinición interpersonal», una «Formulación interpersonal» ni un «Resumen de cierre», ya que estos son subtipos específicos interpersonales de síntesis con características distintivas cada uno (ver tabla 1).
"Observación"	El terapeuta le explicita (señala) al paciente algo que ha dicho, un rasgo, una costumbre, etc. (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 57). <i>Advertencia:</i> Esta categoría sólo puede aplicarse cuando el terapeuta realiza una observación que no es una «Extensión lógica y suposiciones implícitas», un «Contrastes o contradicciones», un «Resumen de cierre», ya que estos son subtipos específicos de observación con características distintivas cada uno (ver tabla 1).
Aquiencia	El terapeuta realiza un comentario conciso de asentimiento o acuerdo con respecto a una declaración o conducta realizada por el paciente (modificación de "Afirmación o aseveración" de Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 57).
"Anticipación"	El terapeuta anticipa (adivina) lo que el paciente está a punto de decir (Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 57).
"Meta-intervención"	El terapeuta realiza intervenciones cuyo objeto son sus propias intervenciones; es decir, realiza aclaraciones sobre el significado de haber realizado determinada intervención, cuestiona su propia intervención o explicita la ideología o meta subyacente a algunos supuestos de la misma (modificación de la definición de Fiorini, 2000). Un ejemplo de esta intervención puede ser que el paciente no comprenda una intervención realizada por el terapeuta y éste se vea necesitado a repetirla y/o a explicarse.
"Contactos con terceras partes"	El terapeuta realiza una intervención en la que hace referencia al contacto directo que ha establecido él o ella, con personas externas a la diada paciente - terapeuta: A) Contacto directo con familiares del paciente. B) Contacto directo con personas pertenecientes a la red cercana del paciente (amistades, pareja, profesores, jefes, etc.). C) Contacto directo con otros profesionales de la salud que también estén tratando al paciente (o que lo han tratado anteriormente) D) Contacto directo con terceras partes no mencionadas en la presente clasificación (Modificación de la definición de Roussos, Etchebarne y Waizmann, 2006, p. 58). <i>Advertencia:</i> esta intervención se refiere a contactos efectuados únicamente por parte del terapeuta (no, por parte del paciente).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arnold, M.B. (1970). *Feelings and emotions*. New York: Academic.
- Banon, E.; Evan-Greiner, M. y Bond, M. (2001). Early Transference Interventions with Male Patients in Psychotherapy. *J Psychother Pract Res*, 10(2), 79 - 92.
- Blanco, C.; Clougherty, K.F.; Lipsitz, W.J.; Mufson, L.; Weissman, M.M. (2006). Homework in Interpersonal Psychotherapy (ITP): Rationale and Practice. *Journal of Psychotherapy Integration*, 16(2), 201 - 218.
- Bond, M.; Banon, E. y Grenier, M. (1998). Differential Effects of Interventions on the Therapeutic Alliance with Patients with Personality Disorders. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7(4), 301 - 318.
- Doron, R. y Parot, F. (1991/1998). *Diccionario Akal de Psicología*. Madrid: Ediciones Akal, S. A.
- Ekman, P. y Friesen, W.V. (1975). *Unmasking the face*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Fiorini, H.J. (2000). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires, Nueva Visión.
- Frank, J.D. (1960). Breaking the Thought Barrier: Psychological Challenges of the Nuclear Age. *Psychiatry*, 23, 245 - 266.
- Izard, C.E. (Ed). (1977). *Human emotions*. New York: Plenum.
- Kazdin, A.E. (2006). Mechanisms of change in psychotherapy: Advances, breakthroughs, and cutting-edge research (Do not yet exist). in R.R. Bootzin and P.E. McKnight (Eds.). *Strengthening research methodology: Psychological measurement and evaluation* (pp. 77-101). Washington DC, APA Press
- Keegan, E. (2002). Review of Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy by Myrna M. Weissman, John C. Markowitz, and Gerald L. Klerman [En red]. *Human Nature Review*, 2, 523-524. Obtenido el 18 de marzo del 2008, de: <http://www.human-nature.com/nibbs/02/weissman.html>
- Klerman, G.L.; Weissman, M.M.; Rounsaville, B.J, y Chevron, E. S. (1984/1999). *Interpersonal Psychotherapy of Depression*. (Reimpresión). New Jersey: Jason Aronson Inc. (Traducción personal).
- Kraemer, H.C.; Stice, E.; Kazdin, A.; Offord, D. y Kupfer, D. (2001). How Do Risk Factors Work Together? Mediators, Moderators, and Independent, Overlapping, and Proxi Risk Factors. *Am J Psychiatry*, 158(6), 848 - 856.
- Lambert, M.J. (1992). Psychotherapy Outcome Research: Implications for Integrative and Eclectic Therapists. En J.C. Norcross y M.R. Goldfried (Comps.), *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic Books.
- Markowitz, J.C. y Weissman, M.M. (1995). Interpersonal Psychotherapy. En E.E. Beckham y W.R. Leber, *Handbook of Depression* (2da Ed.). New York: The Guilford Press.
- Milbrath, C.; Bond, M.; Cooper, S.; Znoj, H.J.; Horowitz, M.J. y Christopher Perry, J. (1999). Sequential Consequences of Therapists' Interventions. *J Psychother Pract Res*, 8(1), 40 - 54.
- National Institute of Mental Health. (2007). Depression (revised) [En red]. *NIH Publication No. 07-3561*. EE. UU., Department of Health and Human Services: National Institutes of Health. Obtenido el 18 de marzo del 2008, de: <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/nimhdepression.pdf>
- National Institute of Mental Health. (2002). *FY 2003 Budget* [En red]. EE. UU., Department of Health and Human Services: National Institutes of Health. Obtenido el 18 de marzo del 2008, de: <http://www.nimh.nih.gov/about/budget/archived-budget-requests/cj2003.pdf>
- Orlinsky, D.E. y Howard, K.I. (1986). Process and Outcome in Psychotherapy. En A. E. Bergin y S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavioral Change* (4 ed.) New York: J. Wiley and sons.
- Psicoactiva (2008). *Las emociones* [En red]. Obtenido el 19 de marzo del 2008 de: <http://www.psicoactiva.com/emocion.htm>
- Roussos, A.J.; Etchebarne, I. y Waizmann, V. (2006). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en psicoterapia cognitiva y psicoanalítica. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Año 2005*, 13, 51 - 61.
- Roussos, A.; Waizmann, V. y Etchebarne, I. (2003). Un esquema clasificatorio para las intervenciones en Psicoterapia. Publicado en *Memorias de las X Jornadas de Investigación: Salud, educación, justicia y trabajo. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires*, 1, 98 - 101.
- Roussos, J.A.; Waizmann, V. y Etchebarne, I. (artículo en preparación). *Common interventions in 2 single cases of Cognitive and Psychoanalytic Psychotherapies*.
- Sandler, Dare, J.C. y Holder, A. (1993). *El paciente y el analista. Las bases del proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Trijsburg, R.W.; Frederiks, G.C.F.J.; Gorlee, M.E.K, den Hollander, A.M. y Duivenvoorden, H. (2002). Development of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scales (CPIRS). *Psychotherapy Research* 12(3): 287-317.
- Trijsburg, R.W.; Lietaer, G.; Colijn, S.; Abrahamse, R.M, Joosten, S. y Duivenvoorden, H.J. (2004). Construct Validity of the Comprehensive Psychotherapeutic Interventions Rating Scale. *Psychotherapy Research* 14(3): 346-366.
- Tuckett, D. (2003). The Sorrento Grid: Defining interventions to explore differences [En red]. *Online articles*. Obtenido el 4 de octubre del 2006, de: http://www.epf-eu.org/pub/bulletin04/bulltin_articles_en.html?thema=35&refer=thema&articleid=538
- Waizmann, V.; Jurkowski, L. y Roussos, A.J. (2007). Descripción de las intervenciones elegidas por psicoterapeutas psicoanalíticos y cognitivos. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires. Año 2006*, 13, 41 - 48.
- Waizmann, V.; Etchebarne, I. y Roussos, A. (noviembre, 2004). La interacción entre las intervenciones psicoterapéuticas de distintos marcos teóricos y los factores comunes a las psicoterapias. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 13(3), 233 - 244.
- Wallerstein, R.S. y DeWitt, K.N. (2000). Modos de interpretación en psicoanálisis y en psicoterapias psicoanalíticas: una clasificación revisada. En J. Ahumada, J. Olagay, A. Kramer Richards, y A. David Richards, *Las tareas del Psicoanálisis. Ensayos en honor de R. Horacio Etchegoyen*. Buenos Aires: Polemos.
- Wampold, B. (2001). *The Great Psychotherapy Debate, Models, Methods and Findings*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Wilfley, D.E.; Frank, M.A.; Welch, R.; Borman Spurrel, E. y Rounsaville, B.J. (1998). Adapting Interpersonal Psychotherapy to a Group Format (IPT-G) for Binge Eating Disorder: Toward a Model for adapting Empirically Supported Treatments. *Psychotherapy Research*, 8(4), 379-391.

Fecha de recepción: 25 de marzo de 2008

Fecha de aceptación: 18 de junio de 2008

ADAPTACIÓN DEL MODELO DE CICLOS TERAPÉUTICOS (TCM) A UNA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE ALTO RIESGO PSICOSOCIAL^{1*}

THERAPEUTIC CYCLE MODEL (TCM) ADAPTATION TO A HIGH PSYCHOSOCIAL RISK POPULATION

Quiroga, Susana²; Cryan, Glenda³

RESUMEN

En el marco del Proyecto UBACyT 2004-2007 P069, desarrollado en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA, se planteó la necesidad de investigar *de qué manera o cómo el cambio terapéutico ocurre*, lo que significa profundizar en el difícil problema de medir procesos terapéuticos, no sólo en los sujetos sino también en la interacción de los sujetos en grupos y el grupo como un todo. En este trabajo se presenta la adaptación de uno de los instrumentos utilizados para medir el proceso terapéutico en el dispositivo Grupo de Terapia Focalizada- *GTF*: el Modelo de Ciclos Terapéuticos- *TCM* de Mergenthaler. El *TCM* permite analizar el proceso psicoterapéutico e identificar los "momentos claves" en el marco de una sesión y del tratamiento

En esta adaptación al castellano para ser aplicado a una población de alto riesgo psicosocial, compuesta por adolescentes tempranos violentos con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial, se reevaluaron alrededor de 4.500 nuevas palabras.

Se distinguieron tres subgrupos de palabras que presentaron dificultades en la categorización: de uso regional, de jerga adolescente y de jerga transgresora con ciertos rasgos delincuenciales. Se presentan ejemplos de las mismas en el contexto de las sesiones del *GTF*.

Palabras clave:

Análisis de Proceso - Adaptación de Método - Adolescentes - Grupos de Terapia Focalizada

ABSTRACT

The necessity to do research on *the way in which or how the therapeutic change takes place* was put forward in the framework of the UBACyT 2004-2007 P069 Project, developed at the Clinical Psychology Program for Adolescents, Southern Region, University of Buenos Aires. This implies deepening into the difficult problem of measuring therapeutic processes, not only in individuals but also in the interaction of individuals in groups and in the groups as a whole. In this work the adaptation of one of the instruments used to measure therapeutic process in the Focalised Therapeutic Group-*FTG*: the Model of Therapeutic Cycles-*MTC* by Mergenthaler is presented. The psychotherapeutic process is analysed and the "key moments" are identified by means of the *TCM* in the framework of a session and of the treatment.

About 4,500 new words were reassessed in this adaptation into Spanish to be applied to a high-risk psychosocial population formed by violent early adolescents diagnosed with Defiant Negative Disorder and Antisocial Disorder.

There were three subgroups of words which were difficult to categorise: the subgroup of words used regionally, the subgroup of words belonging to adolescent jargon and the subgroup of words of transgressor jargon with certain criminal traits. Some examples are presented in the context of the *FTG* sessions.

Key words:

Process Analysis - Method Adaptation - Adolescents - Focalised Therapeutic Groups

¹ Esta investigación fue realizada en el marco del Proyecto UBACyT 2004-2007 P069 "Análisis de Proceso y de Resultados de Terapia Grupal Focalizada de Corto Plazo para Adolescentes con Conducta Antisocial y Autodestructiva", subsidiado por la Universidad de Buenos Aires.

² Dra. en Filosofía y Letras con Orientación en Psicología, UBA, 1983. Lic. en Psicología, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Profesora Titular Consulto, UBA. Directora del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA. Directora del Proyecto UBACyT 2004-2007 P069.

³ Lic. en Psicología, Facultad de Psicología, UBA. Doctoranda de la Universidad de Buenos Aires. Becaria UBACyT. Ayudante de Primera de la Cátedra I de Psicología Evolutiva II: Adolescencia. Investigadora de Apoyo en el Proyecto UBACyT 2004-2007 P069.