



Sociedad Española de
Medicina Psicosomática
y Psicoterapia



Colegio Oficial
de **Psicólogos**
de Madrid

Terapia Interpersonal para las depresiones

José L. Marín

www.psicociencias.com

marzo de 2020

Objetivos del seminario: convertirse en psicoterapeuta

- ▶ Presentar la actualización de una técnica de eficacia validada.
- ▶ La psicoterapia no cura (¿libros de autoayuda?): curan los psicoterapeutas.
- ▶ Instrumental quirúrgico y cirujanos.
- ▶ Las técnicas... secundarias, las herramientas del artesano.
- ▶ Incluir al psicoterapeuta en la relación y en el proceso.
- ▶ Los fracasos terapéuticos: fracasos en la relación.

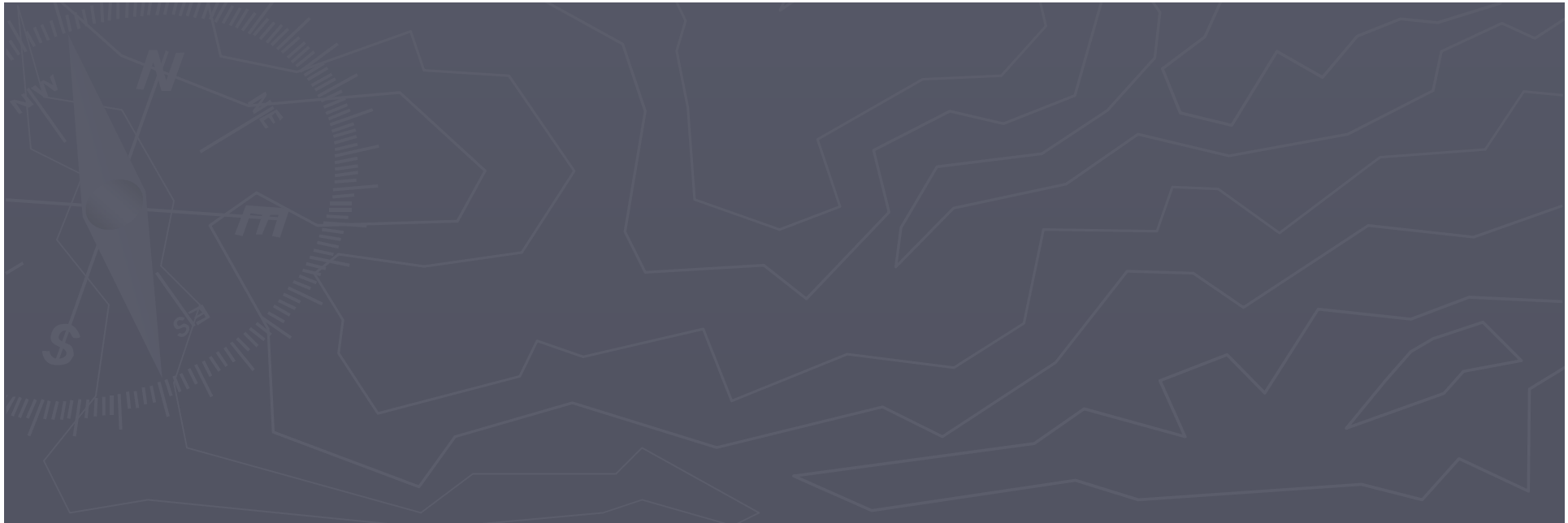
Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq., 2014; 34 (121), 75-95. doi: 10.4321/S0211-57352014000100005

El terapeuta no nace, se hace.

Therapists are not born but made.

Daniel M. Campagne ^a.

^aUNED, Facultad de Psicología, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, Madrid, España.



REV. ASOC. ESP. NEUROPSIQ. 2017; 37(131): 79-94
DOI: 10.4321/S0211-57352017000100005

Convertirse en psicoterapeuta

Becoming a psychotherapist

RAFAEL ARROYO GUILLAMÓN

Hospital de Día de Psiquiatría, Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes, Madrid, España

La Terapia Interpersonal para la depresión

G. L. Klerman y M. Weissman,
Universidad de Yale, 1984



Psicoterapia Interpersonal



Elisabeth Schramm

Incluye el Manual original de

G.L. Klerman, M.M. Weissman, B.J. Rounsaville y E.S. Chevron

MASSON

1998

Adaptación al
castellano

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

Necesidad de optimizar la psicoterapia

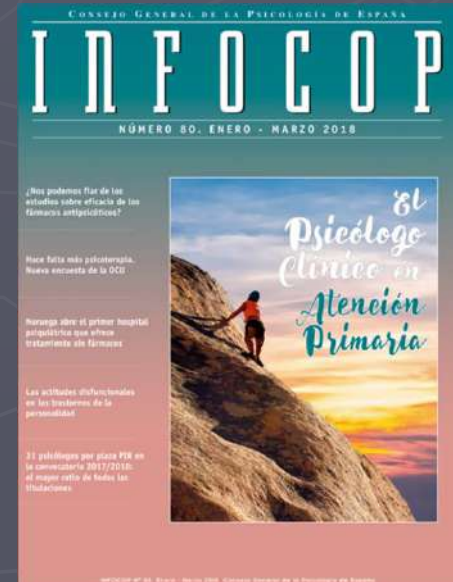


ACTUALIDAD ||

HACE FALTA MÁS PSICOTERAPIA. NUEVA ENCUESTA DE LA OCU

Cristina Castilla y Aída de Vicente

Infocop
Marzo 2018



La Psicoterapia Breve

- ▶ Con objetivos limitados
- ▶ Con tiempo limitado
- ▶ Posibilidad de focalizar
- ▶ La Psicoterapia Interpersonal,
un ejemplo de Psicoterapia
Breve

Evolución de la TIP

- ▶ Klerman y Weissman, 1984-2000: el foco en la técnica.
- ▶ Fernández Liria: 2001-2010: el foco en los factores comunes.
- ▶ SEMPYP: 2011.....: el foco en la relación, en el vínculo. Aprender psicoterapia vs. ser terapeuta

Terapia interpersonal

María Diéguez
Francisco González
Alberto Fernández Liria

psicología clínica

guías técnicas

EDITORIAL
SINTESS

MANUAL DE PSICOTERAPIA INTERPERSONAL



MYRNA WEISSMAN, JOHN MARKOWITZ y GERALD KLERMAN

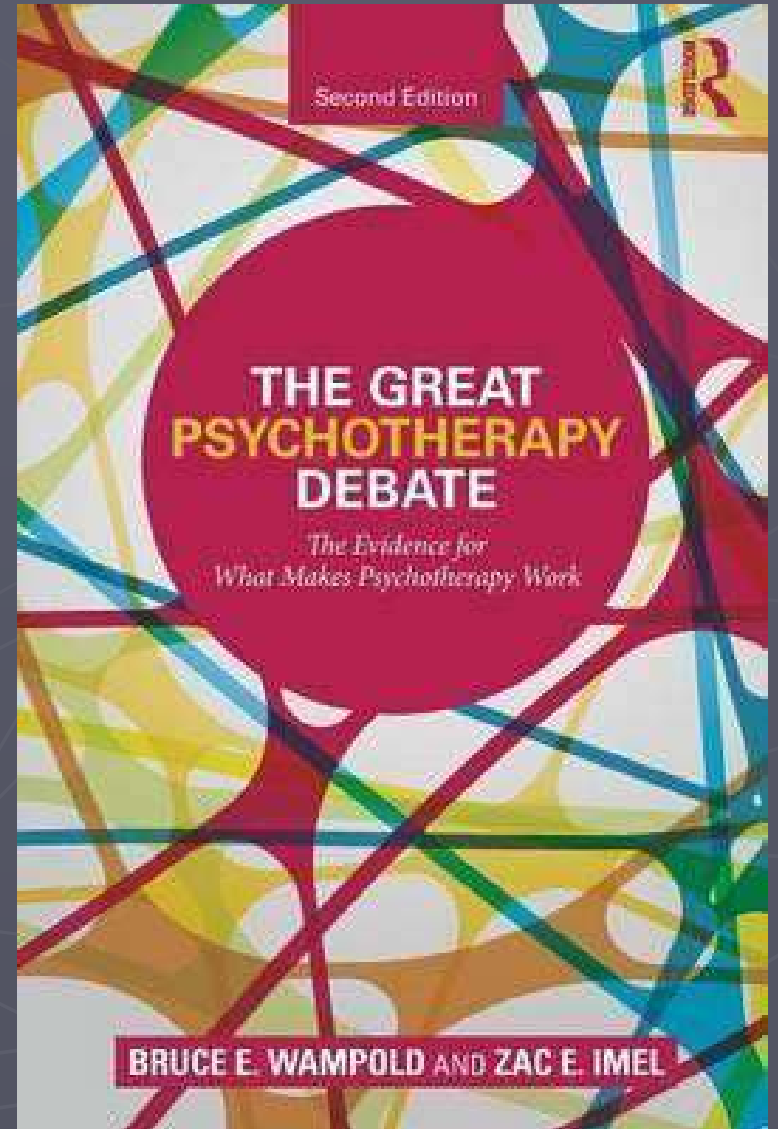
Traducción y edición de Josep Solé Puig



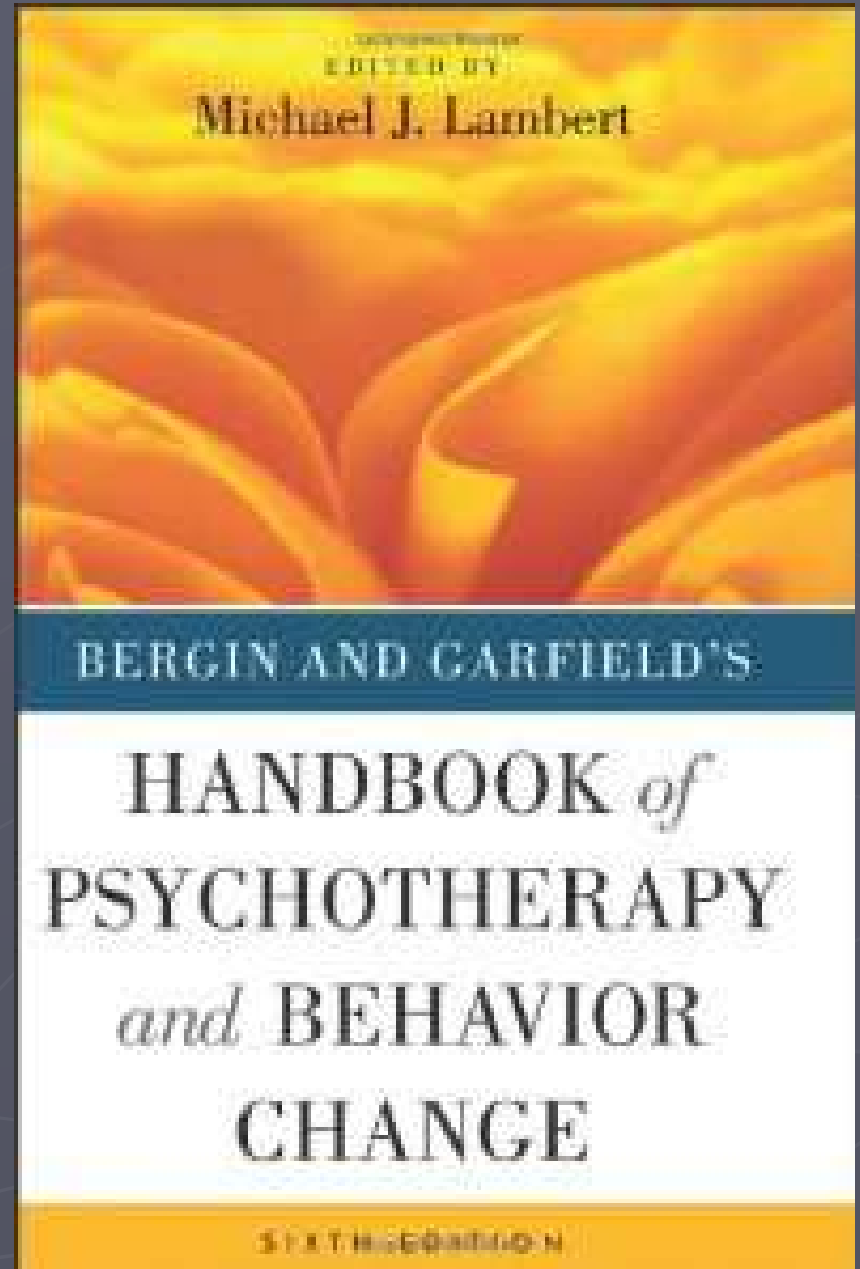
¿Es eficaz la psicoterapia?



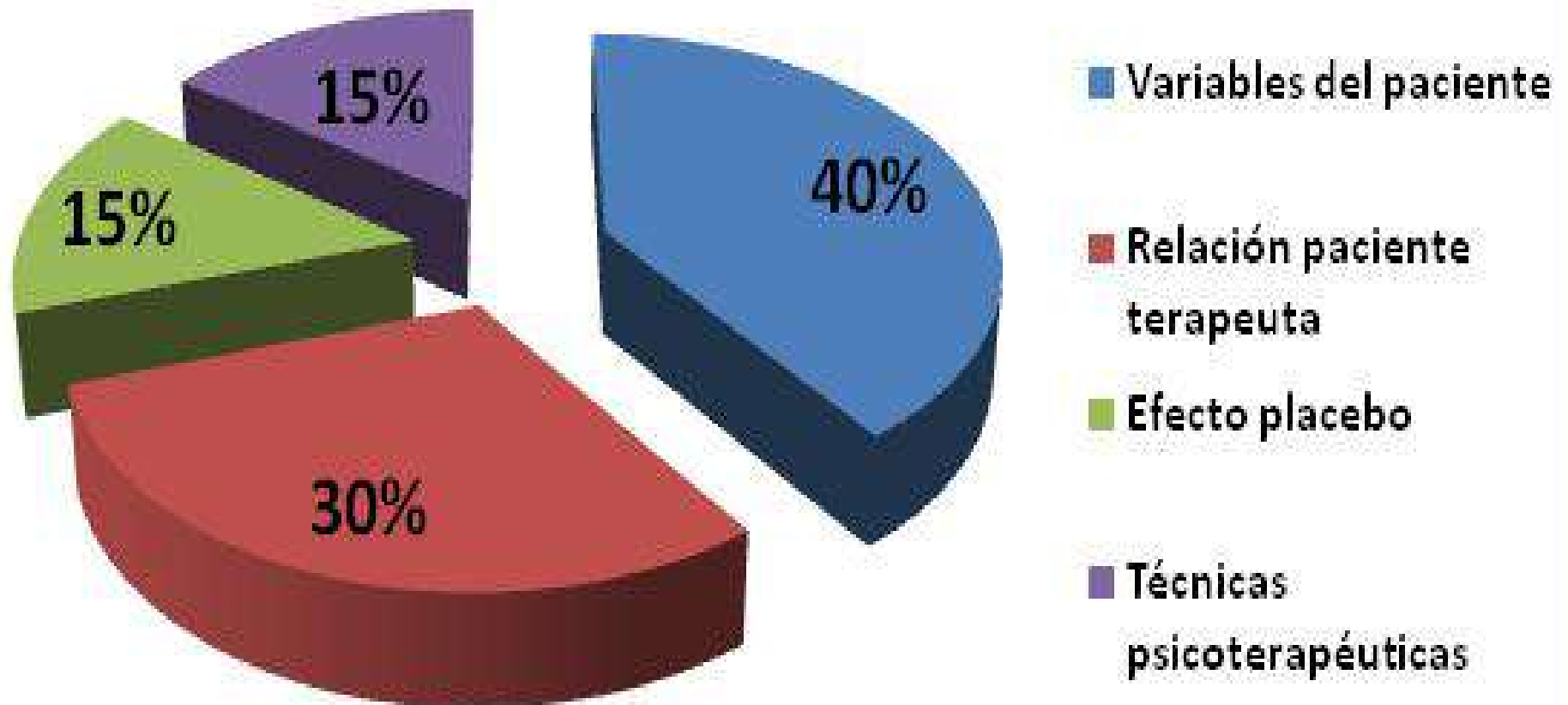
BRUCE E. WAMPOLD
Universidad de
Wisconsin - Madison



M. Lambert,
1990



Factores que explican la mejoría experimentada con la psicoterapia



REV. ASOC. ESP. NEUROPSIQ. 2019; 39(136): 175-188

DOI: 10.4321/S0211-57352019000200009

Psicoterapias en la red comunitaria de atención a la salud mental. La óptica de las narrativas¹

Psychotherapies in the community mental health network. The narrative approach

ALBERTO FERNÁNDEZ LIRIA^a, BEATRIZ RODRÍGUEZ VEGA^b

(a) Psiquiatra. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid, España

(b) Psiquiatra. Hospital Universitario La Paz. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, España

REVISTA
*de la Asociación Española
de Neuropsiquiatría*

Factores responsables de la eficacia de la psicoterapia

Técnicas 5%



- Factores comunes 35%
- Acontecimientos de la vida 40%
- Influencia del terapeuta 20%
- Técnicas 5%

Fuente: M. Lambert, comunicación personal.

“Qué cura en la psicoterapia?”

Papeles del Psicólogo / Psychologist Papers, 2018. Vol. 39(1), pp. 13-21
<https://doi.org/10.23923/pap.psicol2018.2856>
<http://www.papelesdel psicologo.es>
<http://www.psychologistpapers.com>

Artículos



A VUELTAS CON LA COMPARACIÓN DE PSICOTERAPIAS: EN BUSCA DE LA SUPERVIVENCIA DEL PROFESIONAL STRUGGLING WITH PSYCHOLOGICAL TREATMENTS COMPARISON: LOOKING FOR PRACTITIONER'S SURVIVAL

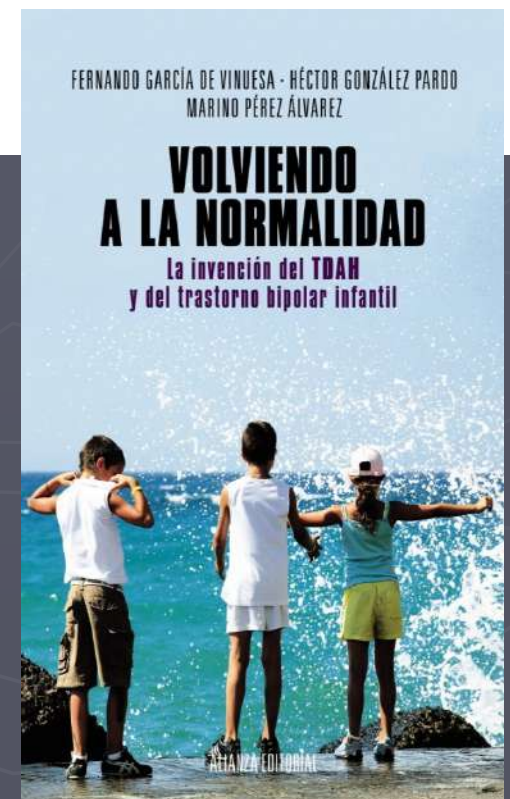
Antonio Galán Rodríguez

Equipo de Salud Mental de Zafra. Servicio Extremeño de Salud

Anatomía de la Psicoterapia: El Diablo no Está en los Detalles

Psychotherapy's Anatomy: Evil is Not in the Details

Marino Pérez Álvarez
Universidad de Oviedo, España



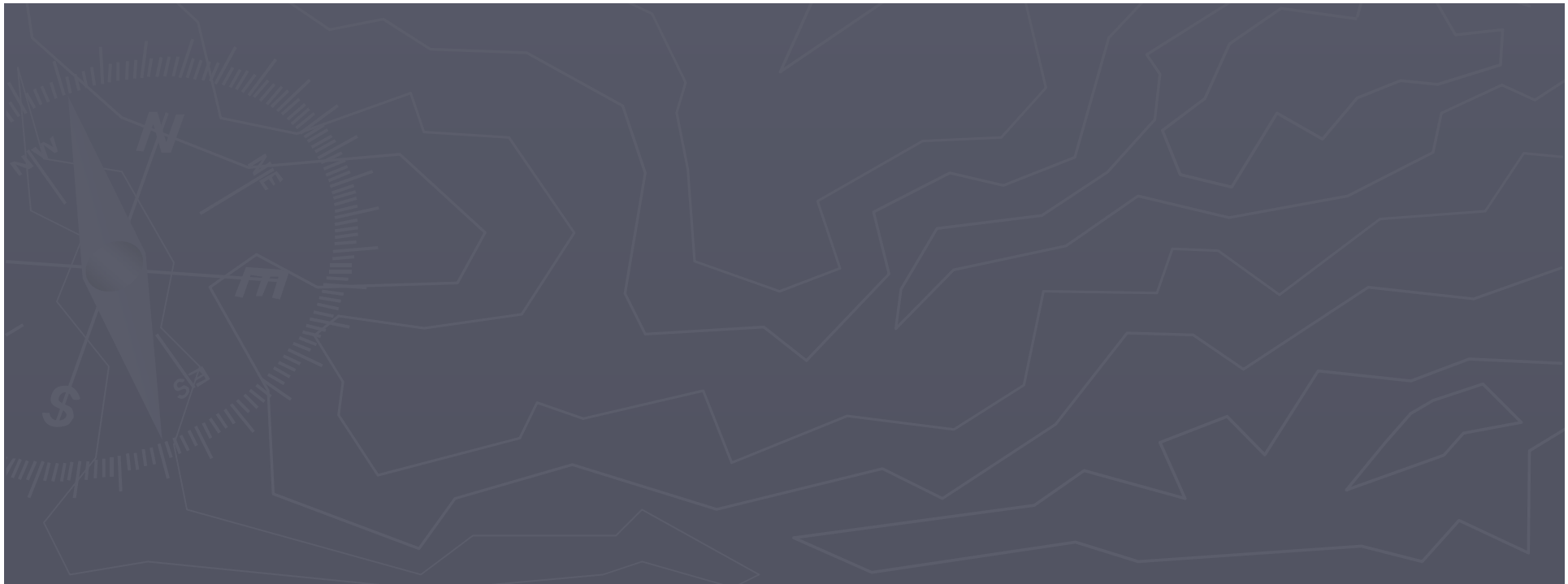


PERICIA, EFECTOS DEL TERAPEUTA Y PRÁCTICA DELIBERADA: EL CICLO DE LA EXCELENCIA

EXPERTISE, THERAPIST EFFECTS AND DELIBERATE PRACTICE: THE CYCLE OF EXCELLENCE

Javier Prado-Abril¹, Alberto Gimeno-Peón², Félix Inchausti³ y Sergio Sánchez-Reales⁴

¹Servicio Aragonés de Salud. ²Práctica privada, Gijón. ³Servicio Riojano de Salud. ⁴Servicio Murciano de Salud



INVESTIGACIÓN DEL ESTILO PERSONAL DEL TERAPEUTA POST-RACIONALISTA: UNA REVISIÓN

RESEARCH OF THE PERSONAL STYLE OF THE POST-RATIONALIST THERAPIST: A REVIEW

Álvaro Quiñones¹ y Carla Ugarte²

¹Profesor Asociado. Instituto de Ciencias Humanas Aplicadas (ICHA), Facultad de Psicología,
Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

²Profesor Asistente. Instituto de Ciencias Humanas Aplicadas (ICHA), Facultad de Psicología,
Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

Evaluación del Estilo Personal del Terapeuta: Presentación de una Versión Abreviada del Cuestionario EPT-C

Assessment of Personal Style of the Therapist: presentation of a brief version of the PST-Questionnaire

Claudia Castañeiras

Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Rubén Ledesma

Universidad Nacional de Mar del Plata – CONICET, Mar del Plata, Argentina

Fernando García & Héctor Fernández-Álvarez*

Fundación Aiglé, Buenos Aires, Argentina

Tabla 1. Cargas factoriales y descriptivos para los ítems que componen la versión abreviada EPT-C

Ítem	Carga	Media	DE
Función Atencional			
(01) Suelo mantener mi escucha más bien abierta y receptiva más que concentrada y focalizada	0,79	3,13	1,59
(33) Procuero dirigir mi atención a la totalidad de lo que pasa en las sesiones	0,34	2,55	1,55
(18) Me gusta sentirme sorprendido por el material del paciente sin tener ideas previas	0,57	2,93	1,74
(36) Desde el comienzo de las sesiones me dispongo a dejar flotar mi atención	0,69	3,97	1,93
Función Involucración			
(13) Fuera de las horas de trabajo dejo de pensar en los pacientes	0,74	4,11	1,81
(21) Lo que les pasa a mis pacientes tiene poca influencia en mi vida personal	0,42	3,92	1,74
(23) Pienso bastante en mi trabajo, aun en mis horas libres	0,66	4,49	1,60
(34) Tengo en mente los problemas de los pacientes más allá de las sesiones	0,66	4,26	1,68
Función operativa			
(31) Prefiero los tratamientos donde están programados todos los pasos a seguir	0,74	2,72	1,72
(03) Como terapeuta prefiero indicar a los pacientes qué debe hacerse en cada sesión	0,66	2,83	1,72
(10) Los tratamientos pautados me merecen escasa valoración	0,44	5,15	1,72
(22) En mis intervenciones soy predominantemente directivo	0,67	3,66	1,68
(25) Puedo planear un tratamiento en su totalidad desde que se inicia	0,55	2,70	1,66
Función Expresiva			
(29) Una alta proximidad emocional es imprescindible para promover cambios terapéuticos	0,67	4,09	1,66
(15) Los verdaderos cambios se producen en el curso de sesiones con un clima emocional intenso	0,52	4,10	1,74
(11) La expresión de las emociones es un poderoso instrumento de cambio	0,63	5,21	1,54
(06) Las emociones que me despierta el paciente son decisivas para el curso del tratamiento	0,56	4,20	1,76
(28) Si algo me irrita durante una sesión, puedo expresarlo	0,42	4,02	1,74
Función Instruccional			
(35) Soy bastante laxo con los horarios	0,79	4,62	1,86
(09) Tiendo a exigir cumplimiento estricto con los honorarios	0,43	3,82	1,75
(27) Nunca modifico la duración de las sesiones, a menos que sea imprescindible	0,49	3,74	2,07

Obs.: los valores resaltados expresan el mejor indicador para cada escala

Las tareas....

- ▶ *"La primera tarea del terapeuta ha de ser proveer al paciente de una base segura, desde la cual pueda explorar los múltiples aspectos desdichados y dolorosos de su vida, pasados y presentes, en muchos de los cuales encuentra difícil o quizás imposible pensar y reconsiderarlos sin un compañero confiable que le provea apoyo, aliento, simpatía y, en ocasiones, orientación"* (J. Bowlby, 1988)

Base segura en la relación

Parámetros:

- Coherencia
- Fiabilidad
- Responsividad
- Proximidad no posesiva
- Límites claros y firmes

RELACIÓN ENTRE LA EMPATÍA DEL TERAPEUTA Y LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

RELATIONSHIP BETWEEN THERAPIST'S EMPATHY AND TREATMENT OUTCOMES

Alberto Gimeno Peón¹

Rocío Coto Lesmes²

Anxo Barrio Nespereira¹

Isabel Saavedra Rionda²

Clara Vicente Palacios³

Marina Lagarón Criado¹

Teresa Álvarez Casariego¹

Jorge Hernández González⁴

Alicia González Fernández¹

1 Hospital de Cabueñes. 2 Hospital Universitario Central de Asturias. 3 Hospital San Agustín.

4 Hospital Carmen y Severo Ochoa

Servicio de Salud del Principado de Asturias

Temporalidad de la psicoterapia: ¿por qué “Breve”?

- ▶ El tiempo no dura ni más ni menos, pero si se puede aprovechar mejor o peor.
- ▶ Factores que tienden a su prolongación.
- ▶ Factores que tienden a su acortamiento.
- ▶ El estancamiento del cambio: Hanna Levenson

Hanna Levenson Berkeley

Guía práctica
para una nueva
terapia de
tiempo limitado

Hanna Levenson



Desclée De Brouwer
Biblioteca de Psicología agapea.com

THE
Wright
INSTITUTE





Time Limited Dynamic Psychotherapy

Hanna Levenson, PhD



psychotherapy.net



American Psychological Association

SERIES VIII - PSYCHOTHERAPY
IN SIX SESSIONS

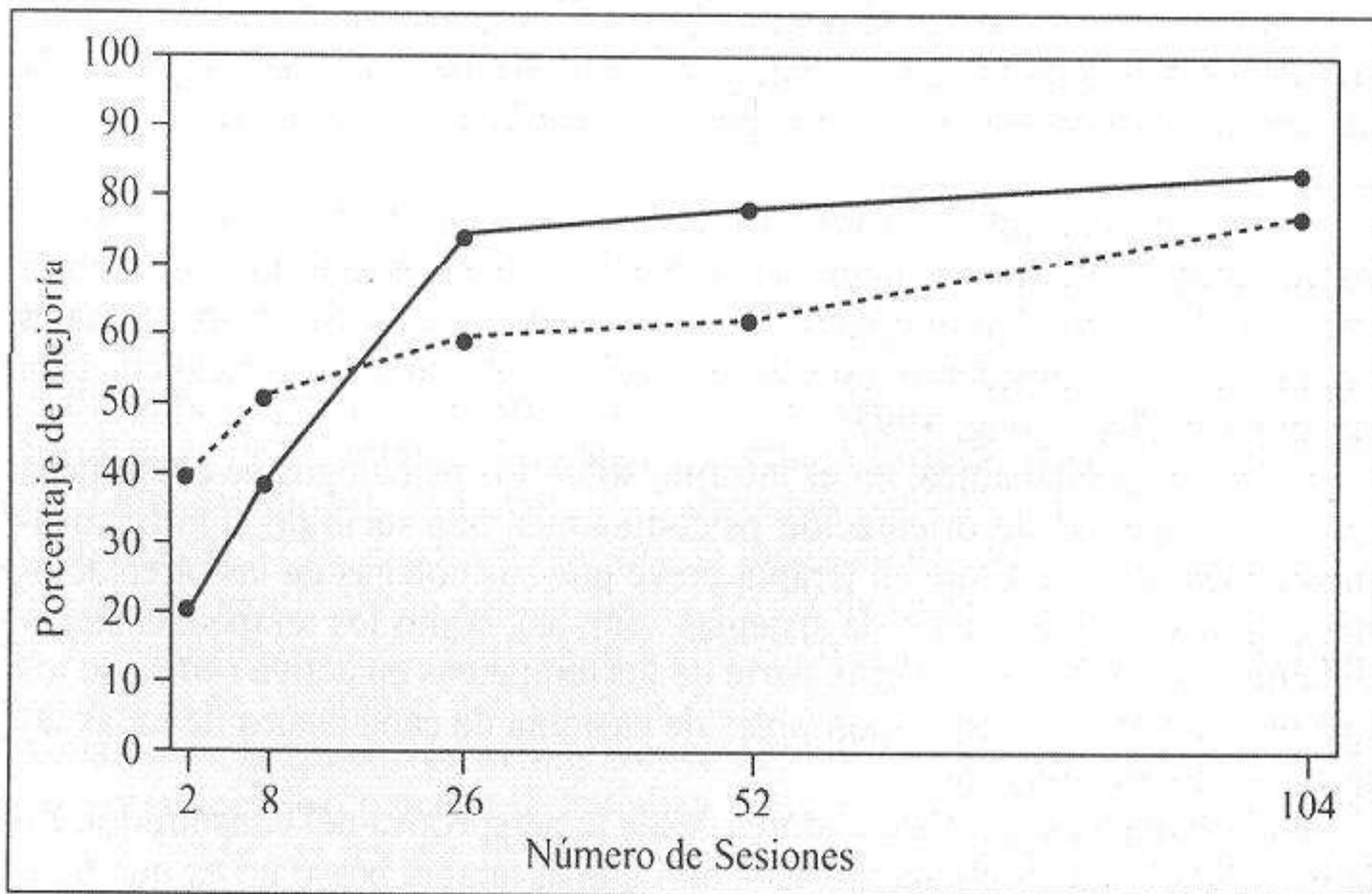
Hosted by Jon Carlson, PsyD, EdD

Brief Dynamic Therapy
Over Time

Hanna Levenson, PhD



Relación de número de sesiones de psicoterapia y porcentaje de mejoría en pacientes



Infocop

diciembre 2017

- *El número de sesiones de intervención hasta el alta terapéutica promedio es de 23 sesiones, utilizándose en el 70% de los casos 30 sesiones o menos.*



■ ■ ■ ■ ■

EN PORTADA

ACTUALIDAD DE LA PSICOTERAPIA EN ESPAÑA

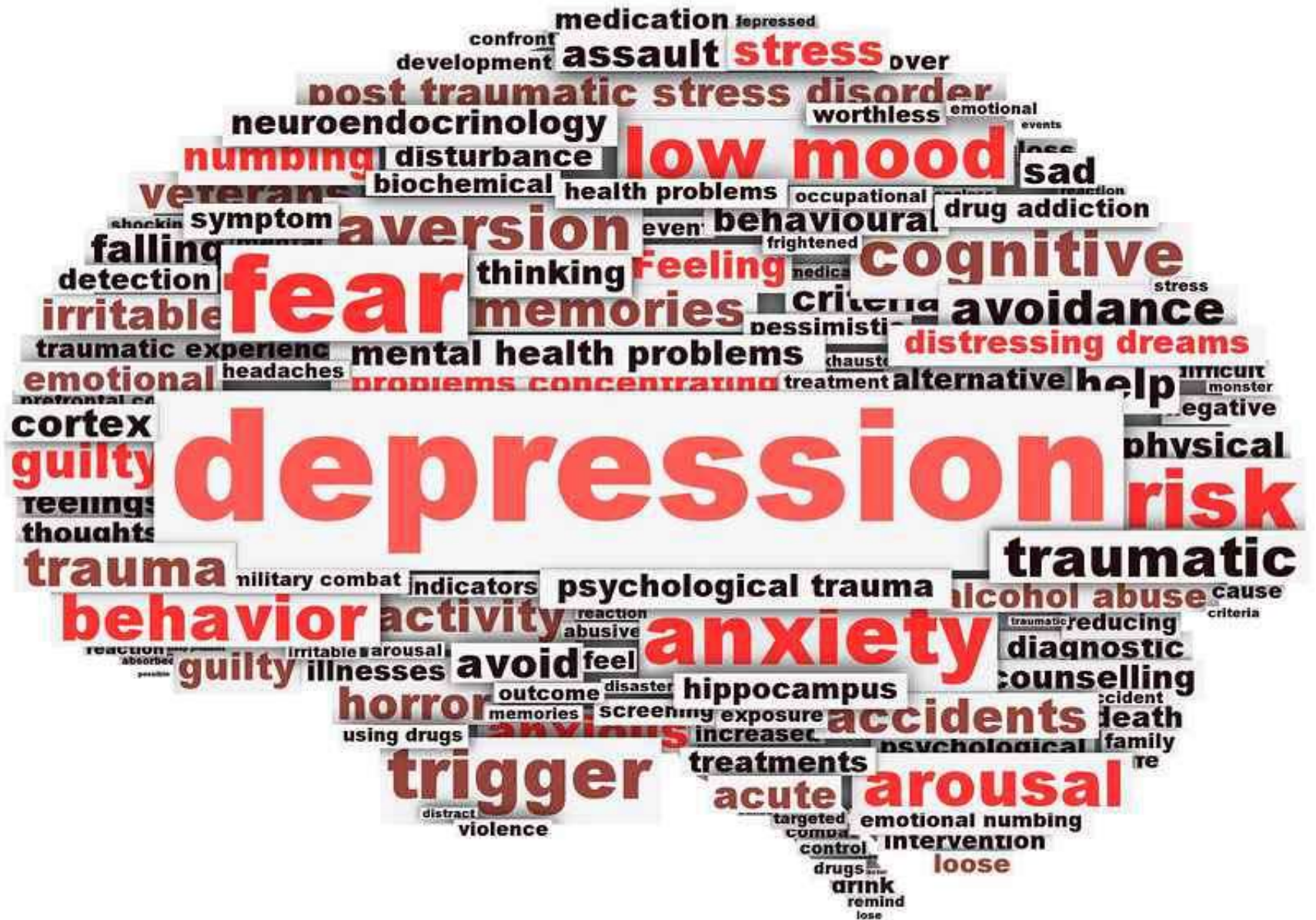
FRANCISCO JAVIER LABRADOR ENCINAS¹ Y MANUEL BERDULLAS TEMES²

¹UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. ²CONSEJO GENERAL DE LA PSICOLOGÍA

TIP de la depresión (1984)

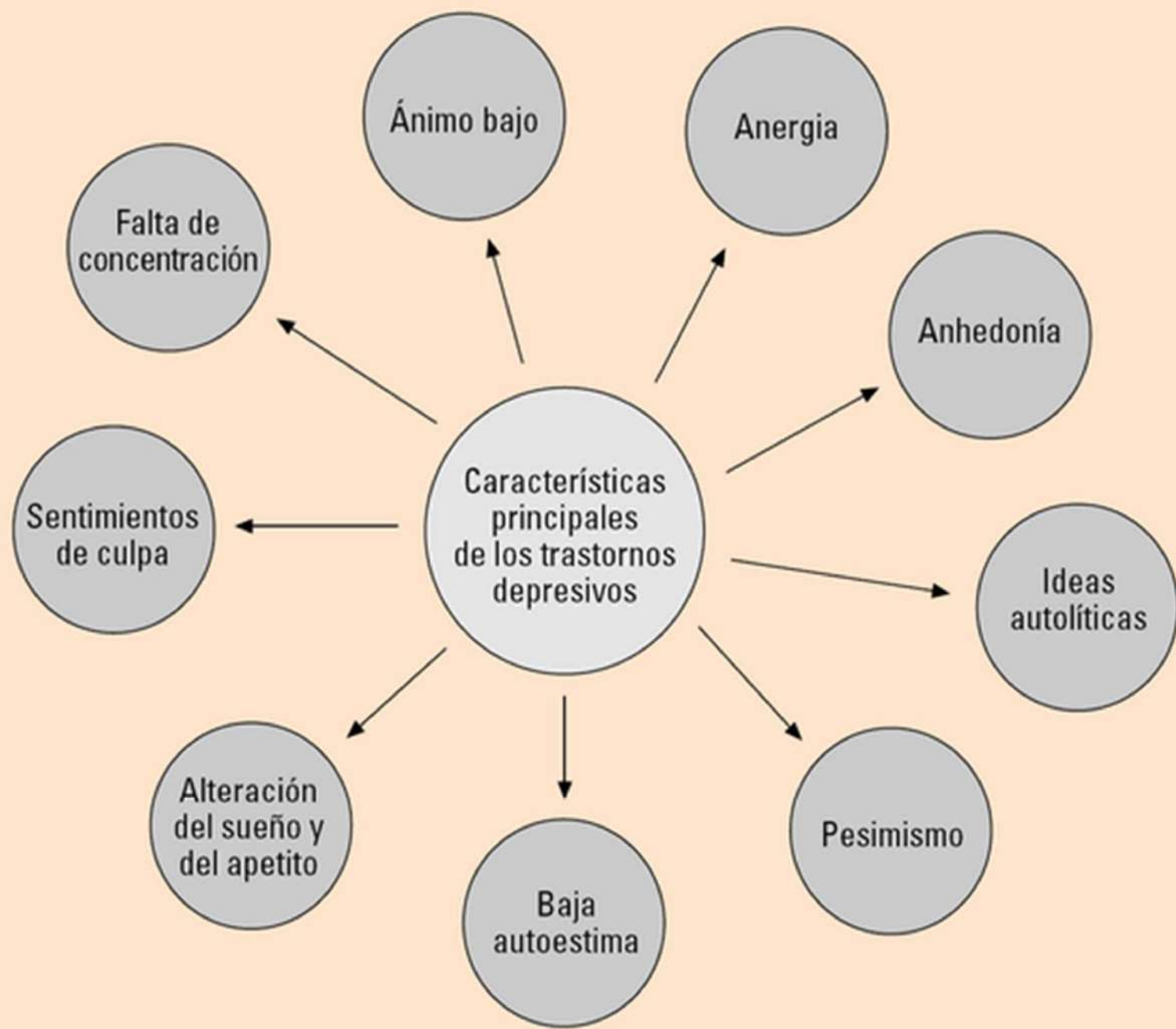
- ▶ Fue construida de manera “retrógrada”, inicialmente concebida como “condición placebo manualizable” en un estudio sobre la eficacia de psicofármacos en el tratamiento de la depresión.
- ▶ Se llamó “condición de alto contacto”, presuponiendo que habría algún beneficio terapéutico en el contacto con el investigador, sin usar una técnica específica.

- ▶ En contra de lo esperado, resulto más eficaz que los tratamientos farmacológicos.
- ▶ En 1984 se publica el Manual fundacional.
- ▶ *“Nuestra intención no fue desarrollar una nueva psicoterapia en pacientes depresivos, sino describir lo que consideramos razonable y de práctica habitual”.*
- ▶ Eficacia clínica demostrada en cientos de ensayos clínicos.
- ▶ Inicialmente prevista para el tratamiento de la depresión, ha resultado eficaz en otros muchos cuadros clínicos.



Unas palabras sobre "las depresiones" (OMS, 2015)

- ▶ Población general: 6 - 15 %
- ▶ Enfermos generales: 20 - 30 %
- ▶ Enfermos psíquicos: 50 %
- ▶ Expectativa vida: 7 % h., 18 % m.
- ▶ Bipolar/unipolar: 8 – 92 %
- ▶ Sin tratamiento adecuado: 80 %
- ▶ **El sobrediagnóstico.....**

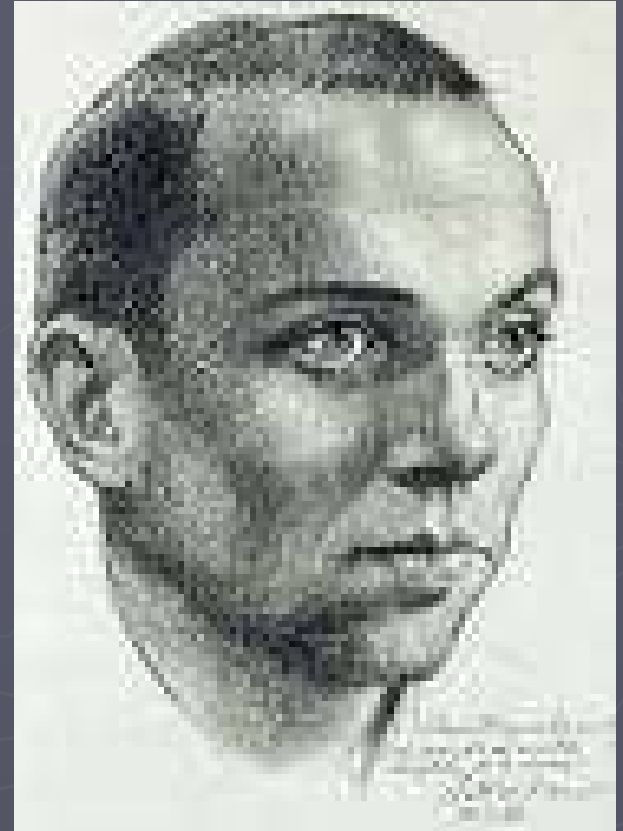


Umbrío por la pena, casi bruno,
porque la pena tizna cuando estalla,
donde yo no me hallo no se halla
hombre más apenado que ninguno.

Pena con pena y pena desayuno,
pena es mi paz y pena mi batalla,
perro que ni me deja ni se calla,
siempre a su dueño fiel, pero importuno.

Cardos, penas, me ponen su corona,
cardos, penas, me azuzan sus leopardos
y no me dejan bueno hueso alguno.

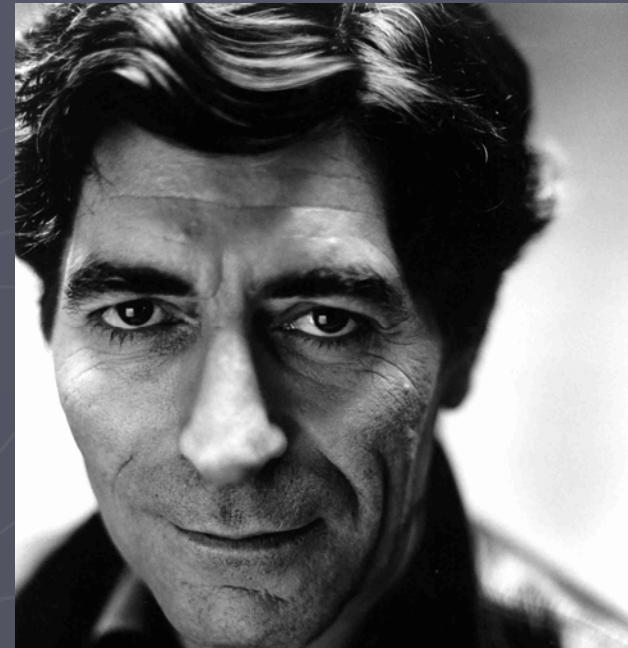
No podrá con la pena mi persona
circundada de penas y de cardos...
¡cuánto penar para morirse uno!



Miguel Hernández, 1937

... Cuando siento piedad por sentir lo que siento,
cuando no sopla el viento en ninguna ciudad,
cuando ya no se ama ni lo que se celebra,
cuando la nube negra se acomoda en mi cama,
cuando despierto y voto por el miedo de hoy,
cuando soy lo que soy en un espejo roto,
cuando cierro la casa porque me siento herido,
cuando es tiempo perdido preguntarme qué pasa...

**Luis G^a
Montero**

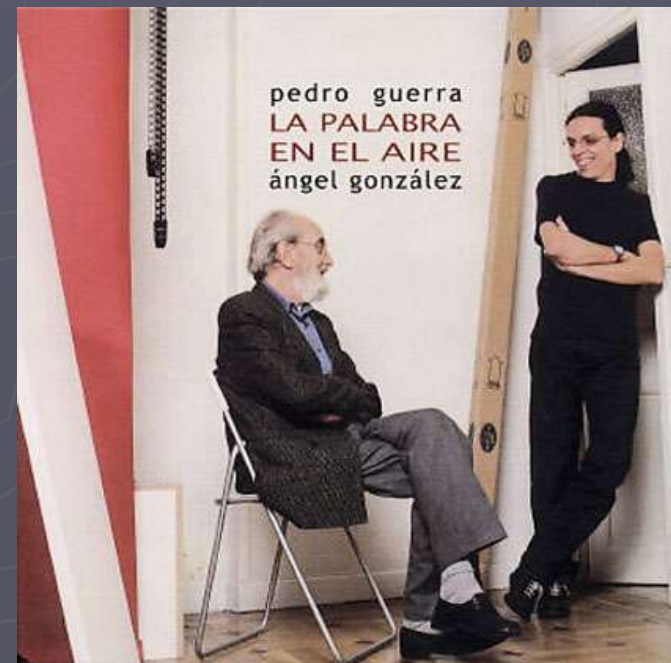
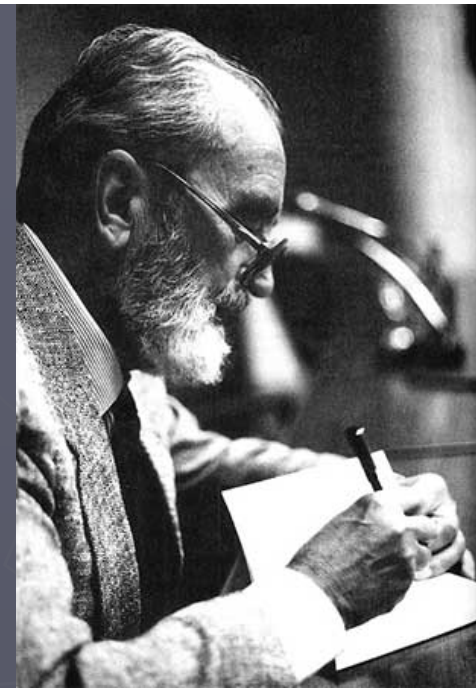


Me he quedado sin pulso y sin aliento
separado de ti. Cuando respiro,
el aire se me vuelve en un suspiro
y en polvo el corazón de desaliento.

No es que sienta tu ausencia el sentimiento.
Es que la siente el cuerpo. No te miro.
No te puedo tocar por más que estiro
los brazos como un ciego contra el viento.

Todo estaba detrás de tu figura.
Ausente tú, detrás todo de nada,
borroso yermo en el que desespero.

Ya no tiene paisaje mi amargura.
Prendida de tu ausencia mi mirada,
contra todo me doy, ciego me hiero.



¿Qué es una “depresión”?

- ▶ Un trastorno del estado de ánimo
- ▶ Una forma de ser (personalidad melancólica)
- ▶ Una forma de estar (y de mostrarse): identificación y defensa
- ▶ Una respuesta mal tratada: una etiqueta
- ▶ La psiquiatrización de la tristeza

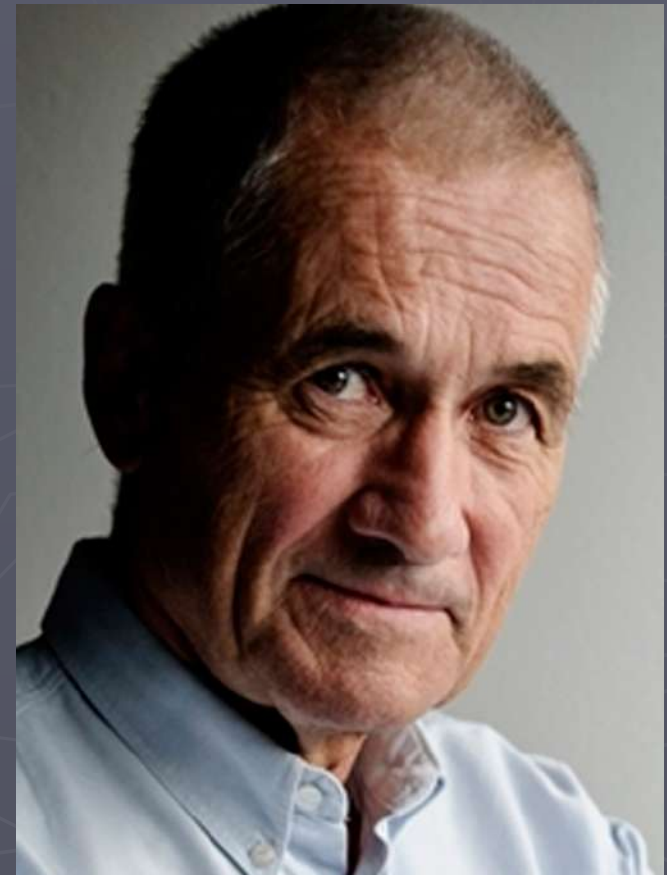
PETER C. GØTSZCHE



**PSICOFÁRMACOS
QUE MATAN
Y DENEGACIÓN
ORGANIZADA**

«Recomiendo a todos los que practican seriamente la psiquiatría que lean este libro.» *Dr. Stuart Shipko*, psiquiatra (www.madinamerica.com)

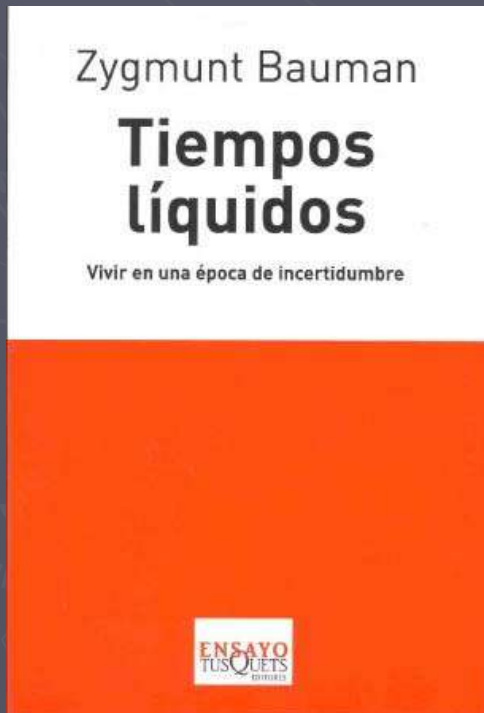
*Deadley
Psychiatry and
organised denial*



Zygmunt Bauman

(Polonia, 1925 – UK, 2017)

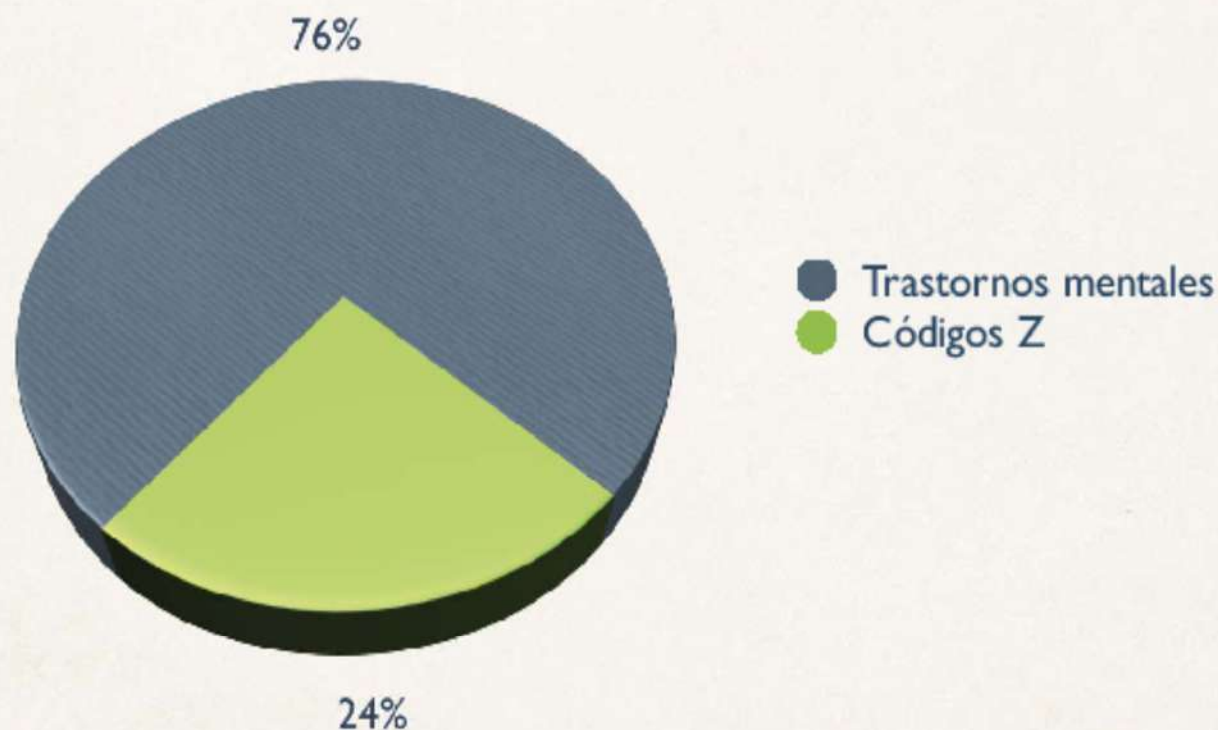
- ▶ Premio Príncipe de Asturias, 2010
- ▶ *“En el mundo actual todas las ideas de felicidad acaban en una tienda”*



El malestar que producen los problemas de la vida (A. Ortiz, 2013)

- ▶ Se ha calculado que el 24,4% de las personas que acuden derivadas desde AP a los Centros de SM no presentan un trastorno mental diagnosticable.
- ▶ Esta cifra da una idea de la extraordinaria relevancia de este problema en AP, pues cabe pensar que se deriva a salud mental únicamente a una minoría de estas demandas.

Incidencia de códigos Z en un CSM



Ortiz Lobo A, González González R, Rodríguez Salvanés F. La derivación a salud mental de pacientes sin un trastorno psíquico diagnosticable. Aten Primaria. 2006;38(10):563-9

- ▶ Otro dato importante es que la mitad de estos pacientes llegan a los servicios de salud mental con psicofármacos pautados, y los antidepresivos suponen el 42% de los tratamientos.
- ▶ Esto significa que una de las respuestas que se da a estas demandas en AP, en gran medida, es la prescripción de medicamentos.

Diagnóstico de los códigos Z

Problemas de relación con el grupo de apoyo	<ul style="list-style-type: none">◆ Relación de pareja 20,1%◆ Muerte de un familiar 8,6%◆ Ruptura familiar por divorcio 4,5%◆ Familia política 4,1% 46,7%
Problemas relacionados con el empleo y desempleo	18,4%
Problemas relacionados con el manejo de dificultades de la vida	9,4%
Problemas de relación con el ambiente social	8,6%
Exámenes y evaluaciones	4,0%

Los principales problemas de salud



El malestar que producen los problemas de la vida

Alberto Ortiz Lobo

Psiquiatra. Centro de Salud Mental de Salamanca. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

Ana María Sobrado de Vicente-Tutor

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. EAP. CS de la Alameda de Osuna. Madrid.

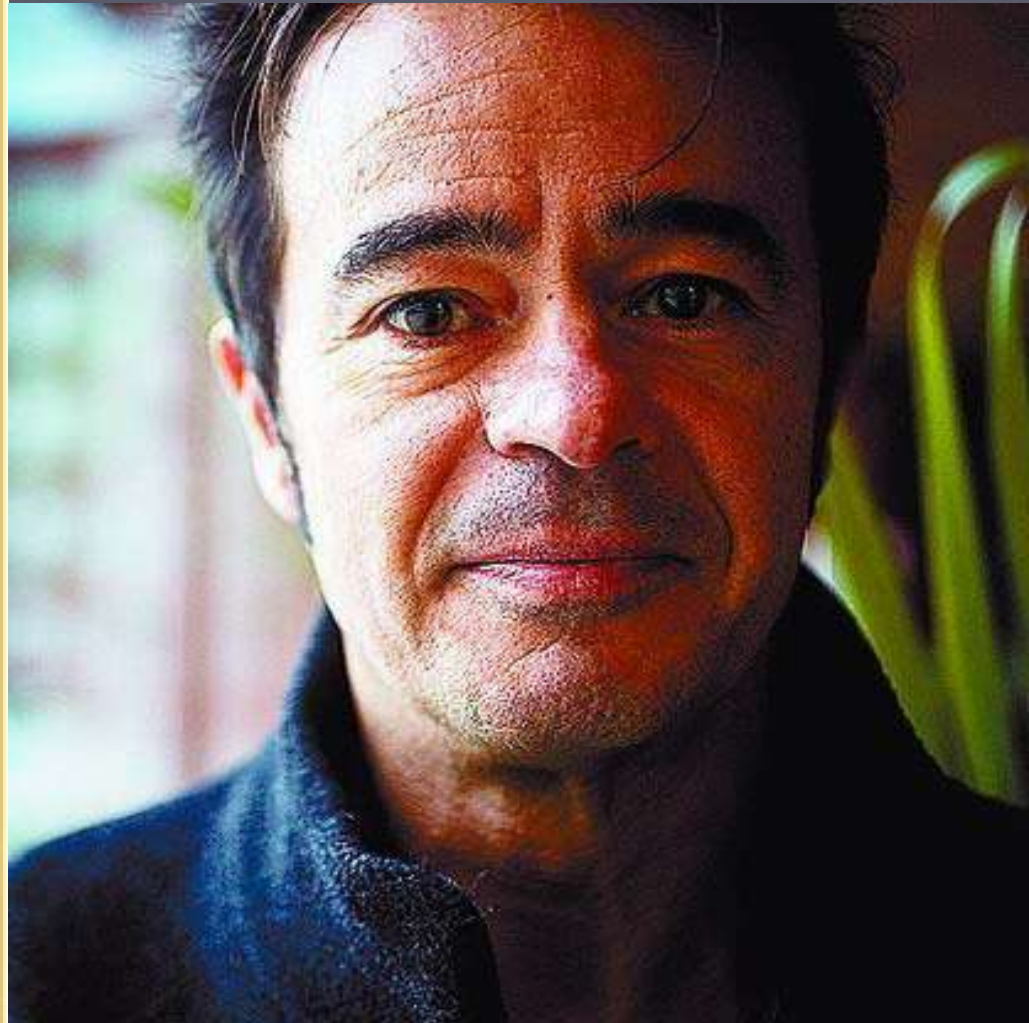
HACIA UNA PSIQUIATRÍA CRÍTICA

Alberto Ortiz Lobo



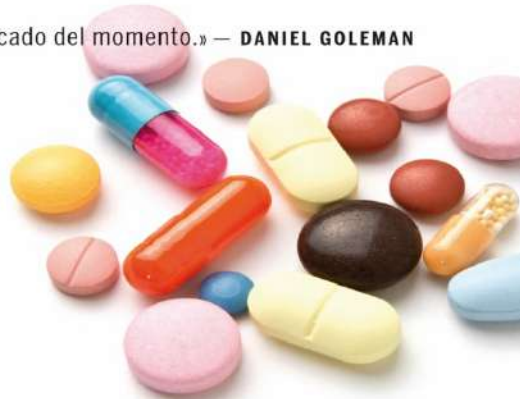
Alberto Ortíz

Hospital U. de
la Princesa



Allen Frances

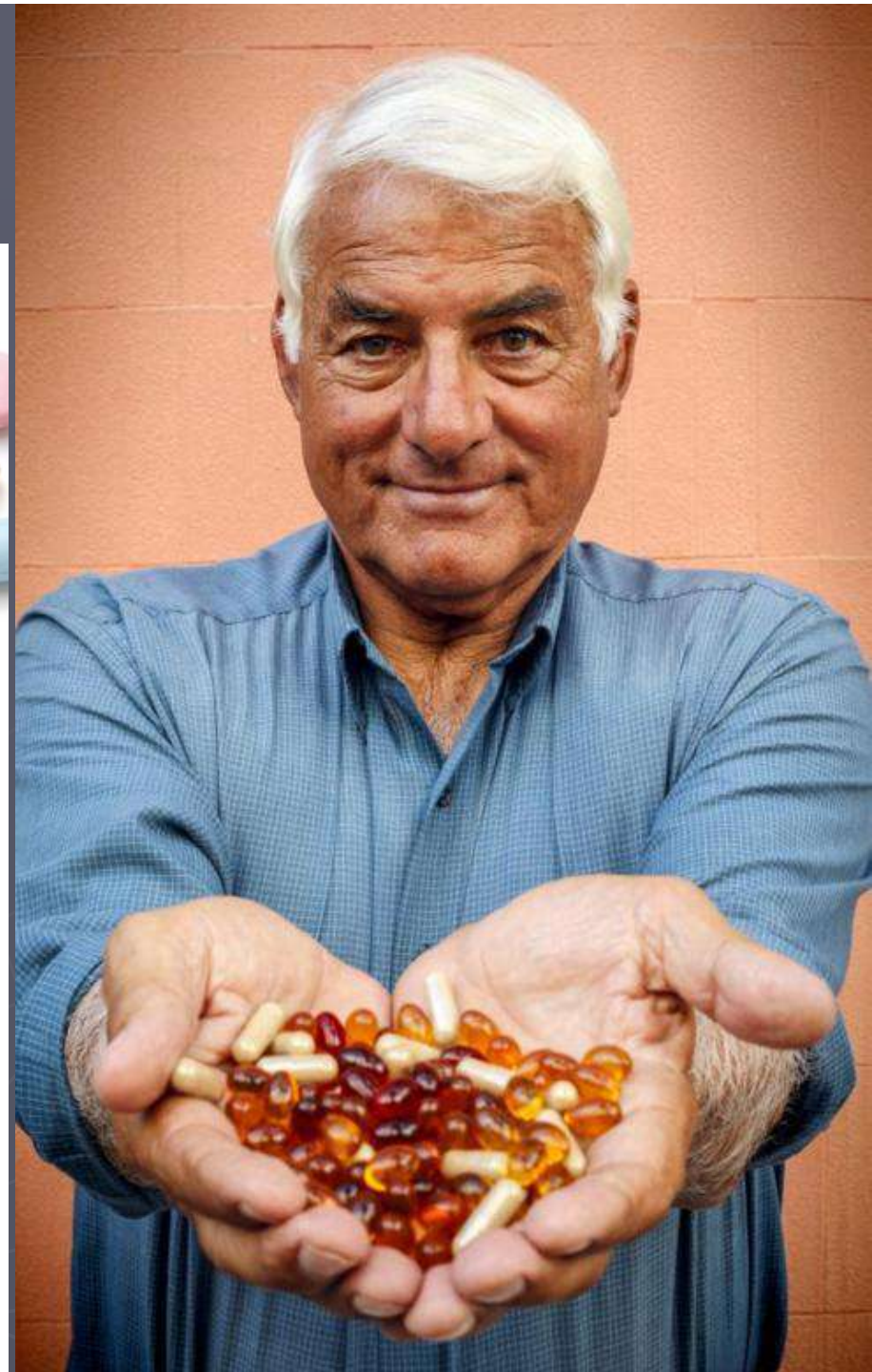
«El psiquiatra más destacado del momento.» — DANIEL GOLEMAN



ALLEN FRANCES ¿Somos todos enfermos mentales?

Manifiesto contra los abusos de la Psiquiatría

Ariel



¡Qué curioso! Los trastornos mentales del DSM-V y la medicina para tratarlos la fabrican los mismos.

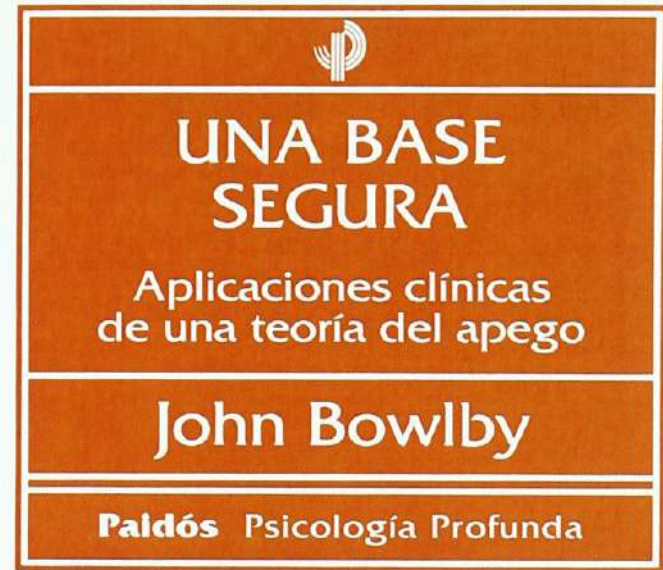
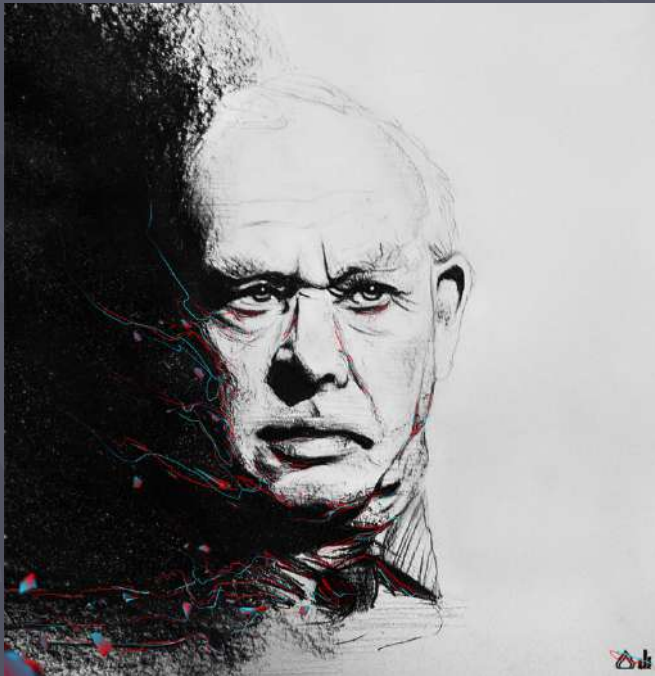


Actualización de la TIP: la teoría del apego (J. Bowlby)

- ▶ *"Todos los T. mentales muestran alteración de la capacidad de vinculación afectiva, que con frecuencia es tan grave como persistente"*
- ▶ *"El papel del terapeuta es análogo al de una madre que ofrece a su hijo una base segura desde la que podrá explorar el mundo"*

John Bowlby

John Bowlby (Londres,
26/2/1907, - Isla de Skye,
2/9 1990)

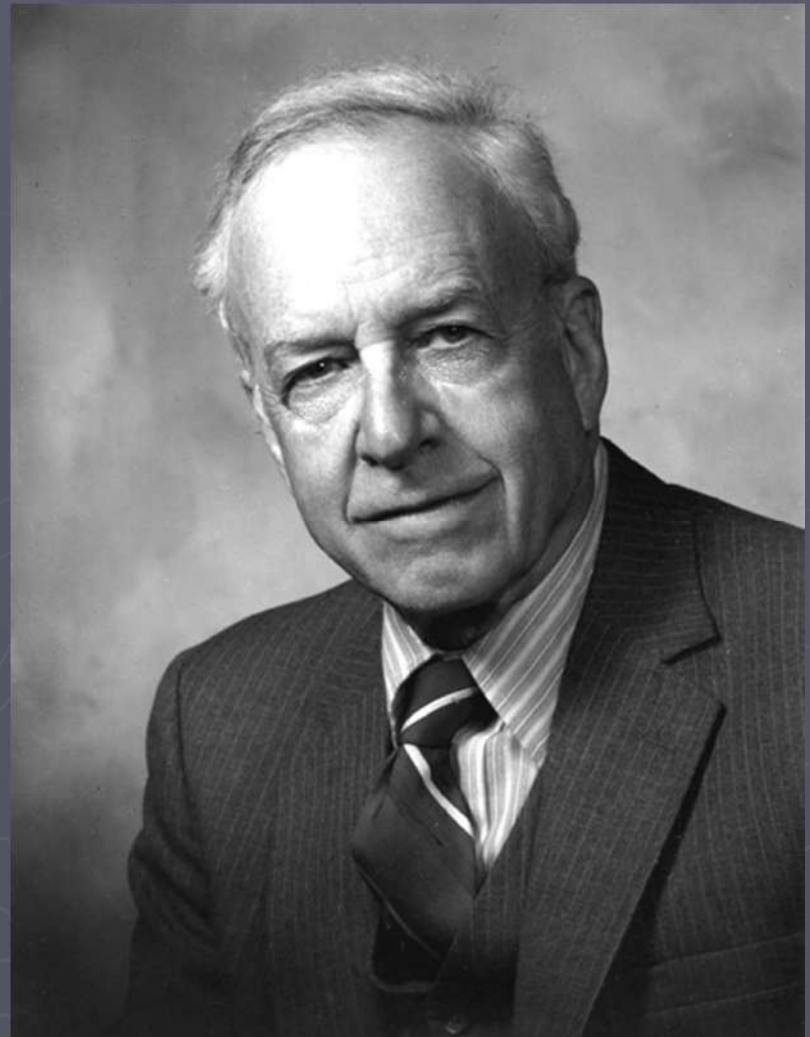


Características de la TIP

- ▶ Es una intervención breve, de tiempo limitado.
- ▶ Manualizada.
- ▶ Reconoce al paciente su condición de enfermo.
- ▶ Los objetivos son limitados a la mejoría de los síntomas agudos y a los problemas interpersonales asociados al inicio del episodio.
- ▶ Específica en su estrategia (fases, objetivos y tareas) pero no en las técnicas.
- ▶ Actitud terapéutica activa.
- ▶ **Técnica basadas en los factores comunes de Frank.**

Un inciso (breve): factores comunes

Jerome Frank, 1988



Su conclusión fue que los aspectos compartidos por todas las terapias eficaces son cuatro:

- ▶ 1. Una relación de confianza y con contenido emocional con la persona que quiere ayudar
- ▶ 2. Un entorno "sanador"
- ▶ 3. Un esquema conceptual, razón o mito que ofrece una explicación plausible de los síntomas del paciente y prescribe un ritual o procedimiento para su solución
- ▶ 4. Un ritual o procedimiento que requiere la participación activa tanto del paciente como del terapeuta y que ambos consideran el medio para restaurar la salud.

Seguimos: Características, 2

- ▶ Duración: Breve. De 12-20 sesiones.
- ▶ Indicación: Pacientes ambulatorios con depresión.
- ▶ Aplicación: Con medicación AD o sin ella.
- ▶ Foco: Problemas IP actuales conectados con el episodio depresivo.
- ▶ Fundamentos: Sobre resultados empíricos.
- ▶ Adscripción: A ninguna escuela de psicoterapia.
- ▶ Perspectiva Etiológica: Multifactorial.
- ▶ Rol del Terapeuta.: Activo, de apoyo, del lado del paciente.

- ▶ *“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”*

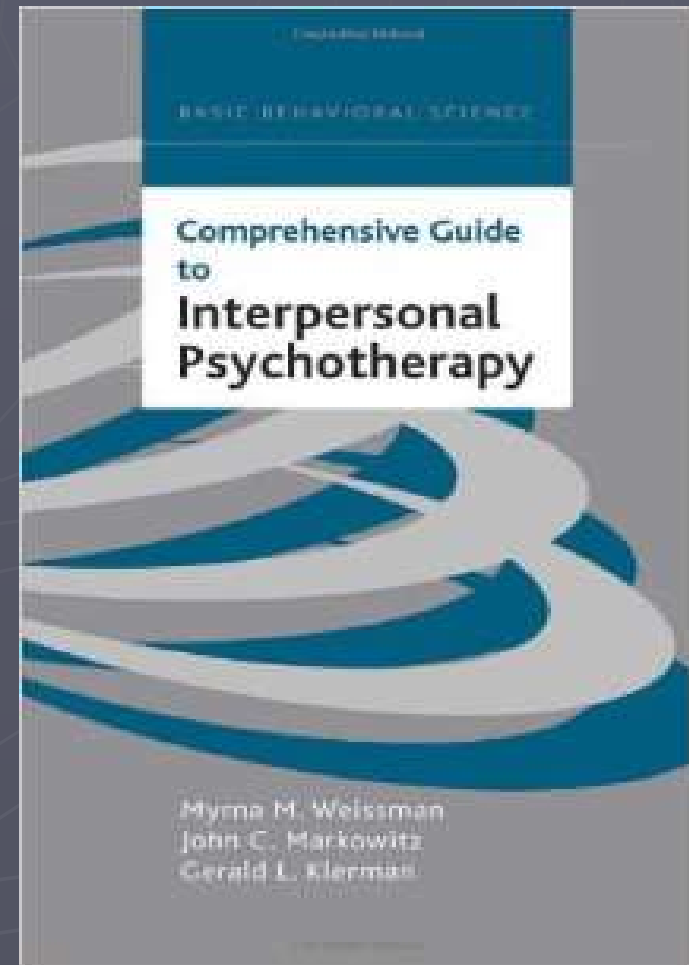
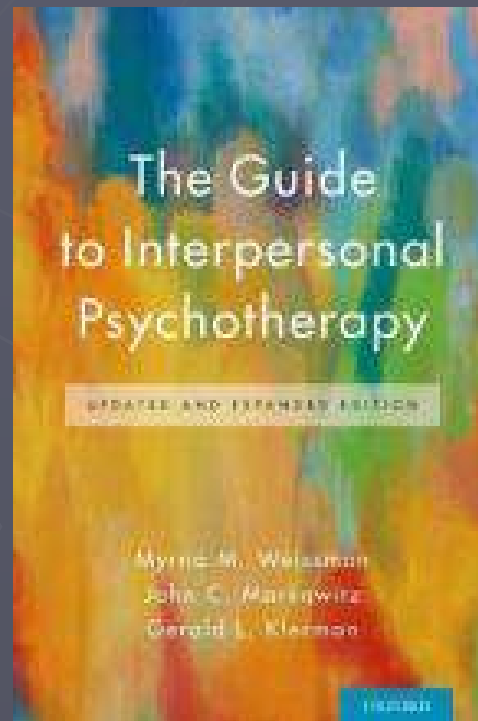
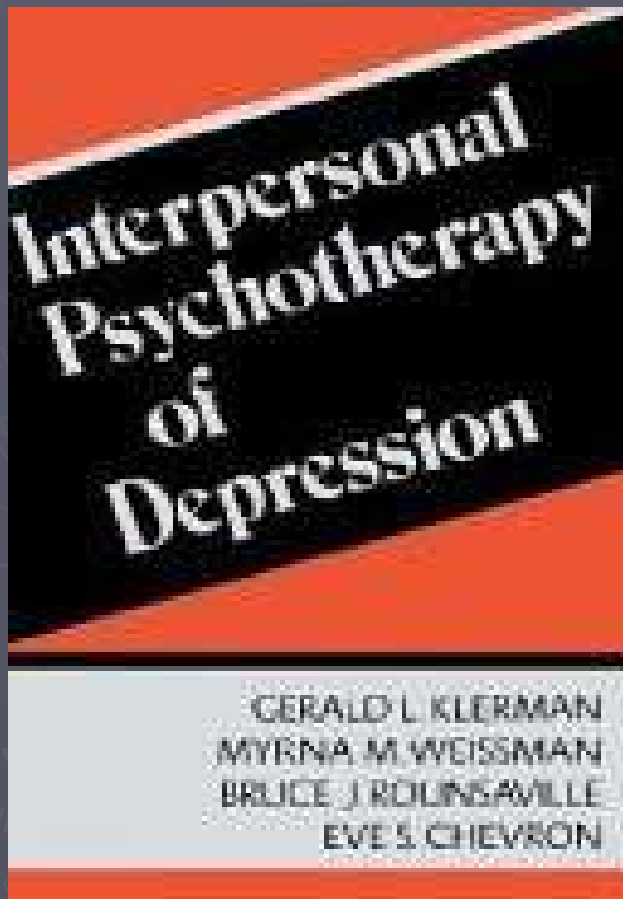
Implicaciones para la práctica

- ▶ 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 permitirle (legitimar) ser un enfermo.
- ▶ Por todo ello debe entenderse la TIP dentro de un modelo médico.

- ▶ 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.

Aplicación de la TIP

el manual



Objetivos y tareas de la TIP

▶ ESTRATEGIA - 3 FASES

- inicial
- intermedia
- terminación

▶ TECNICAS

▶ ACTITUD TERAPEUTICA

Papel del terapeuta

- ▶ Abogado del paciente, no neutral.
- ▶ Activo, no pasivo.
- ▶ La relación terapéutica no se interpreta como transferencia.
- ▶ La relación terapéutica no es una amistad.

Sesiones iniciales

Objetivos:

- ▶ Ocuparse de la depresión.
- ▶ Diagnosticar los problemas interpersonales.

Ocuparse de la depresión, 1

TAREAS DEL TERAPEUTA:

- ▶ Empezar a ocuparse de la depresión
- ▶ Completar un inventario interpersonal y relacionar la depresión con el contexto interpersonal.
- ▶ Identificar las principales áreas problema.
- ▶ Explicar las bases y objetivos de la terapia interpersonal.
- ▶ Formalizar un contrato con el paciente.
- ▶ Explicar el papel que se espera juegue el paciente en el tratamiento.

Ocuparse de la depresión, 2

- ▶ Clarificación del motivo de consulta: “el motivo de consulta no es el problema”
- ▶ Historia reciente del estado depresivo.
- ▶ Revisión de los síntomas depresivos.
- ▶ Evaluación de la necesidad de medicación.
- ▶ Examen médico (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: psicoeducación.
- ▶ Evaluar la motivación para el tratamiento.
- ▶ Crear un entorno de trabajo (psicoterapéutico, de “base segura”, desde el principio.

“Lugar seguro”



Truman Capote

Desayuno en Tiffany's



ANAGRAMA
Colección Compactos

regal



Blake Edwards, 1961

Características Especiales

- Comentarios por el Productor Richard Shepherd
- La creación de un Clásico
- Es tan Audrey: un icono de la elegancia
- Brillo
- La carta de Audrey a Tiffany
- Trailer original de cine



¡La comedia romántica ganadora de dos Oscars, que brilla como un diamante!*

Disfruten de nuevo con la maravillosa canción ganadora del Oscar® "Moon River", de Henry Mancini y Johnny Mercer, y vuelvan a sentir el hechizo de esta alocada y despreocupada chica de Nueva York llamada Holly Golightly (Audrey Hepburn) en este clásico de 24 quilates basado en el best-seller de Truman Capote. George Peppard es el joven, esforzado y "mantenido" escritor que se ve arrastrado por el deslumbrante y nada convencional estilo de vida de Holly, dispuesta a revolver todo Manhattan para casarse con un millonario. El formidable material extra incluido en la Edición Aniversario añade un brillo muy especial a este irresistible y eterno clásico de Blake Edwards. También cuenta en su reparto con Patricia Neal, Buddy Ebsen, Martin Balsam y Mickey Rooney; Mancini obtuvo además otro Premio de la Academia® por su inolvidable banda sonora.

*Mejor Banda Sonora de Drama o Comedia (Henry Mancini); Mejor Canción Original ("Moon River"), 1961



PARAMOUNT PICTURES PRESENTS AUDREY HEPBURN in "BREAKFAST AT TIFFANY'S" A JUROW-SHEPHERD PRODUCTION Also Starring GEORGE PEPPARD Co-Starring PATRICIA NEAL BUDDY EBSEN MARTIN BALSAM and MICKEY ROONEY Directed by BLAKE EDWARDS Produced by MARTIN JUROW and RICHARD SHEPHERD Screenplay by GEORGE AKELROD Based on the Novel by TRUMAN CAPOTE Music HENRY MANCINI Color by TECHNICOLOR®

IDIOMA	Inglés	Francés, Italiano, Español	English Commentary	Le habla de sonido digital Dolby contiene hasta 5.1 canales de audio. El sonido Dolby Surround contiene hasta 4 canales de audio codificados. Estos dos canales en DVD son compatibles con televisores y Dolby Pro Logic.
SUBTÍTULOS	Inglés, Francés, Español, Alemán, Italiano, Portugués, Sueco, Hebreo, Hindi, Japonés, Coreano, Chino, Árabe, Griego, Turco, Vietnamita, Indoneés, Malayalam, Tailandés, Tagalo, Telugu, Vietnamita, Yoruba, Zulu			
SUBTÍTULOS DE LOS COMENTARIOS	Inglés, Francés, Italiano			
ES 111868	110 Mins Approx	1.78:1	COLOR	
ATENCIÓN: Entre otros, todos los derechos de este DVD. Se utilizan con fines diferentes a la exhibición doméstica privada está estrictamente prohibida. Los símbolos Dolby y Dolby D (DD) son marcas de Dolby Laboratories Licensing Corporation.				

ES111868SV

Autorizada para todos los públicos
 Certificado de Calificación L.C.A.A.: 21889
 Depósito Legal: M-34728-2000



DESAYUNO CON DIAMANTES EDICIÓN ANIVERSARIO

81868



EDICIÓN ANIVERSARIO

AUDREY HEPBURN GEORGE PEPPARD

Desayuno con DIAMANTES



Ocuparse de la depresión, 3

REVISIÓN DE LOS SÍNTOMAS. 3 propósitos:

- ▶ Confirmar el diagnóstico
- ▶ Tranquilizar al paciente haciéndole ver que sus problemas encajan en un patrón conocido por el terapeuta y que se entiende como un síndrome clínico, que tiene tratamiento.
- ▶ Centrar los síntomas en un momento determinado y en el contexto interpersonal, que será el foco de la psicoterapia.

Ocuparse de la depresión, 5

(A. Benito)

DAR UN NOMBRE A LOS SÍNTOMAS:

- ▶ *"Sus síntomas [especificarlos: dolor de cabeza, problemas de sueño, fatiga, etc...] no parecen tener una base física. La falta de una base física no significa que no sean reales y que Ud. no se sienta mal [su dolor de cabeza, fatiga, etc...son reales]. Los síntomas que Ud. describe son parte de la depresión. Su apetito y sueño se han trastornado. Ha perdido el interés por sus actividades habituales. Está mas irritable con sus hijos, y no se entiende con su cónyuge.*

- ▶ *No se puede ni imaginar consiguiendo el puesto de trabajo en el que antes Ud. estaba interesado. Ha perdido su energía y su entusiasmo.*
- ▶ *Todo esto forma parte del cuadro clínico de la depresión. Sus pensamientos sobre la muerte, su cansancio y su sentimiento de inutilidad, las preguntas acerca de a donde va su vida o su falta de energía, son parte de la constelación de la depresión. Los síntomas que Ud. describe son los habituales en las personas deprimidas. Está Ud. pasando una depresión".*

Ocuparse de la depresión, 6

EXPLICAR LA DEPRESIÓN Y SU TRATAMIENTO.

- ▶ *"La depresión es un trastorno frecuente. Un porcentaje grande de la población la puede padecer en algún momento de su vida. Aunque Ud. esté sufriendo ahora, las depresiones responden al tratamiento. Su perspectiva de recuperación es buena. Hay muy buenos tratamientos disponibles y no debe desesperarse si el primer intento no funciona."*

- ▶ *La mayor parte de las personas deprimidas responden rápidamente al tratamiento y el pronóstico es bueno. Ud. se sentirá mejor y volverá a sentirse como antes cuando desaparezcan los síntomas. La psicoterapia es uno de los tratamientos usuales de la depresión. Ha demostrado ser efectivo en muchos trabajos de investigación. La psicoterapia le puede ayudar a entender los problemas que le llevan a la depresión."*

Ocuparse de la depresión, 7

CONCEDER AL PACIENTE EL ROL DE ENFERMO (I)

► Funciones del rol de enfermo

1. Eximir de ciertas obligaciones sociales
2. Eximir de responsabilidades
3. Permitir estar en un estado definido como no deseable, que debe ser erradicado.
4. Ser considerado como necesitado de ayuda.

Ocuparse de la depresión, 8

CONCEDER AL PACIENTE EL ROL DE ENFERMO (II)

- ▶ *"Es normal que no se encuentre divertido ni sociable ahora que se siente Ud. 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, Ud. preferiría no tener compromisos y le gustaría que consultara con Ud. antes de contraer ninguna obligación social?."*

- ▶ *Ud. va a implicarse activamente conmigo en su tratamiento y durante este tiempo estaremos trabajando por mejorarle. Cabe esperar que Ud. sea capaz de reasumir gradualmente su vida normal y al cabo de 2 meses será bastante 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 depresión, 9

EVALUAR LA NECESIDAD DE MEDICACIÓN:

- ▶ Con receta médica: antidepresivos
- ▶ Productos fitoterapéuticos

Identificar las áreas problema, 1

ÁREAS:

- ▶ Duelo
- ▶ Disputas interpersonales (con cónyuge, amante, hijos, familiares, amigos, compañeros...).
- ▶ Transiciones de rol (nuevo trabajo, emancipación de la familia, dejar la escuela, traslado de domicilio, divorcio, cambios económicos...).
- ▶ Déficits interpersonales (soledad y aislamiento social).

Identificar las áreas problema, 2

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

Identificar las áreas problema, 3

"Por lo que hemos visto parece que Ud. ha estado [especificar claramente el problema: teniendo problemas con su pareja, asustado de perder su empleo, incómodo en su nueva casa, solo en la ciudad, perdiendo viejas amistades...]. Estos problemas pueden estar relacionados con su depresión. Le propongo que nos veamos la próximas semanas, como hasta ahora, durante mas o menos una hora cada vez, para ver si nos hacemos una idea de como puede afrontar mejor la depresión..."

Identificar las áreas problema, 4

Reacciones del paciente

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

Identificar las áreas problema, 5

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

Explicación de la TIP y contrato terapéutico, 1

► Si es preciso

"Vivimos en un mundo en el que los demás son muy importantes aunque encaremos la vida solos. Aunque las causas de la depresión son desconocidas, ésta suele asociarse con problemas en las relaciones personales, incluidos los referentes a cónyuges, hijos, familia y compañeros. Los problemas de relación o pérdida de seres queridos pueden llevar a algunas personas a la depresión mientras que a otras, la depresión les impide desenvolverse con la otra gente con tanto éxito como de costumbre. En este tratamiento vamos a intentar descubrir lo que Vd. desea y necesita de los otros y como conseguirlo".

► Énfasis en "aquí y ahora"

"Vamos a discutir su vida tal y como es ahora".

Explicación de la TIP y contrato terapéutico, 2

▶ 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 revisar sus relaciones con todas las personas importantes de su vida".

Comienzo de las sesiones intermedias, 1

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, 2

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. "Prácticas" de nuevo comportamiento.

Duelo

- ▶ El duelo es una reacción emocional ante una pérdida que cumple un papel adaptativo en el ser humano, pudiendo contribuir al crecimiento personal. Es una de las experiencias más estresantes que ha de afrontar el ser humano y está asociada a importantes problemas de salud como depresión, ansiedad, abuso de fármacos y alcohol, problemas cardiacos o ideación suicida.



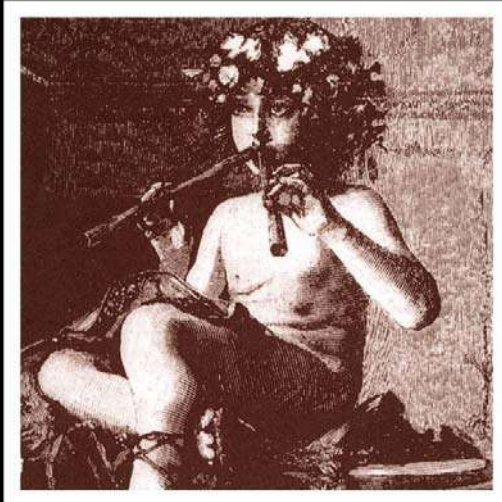
Carta de una doliente

- ▶ “Por favor, quiero que sepas que yo necesito que me sostengas. Quizá no te pida ayuda porque esté muy aturdida, pero preciso saber que estás ahí.
- ▶ Tienes que saber que yo no espero que trates de hacerme sentir mejor o hagas desaparecer mi pena. En este momento nadie puede.
- ▶ Yo necesito que me calmes, que aceptes mi dolor tolerando la impotencia de no poder ayudarme.
- ▶ Si no puedes llamarme porque no soportas mi dolor y tu impotencia, dímelo. Yo lo voy a entender mejor que si pusieras excusas de todo tipo.
- ▶ Trata de tolerar mi enojo. No eres tú, ni los demás, los que me enojan. Es que yo perdí a quien quería. Por favor, perdona mis exabruptos. Espero que me puedas entender.

- ▶ No trates de evitar mis lágrimas. Verme llorar puede ser duro para ti, pero es un modo saludable de expresar un poco de mi pena. Llorar es bueno para mí, por favor trata de sentarte a mi lado y dejarme llorar.
- ▶ No trates de consolarme comparando mi pérdida con otras peores. Mi pena es mía e intransferible.
- ▶ Entiéndeme si no puedo compartir momentos felices que estás viviendo. Me gustaría poder.
- ▶ No me digas que lo que sucedió fue “porque Dios lo quiso”. Oír esto no me consuela en este momento y sólo agrega confusión espiritual y desolación a lo que siento.

- ▶ No me digas "*Sé cómo te sientes*". Nadie lo sabe. Por favor, sólo pregúntame cómo me siento hoy.
- ▶ Ofréceme una ayuda específica... un almuerzo, una tarea hogareña, una hora libre. Yo estoy demasiado herida para poder pensar más allá de hoy.
- ▶ No me digas que "*deje esto atrás, que olvide y siga adelante con mi vida*". Esta es mi vida. Necesito hacer el duelo. Necesito ser yo, y necesito no olvidar, sólo encontrar una manera de recordar en paz.
- ▶ Abrázame, tócame, dime que puedes cuidarme y acompañarme dentro de este territorio tan árido y fantasmal que es mi duelo.
- ▶ Acéptame en mi dolor y siempre recordaré el amor sanador que me ofreciste".

Francisco Umbral



Mortal y rosa

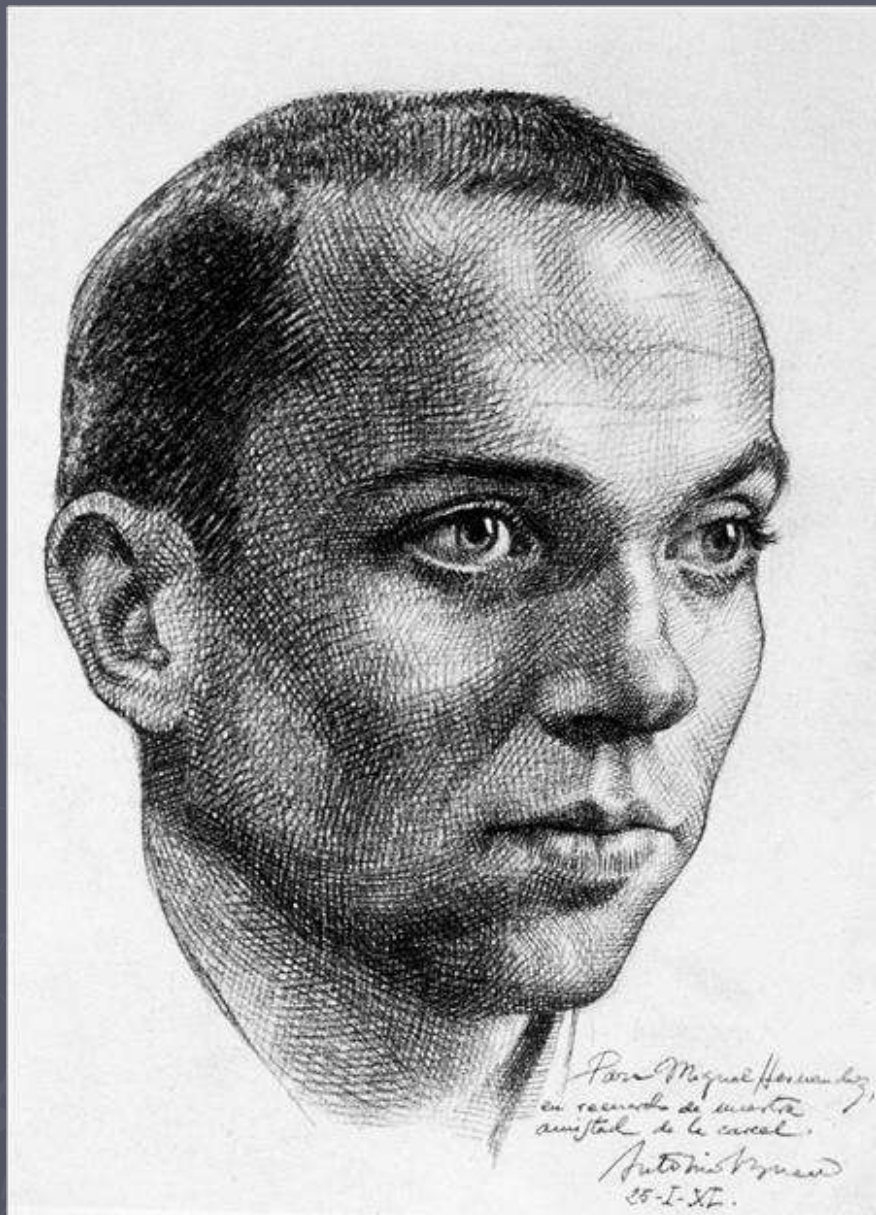
Edición de
Miguel García-Posada

CATEDRA / DESTINO
Letras Hispánicas

F. Umbral
Madrid, 1932-2007



“Pincho”, 6 años



Elegía a la muerte de Ramón Sijé

*...tanto dolor se agrupa en mi costado,
que por doler me duele hasta el aliento...
...no hay extensión más grande que mi herida,
lloro mis desventura y sus conjuntos
y siento más tu muerte que mi vida...
...quiero minar la tierra hasta encontrarte
y besarte la noble calavera
y desamordazarte y regresarte...
...a las aladas almas de las rosas
del almendro de nata te requiero,
que tenemos que hablar de muchas cosas,
compañero del alma, compañero.*

Miguel Hernández. 10 de junio de 1936



Joan Manuel Serrat



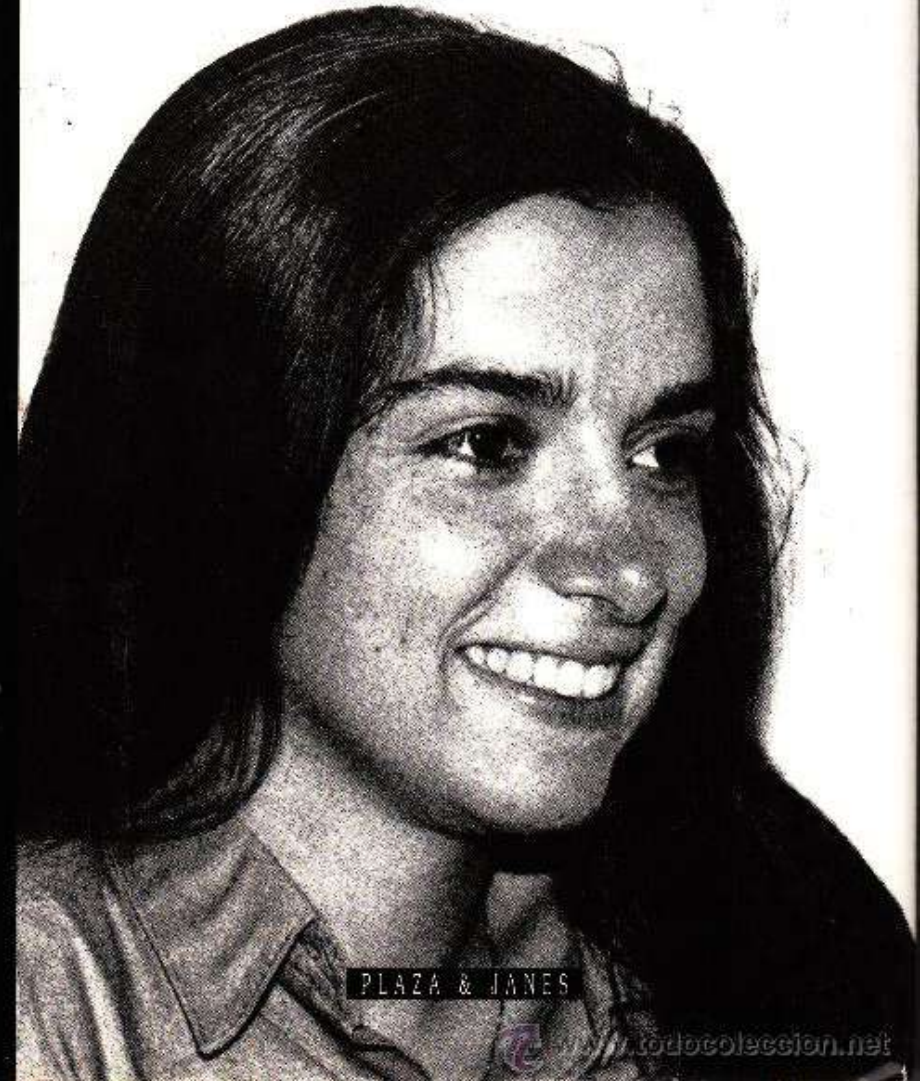
**MIGUEL
HERNANDEZ**



ISABEL ALLENDE

Paula

AVE FENIX ♦ SERIE MAYOR



PLAZA & JANES

www.todocoleccion.net

Anthony Hopkins Debra Winger



C. S. LEWIS

*Una pena
en observación*

VERSIÓN DE CARMEN MARTÍN GAITE



ANAGRAMA

Panorama de narrativas

Fernando Savater, 1947

- ▶ "Mi vida es comer, dormir y llorar"



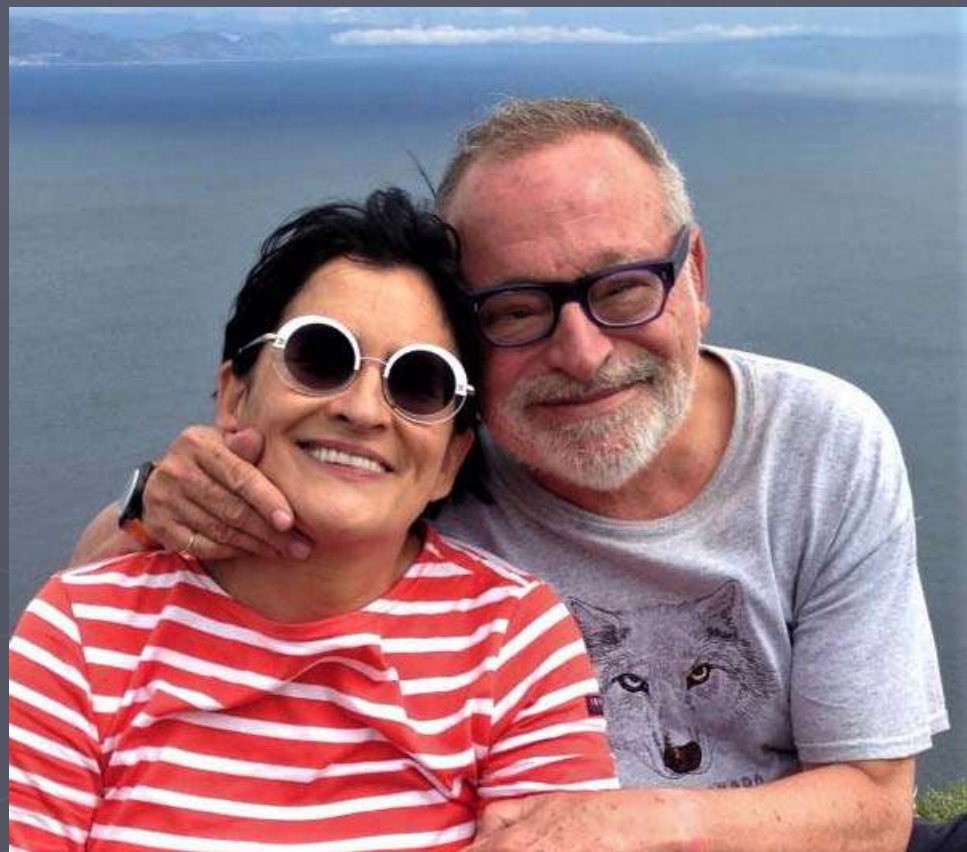
Sara Torres, 1955-2015

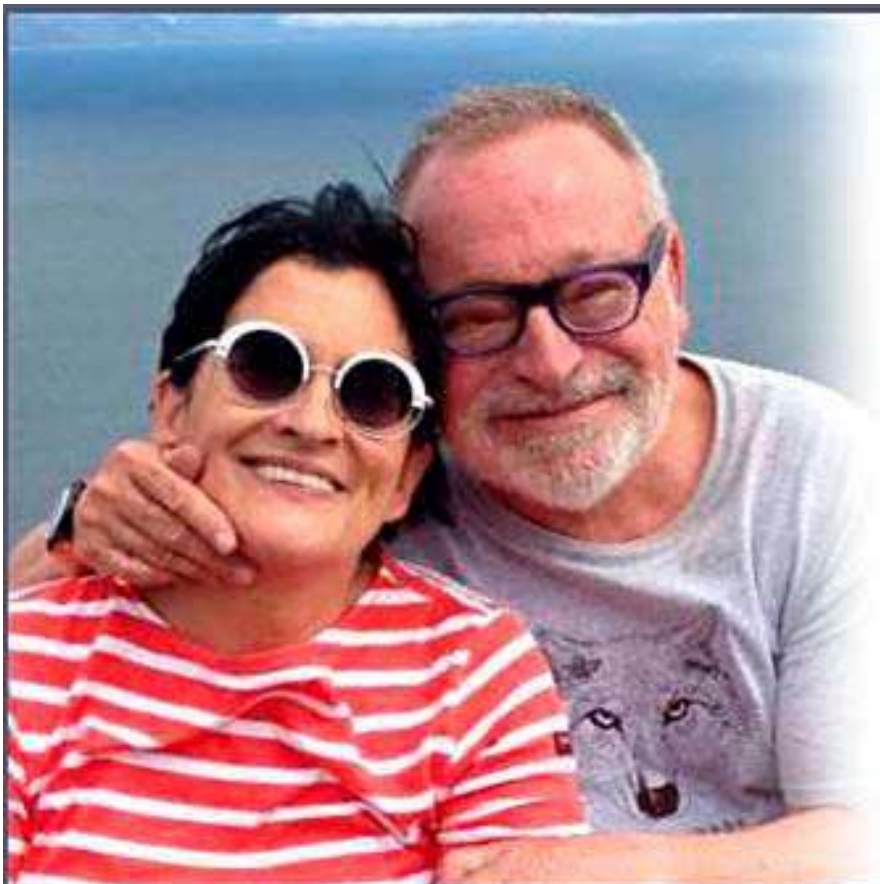


Fernando
Savater

La peor parte
Memorias de amor

Ariel





“

Llega el infierno y se revela mi condena, la más atroz: creer que estoy vivo y que es ella la que ha muerto. Hoy hace ya dos años.”

—
FERNANDO SAVATER

**miguel
delibes:
cinco horas
con mario**



**destinolibro
144**

M. Delibes



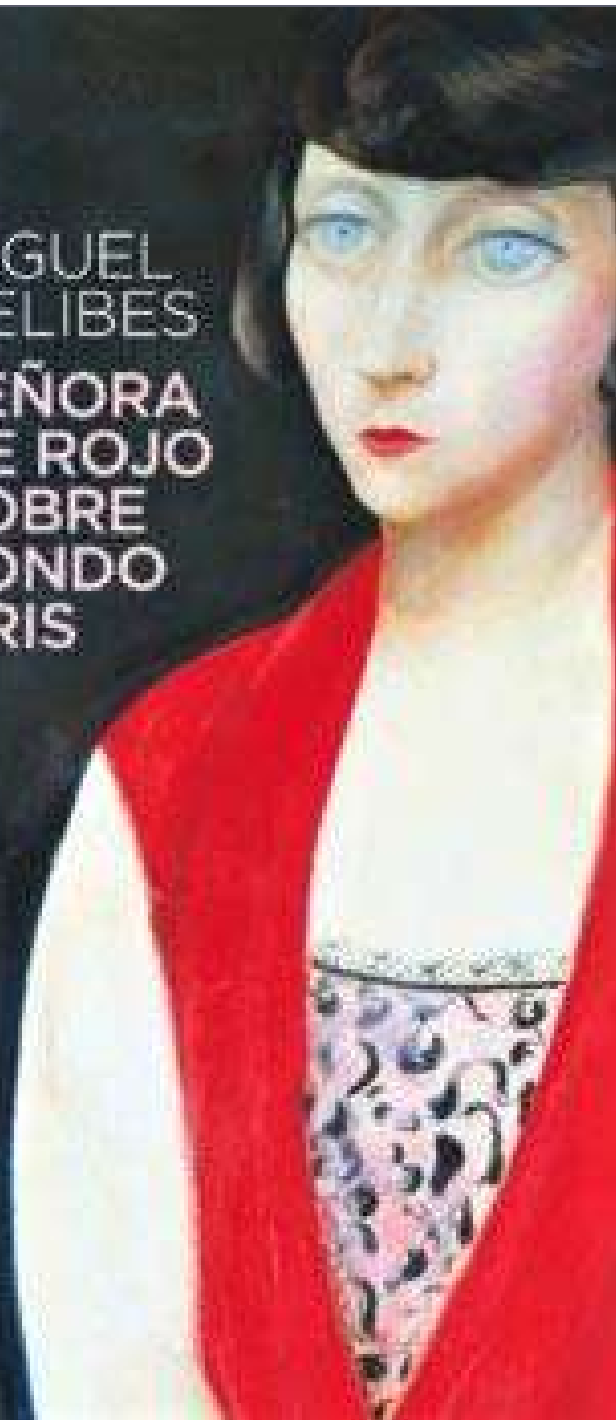
con Lola Herrera

Miguel Delibes, 1920-2010

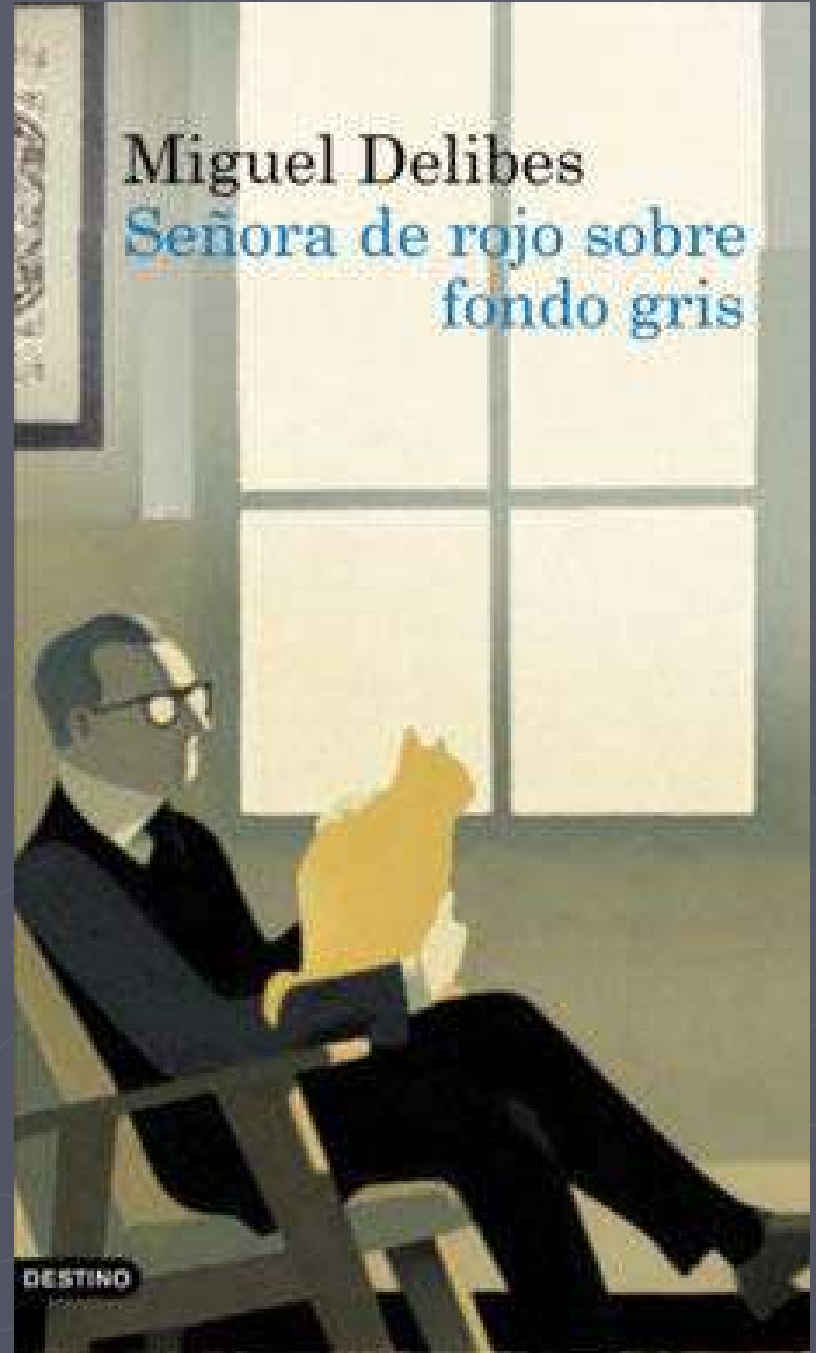
Ángeles de Castro, 1922-1974



MIGUEL
DELIBES
SEÑORA
DE ROJO
SOBRE
FONDO
GRIS



Miguel Delibes
Señora de rojo sobre
fondo gris



“Cuando alguien imprescindible se va de tu lado, vuelves los ojos a tu interior y no encuentras más que banalidad, porque los vivos, comparados con los muertos, resultamos insoportablemente banales”



SABRE PRODUCCIONES
& PENTACIÓN ESPECTÁCULOS
PRESENTAN



JOSÉ
SACRISTÁN

SEÑORA DE ROJO

SOBRE FONDO GRIS

DE MIGUEL DELIBES

ADAPTADO PARA TEATRO DE JOSÉ SÁMANO, JOSÉ SACRISTÁN Y INÉS CAMIÑA

PRODUCIDA Y DIRIGIDA POR JOSÉ SÁMANO

sabre

PENTACIÓN

ESPECTÁCULOS

COM

José González



Las 4 tareas del duelo (Worden)

- ▶ Aceptar la realidad.
- ▶ Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.
- ▶ Adaptarse a un medio en el que el fallecido (o lo perdido) está ausente.
- ▶ Recolocar emocionalmente al fallecido y continuar viviendo.

Acompañando el duelo

J. González

- ▶ 1. Familiarizarse con el proceso de duelo.
- ▶ Es importante tener una noción del duelo, de su sintomatología, ritmos y fases para poder ayudar a desmitificar y aclarar los posibles sentimientos no comprendidos por parte del doliente.

- ▶ 2. Evitar las frases hechas. “*Sé cómo te sientes*”, “*podía haber sido peor*”.
- ▶ Conviene no hacer uso de este tipo de frases ya que son muy dañinas para los procesos de duelo e impiden ganarse la confianza de la persona a la que se pretende ayudar.

▶ 3. Acoger y provocar los desahogos.

- ▶ Es beneficioso facilitar la ventilación de emociones, recordar siempre que la expresión de sentimientos nunca debe ser cortada bajo ningún concepto. Por lo tanto, se deben acoger los sentimientos y ser capaz al mismo tiempo de facilitar el desahogo.

- ▶ 4.Revalorizar los signos de presencia y cercanía.
- ▶ Es importante que la persona en duelo sienta la presencia física y psicológica de la persona que quiere ayudarlo en el duelo.

▶ 5. Mantener los contactos.

- ▶ Mantener vivo el contacto es también de gran importancia. La persona en duelo va a pasar por una serie de estados emocionales muy complejos. Puede que alguna vez, cuando se le quiera ayudar, nos aparte de su lado de manera despectiva. Hay que tener en cuenta que es una reacción normal dentro del proceso en el que se encuentra. Una llamada telefónica, una visita, etc., será una gran inyección de gasolina para el doliente.

▶ 6. Cultivar los recuerdos.

- ▶ A la hora de facilitar la ventilación de emociones, es importante comenzar a cultivar los recuerdos. Por ejemplo, se pueden utilizar fotos donde aparezca el difunto. De esta manera se conseguirá comenzar la cadena de recuerdos que dé lugar a la expresión emocional necesaria para el desahogo y la verbalización de sentimientos.

- ▶ 7. Ayudar a elegir y tomar decisiones.
- ▶ Nunca se puede decidir por el doliente, aunque a veces la solución pueda parecer clara. En la relación de ayuda se puede facilitar el camino, ser una luz en la oscuridad, pero siempre tiene que ser el familiar quien sea capaz de tomar sus propias decisiones durante el ciclo del proceso de duelo.

- ▶ 8. Enseñarles la esperanza.
- ▶ Ser capaz de aprender de la muerte, de sacar conclusiones. Es importante hacerles ver que ya han pasado por una de las peores circunstancias por las que puede pasar un ser humano, la pérdida de un ser querido, y a partir de este momento, y después de haber caminado por el duro sendero que supone el duelo, queda la esperanza de poder seguir hacia delante, con la propia vida, siendo capaz de retomar otra vez objetivos pendientes.

▶ 9. Movilizar los recursos comunitarios.

- ▶ Es importante en la relación de ayuda conocer el ambiente en el que se desenvuelve el doliente. Conseguir que asista a grupos de ayuda en duelo, que llame a viejas amistades, que comience a salir será muy beneficioso y un gran logro para la persona.

- ▶ 10. Ayudarle a descubrir nuevos motivos para vivir.
- ▶ Ha desaparecido uno de los motivos que se tenían para vivir y se siente un vacío muy grande, pero por otro lado todavía queda mucho por lo que luchar, cosas a las que una persona se puede seguir aferrando y por las que merece la pena continuar con la vida. Ayudar a que el doliente sea capaz de percibir esos motivos para volver a vivir será uno de los objetivos más importantes que se puedan plantear como terapeutas o voluntarios en relación de ayuda.

Consejos prácticos para afrontar el duelo

- ▶ Si le cuesta dormir en el dormitorio donde dormía con el fallecido, puede ser buena idea cambiar los muebles de sitio.
- ▶ Crear un álbum con las fotos más significativas de su vida con el difunto, de aquellas que mejor simbolicen la vida en común, y el resto se guardan en un lugar en el que cueste trabajo verlas todos los días.

- ▶ Plantearse un solo objetivo a cumplir por mes. No importa que pueda parecerle pequeño; cualquier paso que logre dar será un gran camino recorrido hacia su bienestar.
- ▶ Escribir listas de los momentos mejores y peores vividos con el ser querido. Sin hacer juicios, tan solo describiendo los momentos.

- ▶ Deshacerse poco a poco de los objetos y de la ropa del ser querido.
- ▶ Escribir una carta de despedida en la que se mezclen sentimientos de amor y de reproche en la cual se evite la idealización y se entremezclen sentimientos.
- ▶ Seleccionar cinco objetos personales cargados de emoción y hacer una pequeña redacción sobre por qué esos objetos son especiales para él. Después se guardan en un pequeño recipiente o en una caja.

- ▶ Si tiene miedo a habituarse al nuevo ambiente sin el ser querido se puede plantear pequeñas metas, como por ejemplo: “Hoy me quedo una mañana, mañana me quedo una tarde y la próxima semana, el día entero”.
- ▶ Imaginarse que por un momento la persona fallecida está delante del doliente y le habla mientras él permanece callado. Pensar qué le diría sobre su situación actual y cómo le gustaría que siguiera su camino.

Juan Taratuto 2005

"Una comedia romántica como el Cine Argentino
no acostumbra a ofrecer

Pablo Scholz - Clarin

Rizoma Films presenta

NO SOS VOS SOY YO



La historia que no conocés
sobre las cosas que
escuchaste mil veces

una película de **Juan Taratuto**

Soledad Villamil | Diego Peretti | Cecilia Dopazo

Marcos Mundstock | Hernán Jimenez | Mariana Brisky | Roly Serrano

La participación especial de LUIS BRANDONI. La actuación especial de MARIA EUGENIA TOBAL



Diego Peretti

Marcos Mundstock

*... y no se lo que pasó, ni cómo,
pero gracias a Dios o a lo que
mierda fuera, la angustia se
transformó en dolor y, con mucho
esfuerzo más, logré que el dolor se
convirtiera en tristeza y después de
muchos meses pude despertarme
un día sin sentir que me faltabas, y
estaba todo bien...*

Disputas interpersonales

- ▶ Situaciones en las que el paciente y al menos otra persona significativa tienen expectativas no recíprocas sobre su relación.
- ▶ El paso del tiempo modifica las expectativas (en la pareja, p. ej.)
- ▶ El “bucle de la reivindicación”
- ▶ Para la TIP se consideran importantes tanto en la génesis como en el mantenimiento de la depresión.

Diagnóstico de disputas interpersonales

- ▶ Para escogerlas como foco de la TIP es preciso que exista evidencia de conflictos actuales abiertos o encubiertos (“no se hablan, p. ej.) con una persona significativa: explorar.
- ▶ Atender tanto a lo que se dice como a “cómo se dice”. Los “debería”....

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 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
 - Impasse
 - Disolución
2. Facilitar
 - Impasse-renegociación
 - Disolución-duelo
3. Ayudar al paciente a entender cómo las expectativas no recíprocas se relacionan con la disputa.
4. Análisis de la comunicación: retroalimentación.
5. Intervenciones contratransferenciales

Disputas interpersonales

4. Explorar diversos niveles

- 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?
- Paralelismo en relaciones previas

Qué gana el paciente con su conducta

Qué ambiciones ocultas hay en ella

Qué le lleva a buscarla/mantenerla

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
- ▶ Y, con frecuencia, suponen una pérdida

- ▶ Las dificultades se suelen asociar a:
 - Pérdida de apoyos y vínculos familiares y sociales.
 - Mal manejo de las emociones asociadas, como la rabia o el miedo.
 - Exigencia de un nuevo repertorio de habilidades sociales.
 - Baja autoestima.
 - Sensación de inestabilidad: miedo al cambio.
 - “Angustia de placer”: culpa.

Miedo al cambio

- ▶ Los cambios, y sus necesidades adaptativas, manifiestan los miedos básicos:
 - Al caos, la confusión: ansiedad confusional
 - Al ataque: ansiedad paranoide
 - A la pérdida: ansiedad depresiva

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 es secundaria 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, profesional...]."

Transiciones de rol

PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO (1)

La transición supone CUATRO TAREAS:

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

Transiciones de rol

PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO (2)

1. Evaluar el rol antiguo
2. Propiciar la expresión de afecto
3. Desarrollar nuevas habilidades
 - Manejo de ansiedad
 - Asunciones incorrectas o estereotipadas sobre el nuevo rol
 - Existencia de modelos indeseables provenientes de experiencias pasadas
4. Buscar apoyos sociales
 - Revisar cuidadosamente las posibilidades que a los pacientes deprimidos suelen pasarles desapercibidas

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. Trauma de apego!!
- ▶ Suelen ser los pacientes más graves.

Diagnóstico de los déficits IP

► Explorar:

- Familia (Historia de trauma?)
- Amigos
- Trabajo
- Aislamiento
- Déficits de habilidades sociales

Déficits interpersonales

OBJETIVOS Y ESTRATEGIAS (1)

- ▶ Si no hay relaciones actuales el FOCO se centra en:
 - Relaciones pasadas
 - Relación con el terapeuta: Terapia de contención
 - Comienzo de nuevas relaciones

Déficits 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.
4. Intervenciones contratransferenciales y *role playing*

Terminación del tratamiento

1. Se debe mencionar al menos dos sesiones antes de ocurrir (recordar lo establecido en el contrato).

2. Conviene

- Reconocer las reacciones habituales
- Evitar su interpretación como una recaída

3. 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.
- Reforzar los logros conseguidos.
- Ayudar al paciente a reconocer su capacidad de independencia.

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 deprimidos.