

LA TERAPIA DINÁMICA INTERPERSONAL Y LOS CONSTRUCTOS EN LOS QUE SE BASA

DYNAMIC INTERPERSONAL THERAPY

Grasso, Jimena E.¹; Barbieri, Micaela B.²; Etchevers, Martín J.³

RESUMEN

La Terapia Dinámica Interpersonal desarrollada por Alessandra Lemma, Mary Target y Peter Fonagy es un modelo de terapia psicodinámica con enfoque interpersonal (Lemma et. al., 2011). Este protocolo de dieciséis sesiones ayuda al terapeuta a identificar y trabajar sobre un foco específico, relevante para las dificultades habituales de personas con cuadros de depresión o ansiedad. El presente trabajo revisa primero tres aportes teóricos claves para el abordaje del protocolo DIT: apego, mentalización y confianza epistémica. Se presentan los antecedentes del tratamiento. Se describen sus objetivos, su estructuración y sus principales técnicas. Además, se desarrolla una descripción de la Terapia Dinámica Interpersonal en Cuidados Complejos. Se discute la posible utilidad de un tratamiento de orientación psicodinámica con sólidas bases empíricas tanto para pacientes como para profesionales que se encuentren familiarizados con los modelos psicodinámicos. Finalmente, se discute la utilidad de una psicoterapia de estas características en el contexto nacional.

Palabras clave:

Terapia dinámica interpersonal, Terapia dinámica interpersonal en cuidados complejos, DIT, DITCC, Psicoterapia psicodinámica.

ABSTRACT

Dynamic interpersonal therapy was developed by Alessandra Lemma, Mary Target and Peter Fonagy. This model of psychotherapy has an interpersonal approach, and its protocol helps the clinician to identify and work on a specific focus, which is relevant to the usual difficulties of people with depression or anxiety, in sixteen sessions. This paper first reviews three key theoretical contributions to the DIT protocol approach: attachment, mentalization, and epistemic trust. The background of the treatment is presented. Then, its objectives, its structure and its main techniques are described. Furthermore, a description of Interpersonal Dynamic Therapy in Complex Care is developed. The utility of a psychodynamically oriented treatment with solid empirical bases for both patients and professionals who are familiar with psychodynamic models is discussed. Finally, the utility of a psychotherapy of these conditions in the local context is discussed.

Keywords:

Dynamic interpersonal therapy, Dynamic interpersonal therapy in complex care, DIT, DITCC, psychodynamic psychotherapy.

¹Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de investigaciones.

²Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de investigaciones.

³Universidad de Buenos Aires (UBA), Facultad de Psicología, Instituto de investigaciones. Email: metcheve@psi.uba.ar

Antecedentes de la Terapia Dinámica Interpersonal

Las terapias psicodinámicas breves surgen con el propósito de dar respuesta a las necesidades propias de la salud pública, que había sufrido un dramático cambio una vez finalizada la Segunda Guerra Mundial. Una psicoterapia que propusiera un formato individual, una frecuencia de 5 sesiones semanales, una duración indefinida de tiempo y objetivos poco claros no encajaba con las necesidades de grandes cantidades de personas. Uno de los principales puntos de las nuevas psicoterapias era la focalización; en la que el foco se refiere a aquello que, desde la perspectiva psicodinámica, explica las dificultades de quien consulta y cuyo tratamiento propiciaría su mejoría. En el marco de las terapias psicoanalíticas el término “foco” se refiere a la limitación de la asociación libre, orientando los esfuerzos de la terapia a lo que se define como problema central. Por parte del terapeuta, este mismo término limita el principio de la atención libre flotante proponiendo un terapeuta más activo que se orienta a la búsqueda de ese foco. Dentro de estas terapias breves, se hallan dos orientaciones, una de ellas en la que el foco se define como un ‘conflicto subyacente’ y otra en la que este se define como un ‘patrón relacional disfuncional’ y se refiere a relaciones internas y externas que se encuentran en la base de la sintomatología ansiosa y depresiva. Este último es el caso de la Terapia Dinámica Interpersonal (DIT), centrada en el trabajo sobre el denominado Foco Afectivo Interpersonal (FAI) (De la Parra, 2018).

La DIT se sostiene en constructos sumamente sólidos por sus niveles de evidencia. La mentalización, el apego y la confianza epistémica se encuentran articulados en el centro de este modelo. Los autores advierten que el lector formado encontrará elementos de otras terapias dinámicas y terapias relacionadas superpuestas. En este sentido, no se propone como un modelo completamente nuevo, sino más bien como un modelo organizado y sistematizado que utiliza algunos aspectos de otros modelos que han resultado útiles para la psicoterapia. El esmerado trabajo de manualización, con ejemplos clínicos y una sólida base empírica, resulta quizás el mayor aporte, considerando la necesidad de ofrecer el mejor tratamiento en el menor tiempo posible con intervenciones de mayor durabilidad. Este modelo de tratamiento se basa en constructos teóricos sumamente sólidos por el vasto apoyo empírico con el cuentan. A continuación revisaremos los mismos y su integración en este tratamiento.

El apego y su influencia en las capacidades interpersonales

La teoría del apego, desarrollada por John Bowlby (1969, 1973, 1980) a lo largo de los tres volúmenes de su obra “Attachment and Loss” (en castellano, “Apego y pérdida”), postula que existe una necesidad universal en los humanos para formar vínculos afectivos estrechos. Como núcleo de esta teoría, se encuentra la reciprocidad de las relaciones tempranas, precondition para la organización psíquica y el desarrollo normal del ser humano: a las conductas de apego del infante, se les corresponden las del adulto, que a su vez refuerzan la conducta de apego del

niño hacia ese adulto en particular (Fonagy, 1999).

Que el niño active o no sus conductas de apego, depende de la evaluación que este haya hecho sobre las señales que percibe de su entorno, resultando en una experiencia subjetiva de seguridad o de inseguridad.

La experiencia de seguridad es el objetivo que persigue el sistema regulador diádico de apego: las señales de los niños de cambios en sus estados son continuamente entendidas y respondidas por el cuidador o la cuidadora, permitiendo alcanzar la regulación en el niño de esos estados cambiantes. El infante aprende entonces que la activación neurovegetativa, si es en presencia de su cuidador/a, no dará lugar a una desorganización que desborde sus capacidades de afrontamiento. Cuando esta activación le resulte incontrolable, el niño o niña va a buscar proximidad física a su figura de apego, para intentar restablecer su equilibrio homeostático. Estas situaciones de búsqueda de la figura de apego, y de respuesta por parte del cuidador en pos de un equilibrio, son incorporadas en el niño, en lo que Bowlby (1973) denominó “modelos internos activos”: sistemas de representación, de creencias, del infante (Vernengo, 2005). Por lo tanto la experiencia emocional se encuentra regulada por el sistema de apego (Fonagy, 1999).

Mary Ainsworth (1969), diseñó “la situación del extraño” robusteciendo la teoría del apego con procedimientos experimentales que fueron replicados en numerosas oportunidades y contextos.

El objetivo del experimento es examinar los sistemas conductuales de apego y los modelos internos activos del niño.

Se establecieron dos episodios de separación del cuidador primario (generalmente la madre).

En un primer momento, el infante se encontraba jugando con su madre, luego con la madre y una persona desconocida, luego solo con la persona desconocida, pasando posteriormente por el retorno de la madre en la sala de juegos, hasta la situación final, en la que la madre y la persona desconocida se retiran juntas, quedando el niño solo. Este experimento permitió distinguir tres patrones conductuales de apego: el patrón de apego seguro, el patrón inseguro-evitativo, y el inseguro-ambivalente. Unos años más tarde (Main y Solomon, 1990) propusieron un cuarto tipo: el apego inseguro-desorganizado.

El patrón de apego seguro implica un patrón saludable, en el que el niño se encuentra seguro cuando está con su cuidador, y ansioso cuando este está ausente, disminuyendo el juego y las conductas exploratorias. Cuando el cuidador vuelve, inmediatamente el niño busca el contacto físico, estabilizando su ansiedad, y retomando sus conductas de exploración.

El patrón de apego inseguro-evitativo se caracteriza por una aparente independencia y una marcada sobre regulación emocional. Los niños en este experimento ignoraron a la madre, se centraron en los juguetes, y no muestran cambios en la ausencia de ella. Tampoco buscan su contacto físico al retorno.

El patrón inseguro-ambivalente se observó en niños que mostraron limitada exploración y juego, mucha perturba-

ción en la separación con la madre, pero además, una alta dificultad en el restablecimiento homeostático cuando su cuidadora volvía: llanto, agitación y tensión, incluso después de varios intentos de contención por parte de la madre.

Main y Solomon (1990) realizaron una serie de investigaciones y aportes de los cuales se desprende un último grupo de niños, que mostraba una pauta de desorganización y desorientación. El apego inseguro-desorganizado es el patrón que se observa en niños que se quedan inmóviles, producen estereotipias, o manifiestan deseo de escapar de la situación, aún cuando sus cuidadores están allí.

Bowlby (1989) expone que cuando una pauta de apego es desarrollada en el niño, tiende a persistir. A medida que el sujeto crece, la pauta se convierte cada vez más en una característica, que tenderá a imponer en sus nuevas relaciones interpersonales, más allá de sus cuidadores. Los modelos internos activos del self, proveen prototipos para todas las relaciones ulteriores, y para afrontar situaciones de pérdida o separación.

Fonagy (1999) encuentra evidencia de la persistencia de estas pautas haciendo a través de estudios longitudinales. Luego de “la situación extraña”, esos mismos niños mostraban en su adolescencia y adultez temprana, de manera predominante el mismo estilo de apego.

Aquellos niños que mostraron un patrón de apego seguro, en su adultez tienen más probabilidades de contar con una mayor confianza en sí mismos, capacidad de resistencia y orientación social junto a una gran empatía para el malestar, y capacidad de forjar relaciones interpersonales más profundas.

El sistema de apego recibe entonces un sólido soporte empírico y se considera un regulador de la experiencia emocional a lo largo de toda la vida de una persona. Este sistema influye también en la capacidad de mentalización, en la relación con otras personas, e influiría en una serie de problemas o desórdenes en el adulto cuando es deficitario.

Mentalización

La mentalización es la capacidad que un individuo tiene para comprender las conductas propias y las de los demás en términos de estados mentales. Dicha capacidad ha demostrado poseer una relevancia tal que excede su consideración en la Terapia Basada en la Mentalización (MBT, por sus siglas en inglés: *Mentalization Based Therapy*), pudiendo ser considerada un componente universal en las intervenciones psicoterapéuticas (Fonagy & Allison, 2014). La terapia basada en la mentalización ha recibido apoyo empírico para el tratamiento de desórdenes de la personalidad, particularmente como terapia para reducir las conductas auto y heterolesivas, así como también para reducir el pensamiento suicida. Además del tratamiento para los cuadros *borderline*, esta intervención adaptada por sus buenos resultados se prueba como intervenciones aisladas o en el abordaje de otros problemas como el TDAH o desórdenes de alimentación. Existen numerosos programas e intervenciones psicosociales y comunitarias como *Minding de Baby*, Programa para adolescentes traumatizados, *Peaceful School* y *Lighting House*, que

tienen como objetivo principal incrementar la capacidad de mentalización.

Confianza epistémica

La confianza epistémica se define como la vía primaria de un individuo para modificar sus creencias ya establecidas acerca del mundo (Fonagy et. al., 2016). Los humanos, al igual que otras especies, en la primera infancia, tienen la particularidad de contar con una sensibilidad a claves ostensivas no verbales de comportamiento, es decir, a ciertas señales exacerbadas, como gestos, contacto visual, tonos de voz, entre otras claves de comunicación. De esta manera se puede observar cómo un infante responde con preferencia a estas señales, y cómo impactan en su comportamiento. Si su cuidador primario lo llama por su nombre con una actitud y un tono marcados, probablemente el infante se predisponga para recibir conocimiento. Tanto en la infancia como en la adultez, quien adopta una actitud de confianza epistémica cuando le presta una atención especial a quien escucha es notado como un agente de la acción de escuchar. Esta es la puerta de entrada que promueve la recepción de conocimiento acerca del mundo social, que va más allá de la experiencia.

Estas claves ostensivas reactivan la confianza epistémica. Abren un canal de intercambio de información, diseñado para transmitir y asistir en la recepción de conocimiento acerca del mundo interno de las personas y el mundo social en el que vivimos. La confianza epistémica es necesaria para que podemos cambiar con seguridad nuestra posición respecto a nuestros mundos internos e interpersonales, y reactiva la apertura para una “carretera epistémica” evolutivamente protegida, que nos prepare para nuevas adquisiciones de conocimiento de forma adaptativa (Fonagy et. al., 2016).

El aprendizaje acerca del conocimiento culturalmente transmitido y relevante tiene lugar, primeramente, en el contexto de las relaciones de apego. El sistema que propicia un estilo de apego seguro, paralelamente, establece las bases para generar un sentido de confianza epistémica. Así, mientras este patrón de apego pueda no ser necesario para generar confianza epistémica, es una condición suficiente para que esta última se establezca.

Se entiende, entonces, al apego como parte de un mecanismo de transmisión de conocimiento. La predisposición biológica del cuidador a responder a las primeras exhibiciones de expresiones automáticas del infante crea las bases para que el infante adquiera, más adelante, conocimientos de ese individuo que lo cuida (Fonagy, et. al., 2016).

Introducción

La Terapia Dinámica Interpersonal (DIT, por sus siglas en inglés: *Dynamic Interpersonal Therapy*) se origina sobre la base de una multiplicidad de modelos de terapia psicodinámica breve. Parte de la base de identificación de abordajes psicodinámicos con fuerte evidencia de eficacia, en función de ensayos controlados (Lemma et al., 2013). En este punto, ha sido de gran importancia la exhaustiva revisión presentada por Roth y Fonagy en 2005

en su obra *What Works for Whom?*, en la que se debate la investigación en psicoterapias y se incluyen resultados de numerosos estudios sobre tratamientos manualizados. Las principales estrategias y técnicas utilizadas en la Terapia Dinámica Interpersonal dan cuenta de aquellas competencias que han sido estudiadas y probadas como efectivas, y caracterizan asimismo otros modelos de terapia psicodinámica. Las teorías psicodinámicas consideradas aportan material relevante para la comprensión de los cuadros depresivos y sus efectos, tanto en el mundo interno como externo del paciente (Lemma et al., 2013). La Terapia Dinámica Interpersonal retoma pilares del marco psicoanalítico, tales como: el impacto de experiencias de la vida temprana en el funcionamiento adulto, los factores externos e internos que modelan la mente y nuestra percepción sobre nosotros mismos en relación con otros, la presencia de aspectos inconscientes que constituyen fuerzas motivadoras, los procesos proyectivos e introyectivos que apuntalan la experiencia subjetiva de los vínculos, y la ubicuidad de la transferencia, desde la cual los pacientes se relacionan con los otros, y, en particular, con el terapeuta (Lemma et al., 2013).

La prueba piloto del tratamiento llevada a cabo en Londres (Lemma et al., 2011) buscó examinar la viabilidad del protocolo en un contexto de servicios de atención primaria. Los resultados muestran una buena efectividad de la DIT en casos de depresión leve y moderada, reportándose la disminución significativa de la mayoría de los síntomas. De acuerdo a este ensayo la probabilidad de mejoría que tiene una persona tratada con DIT es mayor a la probabilidad de mejoría que tendría si fuera tratada con la intervención del grupo control. Este resultado, conocido como “tamaño del efecto de la intervención” es similar a los obtenidos en otros modelos de psicoterapia dinámica de corta duración.

Estado del arte

La exhaustiva revisión desarrollada por Roth y Fonagy (1996) del material disponible acerca de los resultados de distintos abordajes psicoterapéuticos, establece que la psicoterapia psicodinámica ha mostrado, en el caso de la Depresión Mayor, mejor efectividad en pruebas abiertas o comparadas con la lista de espera o con el tratamiento de pacientes externos, así como equivalencia o superioridad respecto de enfoques de tratamiento alternativos (Fonagy et al., 2007).

El estudio de los patrones de apego ha mostrado un papel crucial en modelos psicodinámicos, por la utilidad que presenta el análisis de las experiencias de apego y separación en la infancia para la comprensión del funcionamiento que las personas presentan en su vida adulta. Se ha demostrado que aquellos individuos con síntomas depresivos presentaban una visión más triste del mundo y una idealización más baja de las figuras parentales (Fonagy et al., 1996).

En la obra *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of Self*, sus autores llevan a cabo una exploración de los conceptos de regulación afectiva y mentalización. A partir de estudios de casos y de la literatura disponible, se propone un abordaje psicoterapéutico que combina

componentes de la Psicología del Desarrollo, la Teoría del Apego y la técnica psicoanalítica (Fonagy et al., 2018). Finalmente, la obra reciente *Etiopathogenic Theories and Models in Depression* incluye un capítulo en el que Luyten y Fonagy (2021) proponen un enfoque integrador para comprender el desarrollo, en base a tres sistemas bioconductuales de particular relevancia en la depresión: la regulación emocional (o el estrés), la recompensa y la mentalización (o cognición social). Esta inclusión reafirma una vez más la significatividad que presentan dichas variables en el trabajo terapéutico de los síntomas depresivos.

Bases de la Terapia Dinámica Interpersonal

La Terapia Dinámica Interpersonal es una psicoterapia con orientación psicodinámica, que recupera en su desarrollo las nociones de las teorías del apego y de la mentalización (Fonagy et al., 2020). Le da un rol crucial al ambiente interpersonal del paciente, en miras a comprender su conducta y su experiencia (Lemma et al., 2011).

Considera los síntomas de depresión y de ansiedad como respuestas a dificultades interpersonales, o como percepciones de amenazas de pérdida o separación en relación a figuras de apego, y, por lo tanto, percibidas también por el sujeto como amenazas para él mismo. La DIT tiene entonces como objetivo ayudar a los pacientes a mejorar su capacidad para hacer frente a los desafíos interpersonales, relacionados con el apego, a través de una mejor comprensión de sus reacciones subjetivas ante lo que se percibe como una amenaza. Esto se va logrando en un proceso que va haciendo explícitas las ansiedades y preocupaciones implícitas del sujeto, a la vez que va mejorando su capacidad para comprender, identificar y nombrar sus propios pensamientos y sentimientos, y los de los demás.

En el proceso del tratamiento, se trabaja con los pacientes para que puedan comprender la conexión entre los síntomas que presentan y sus relaciones interpersonales, al identificar un núcleo, un patrón de relación no consciente y repetitivo. Este patrón (Fonagy et al., 2020) se convierte en el foco central de la terapia (Foco Afectivo Interpersonal), y el terapeuta trabaja en el perjuicio consciente que tienen para el sujeto esos patrones repetitivos.

Entonces, la DIT se dirige a los supuestos orígenes dinámicos de los síntomas depresivos, identificando patrones y modalidades de apego, para ir luego a la mejora del funcionamiento interpersonal, a través del incremento de la capacidad de mentalización del paciente sobre los propios estados mentales, así como los de los demás.

Esta psicoterapia tiene dos objetivos clave, llevados adelante en tres fases del tratamiento (Rao et al., 2019):

El primer objetivo es que el paciente comprenda la conexión entre los síntomas que tiene en el presente con lo que está ocurriendo en sus relaciones interpersonales, al identificar un núcleo inconsciente y repetitivo.

El segundo objetivo implica mejorar la capacidad del paciente para reflexionar sobre sus estados mentales, y así aumentar su capacidad de manejar las dificultades interpersonales que encuentra en su vida diaria.

Fases

Fase inicial (sesiones 1 a 4) - Fase de compromiso / evaluación

En la primera fase de tratamiento se busca explorar los síntomas presentes, así como identificar las fortalezas y recursos con las que el paciente cuenta, tanto en sí mismo como en sus relaciones interpersonales. Además, se busca generar un compromiso con el paciente mediante un trabajo colaborativo, que permita asimismo la delimitación de un área en la que se focalizará el trabajo terapéutico. La relevancia de esta fase radica en la evaluación del problema que se lleva a cabo en estas primeras sesiones, que incluye la determinación de las relaciones interpersonales significativas del paciente, la caracterización del estilo de apego en base a las descripciones que el paciente profiere sobre sí mismo, la identificación de eventos vitales desencadenantes y la delimitación del funcionamiento interpersonal pasado y presente. Tal evaluación da lugar a la formulación del caso, su justificación y sus objetivos (Lemma et al., 2011).

Fase intermedia (sesiones 5 a 12)

La segunda fase se encuentra centrada en el área interpersonal en la que se ha decidido focalizar el trabajo terapéutico. Se aplica una serie de estrategias en pos de analizar el lugar del paciente al mantenimiento del problema o los síntomas que atraviesa, cuál es la función que se pone en juego y el perjuicio que conlleva (el impacto que tiene en sus relaciones, en sus síntomas y otros aspectos) (Lemma et al., 2011).

Fase de término (sesiones 13 a 16)

La última fase se basa en la exploración de conflictos referentes a la pérdida, la separación y la independencia, generados a partir de la separación del terapeuta prevista. También se realiza un balance de los logros alcanzados y se delinea un plan a futuro.

Algunas de las estrategias utilizadas para dichos fines son: la revisión del progreso, la expresión de ansiedades y fantasías del paciente acerca del final de la terapia, la elaboración de una "carta de despedida" y la anticipación de posibles áreas de vulnerabilidad y obstáculos futuros. (Lemma et al., 2011)

Técnicas

Considerando el diseño de esta terapia, existen ciertos aspectos técnicos que la caracterizan.

El apoyo y la empatía son indispensables, sin dejar de lado la importancia que representan también la confrontación y el desafío en las situaciones necesarias. El uso juicioso del silencio es primordial para que el paciente pueda desarrollar las relaciones que ubica en su sintomatología y su realidad cotidiana, a modo de hipótesis causales. Sin embargo, el terapeuta DIT es más activo que en las terapias analíticas de larga duración.

Si bien el terapeuta provee al paciente de consejos, estos no constituyen una parte primordial de la terapia. Es importante que este se encuentre alerta a desvíos que puedan

producirse respecto del foco principal convenido. En este sentido, es de utilidad la aplicación de técnicas directivas (no específicas), tales como el incentivo a probar determinados abordajes ante ciertos conflictos interpersonales.

En aquellos casos de más alto nivel de funcionamiento interpersonal premórbido, es más probable el uso de técnicas expresivas. Las técnicas expresivas utilizadas en la DIT son la clarificación, la confrontación y la interpretación. Presenta especial importancia el foco en la identificación y la ayuda brindada al paciente para la verbalización de sus sentimientos. La consideración del terapeuta de sus propias reacciones emocionales ante el paciente facilita la exploración (Lemma et al., 2013).

Terapia Dinámica Interpersonal en Cuidados Complejos

La Terapia Dinámica Interpersonal en Cuidados Complejos (DITCC por sus siglas en inglés, *Dynamic Interpersonal Therapy in Complex Care*) es una modificación del modelo de la DIT, que surge ante la necesidad que existía en la clínica de adaptar el modelo para casos de depresión recurrente, con características de cronicidad, comorbilidad y severidad. Se dirige a individuos con quienes anticipamos una resistencia significativa a nivel de la implementación de cambios interpersonales, a pesar de la comprensión que ellos ya tienen sobre sus patrones relacionales recurrentes, y cuya fijeza les da cierta persistencia a unos patrones de respuesta desadaptativos, a los cuales denomina "comportamientos que interfieren en la relación", o RIBs, por sus siglas del inglés *Relationship Interfering Behaviours* (Fonagy et al., 2019).

Toma los mismos supuestos que el modelo original, y sostiene que las relaciones interpersonales de un individuo pueden restringir su capacidad para funcionar adaptativa y adecuadamente, llevando a la persona a sentirse incapaz de modificar sus situaciones personales, sintiéndose atrapada y desesperanzada. En casos de esta índole, los pacientes suelen responder de forma tipificada y poco flexible ante cambios y eventos nuevos en su entorno, mediante patrones particulares de interacción (los recientemente mencionados RIBs), que al sostenerse en su vida diaria van devaluando los vínculos de la persona.

Mientras que DIT indica que llevar la conciencia del paciente a las cualidades desadaptativas de tales patrones relacionales arraigados es suficiente para modificar sus expectativas, la DITCC agrega que, además, la actitud general del individuo hacia el aprendizaje de sus experiencias también debe cambiar.

Es por eso que la DITCC tiene dos objetivos en su enfoque terapéutico, siendo las RIBs el foco de intervención de la terapia (Fonagy et al., 2019). El primero de los objetivos coincide con los principios de la DIT ya mencionados, relacionados principalmente con identificar un núcleo de patrones relacionales, y abordar sus características desadaptativas. El segundo objetivo busca modificar la desconianza epistémica que siente el individuo en relación con las comunicaciones sociales que recibe en su experiencia diaria, y que contribuye aún más a fijar los RIBs.

Vínculo terapéutico y técnicas de mentalización en Cuidados Complejos

Considerando las dificultades para el cambio del paciente de DITCC y la desconfianza de la persona en sus interacciones sociales se requiere considerar el vínculo terapéutico y las técnicas de intervención. Es frecuente que, en casos complejos, el terapeuta sea parte del mundo social del paciente, y también sea considerado con la misma desconfianza que mantiene con las demás relaciones sociales. En la DITCC, se aborda este desafío centrándose específicamente en mejorar la confianza que un individuo tiene en el terapeuta, al enfocar sistemáticamente la atención (sobre todo en las primeras fases del tratamiento), en crear una experiencia de agencia en el paciente, al permitirle percibir con claridad la relación entre sus estados internos y su comportamiento. Esta intervención implica necesariamente una comprensión coherente de este aspecto de su mundo social y de los pensamientos, sentimientos, creencias, deseos y anhelos específicos que lo motivan a actuar de cierta forma. Implica que el terapeuta pueda prestar su mentalización como técnica de abordaje, incluirla en el vínculo terapéutico, y trabajar desde allí la regulación afectiva. La diferencia entre la DIT y la DITCC en este punto, radica en la atención particular que se pone en esta última (la DITCC), en el vínculo terapéutico, para que el paciente pueda mentalizar.

Cabe mencionar que las dificultades en la mentalización y sus fallas (los modos pre-mentalísticos) no solo llevan a un obstáculo del avance del paciente en la terapia, sino que también pueden llegar a constituir factores de riesgo en relación con la conducta suicida, en cuadros graves de depresión y ansiedad (Bateman, O'Connell, Lorenzini, Gardner, & Fonagy, 2016; Fonagy & Luyten, 2009; Fonagy & Luyten, 2018). El indicador más crítico con el que cuenta el terapeuta, que representa el obstáculo para la mejora, es la consecuencia de la desconfianza generada como subproducto de una fallida mentalización mentalización. La DITCC pone el acento en escuchar estos modos pre-mentalísticos en el discurso del paciente, alertando al terapeuta para que, cuando aparezcan, el mismo abandone su postura interpretativa y reenfoque su atención en ayudar al paciente a recuperar su capacidad de mentalización.

La DITCC amplía el uso de las técnicas de mentalización, que inicialmente apuntan a mentalizar el afecto y la validación de la ansiedad interpersonal, hacia uno que fomente la comprensión, la confianza y el aprendizaje social. Una vez que el paciente está comprometido con la terapia, se utilizan técnicas de mentalización para reflexionar sobre el núcleo de relaciones interpersonales, en todas las relaciones y entornos del sujeto. Esto último se logra mejorando la capacidad del paciente para comprender las comunicaciones y comportamientos del terapeuta, y enfocando el trabajo en relación a los RIBs, para ayudar a desarrollar en el paciente la capacidad de escuchar lo que el terapeuta está presentando, y en una siguiente instancia, transferir este aprendizaje a otras situaciones sociales. Todo este trabajo es siempre en miras a que la capacidad del paciente para mentalizar se generalice a otras situaciones externas, aumentando su sentido de agencia, y logrando allanar el camino para mejorar la comunicación y las relaciones.

Estructura y fases de la DITCC

La estructura de la DITCC consta de 26 sesiones: 20 sesiones semanales, seguidas de 6 sesiones quincenales y 2 seguimientos mensuales. Aquí también encontramos tres fases:

- **Fase 1 - La fase de configuración y participación**

Esta primera fase consta de seis sesiones semanales, donde los objetivos clave son el establecimiento de una alianza terapéutica, y la mejora de la "preparación para la terapia" del paciente.

- **Fase 2 - La fase de *insight***

Se lleva adelante en catorce sesiones semanales. Las tres primeras sesiones de esta fase están dedicadas al desarrollo del reconocimiento de los patrones relacionales recurrentes y al establecimiento de objetivos, mientras que las once sesiones restantes de la fase se centran en trabajar a través de los patrones relacionales identificados, y en prestar mucha atención a los RIBs, para llevarlos a la conciencia.

- **Fase 3 - La fase de elaboración y finalización**

Esta fase se compone de seis sesiones quincenales y dos seguimientos mensuales. Las seis sesiones quincenales se centran activamente en ayudar al paciente a implementar los cambios. Se presta atención a cómo se vive, desde el lado de los afectos, a los desafíos de traducir las percepciones generadas en la terapia, en cambios interpersonales generalizados en sus entornos relacionales, y de gestionar el final eventual del tratamiento. Las sesiones de seguimiento tienen como objetivo apoyar el bienestar y la transición.

DIT y DITCC: Efectividad y trabajo sobre la mentalización

En estudios realizados en 2019 (Rao, A. S., et al.) y en 2020 (Fonagy, P., et al.), se ha encontrado evidencia de que la DIT, como una psicoterapia psicodinámica de corta duración, aplicada en tratamientos de depresión en casos con gravedad moderada y aguda, es efectiva tras lograr una baja significativa de la severidad clínica general y una suba del bienestar psicológico, sostenidos a mediano plazo luego de haber finalizado el tratamiento. Además, durante el período del tratamiento, se observó una baja de los niveles de depresión y ansiedad. En estos estudios se plantea la hipótesis de que la DIT puede considerarse como una alternativa potencial a la TCC, en casos de depresión y ansiedad, al mejorar la capacidad de insight de los pacientes y su sentido de agencia, mediante el trabajo con la mentalización.

En 2021 (Rifkin-Zybutz, R. P., et al.), luego de los hallazgos de los dos estudios de 2020 anteriormente mencionados, se realizó un estudio con una muestra considerablemente mayor y heterogénea, para investigar los vínculos entre los síntomas depresivos y la mentalización. Como resultado, se confirma que el deterioro de la mentalización está asociado significativamente con síntomas depresivos. En este punto, cabe mencionar que la depresión es una entidad heterogénea, y que puede ser que los déficits de menta-

lización contribuyan a la etiología de ciertos subtipos de depresión más que otros. Los autores dejan esta hipótesis a verificar en estudios futuros, pero aseveran que existe una asociación entre sintomatología depresiva y fallas en la capacidad de mentalizar.

En ese mismo año, Luyten y Fonagy (2021) discuten los hallazgos empíricos sobre los tres sistemas bioconductuales centrales en la depresión, entre ellos, la mentalización. Destacan la importancia, en la adolescencia y la edad adulta temprana, de establecer un nuevo equilibrio entre la relación con otros y la autonomía, capacidades que dependen en gran medida de estos tres sistemas bioconductuales (entre los que se encuentra la mentalización).

Conclusiones

El diseño de la Terapia Dinámica Interpersonal presenta un protocolo que retoma en su desarrollo teorías y técnicas de probada eficacia, dentro de una clara estructuración, lo que lo convierte en un modelo novedoso y prometedor para el tratamiento de cuadros que se caracterizan por la presencia de síntomas de depresión y ansiedad.

El modelo trabaja fuertemente con la capacidad de agencia del paciente, y con su capacidad para mentalizar, fortaleciendo la comprensión, la confianza y el aprendizaje social. El objetivo principal es ayudar a los pacientes a mejorar su capacidad para hacer frente a los desafíos interpersonales, relacionados con el apego, a través de una mejor comprensión de sus reacciones subjetivas ante lo que se percibe como una amenaza; trabajando con los pacientes para que puedan comprender la conexión entre los síntomas que presentan y sus relaciones interpersonales, al identificar un núcleo, un patrón de relación no consciente y repetitivo.

Por último, cabe mencionar, como hipótesis derivada de los aportes sobre la efectividad de la DIT y la DITCC en el trabajo con técnicas de mentalización (Rifkin-Zybutz, R. P., et al., 2021; Luyten y Fonagy, 2021), que si los déficits de mentalización preceden al inicio de la depresión, existe la posibilidad de que el Tratamiento Basado en la Mentalización (MBT) se aplique como una posible estrategia de prevención para los trastornos depresivos, prestando una mayor atención en las acciones de prevención al segmento poblacional correspondiente a franjas etarias que se encuentren en la adolescencia o adultez temprana.

Las psicoterapias manualizadas en nuestro contexto.

Nuestro país se caracteriza por ser el país con mayor cantidad de psicólogos por habitante del mundo (Klinar, Gago y Alonso, 2019), y por ser uno de los pocos países en los cuales realizar una consulta psicológica o "ir a terapia" no implica necesariamente que se tenga un problema de salud mental. Esto es una ventaja porque no conlleva una estigmatización de quien consulta. Sin embargo, el hecho de que exista una "buena mirada" por parte de la población general y que existan muchos potenciales prestadores, no implica que la asistencia en salud mental sea todo lo buena que podría ser. La brecha entre quienes necesitan tratamientos y aquellos profesionales que a pesar de tener buenas intenciones no cuentan con herramientas para

llevarlos a cabo, se ha incrementado dramáticamente en los últimos años. En este sentido, acercar a los estudiantes avanzados y los colegas que recién se inician un modelo con bases empíricas para la asistencia de la sintomatología ansiosa y depresiva de leve a moderada es relevante para su ejercicio profesional. La ansiedad y la depresión no son los problemas más "oscuros" de la psicopatología, pero sí son los que a más población afecta. Ambos problemas, además del dolor o malestar subjetivo, suelen traducirse en problemas concretos a niveles tan básicos como el trabajo, la vida familiar y de pareja, y en ocasiones abren la puerta o incrementan problemas médicos de diferente índole.

Otro posible ventaja de este modelo propuesto a considerar en nuestro contexto es la familiaridad que tiene nuestra población y muchos de los profesionales con algunos conceptos psicoanalíticos arraigados en nuestra historia. Estos factores incrementan la posible aceptación tanto por parte de los profesionales como de los potenciales usuarios. Dicho esto, cabe aclarar que este modelo de tratamiento es algo que aún falta probar en la Argentina, ya que son realmente escasos o nulos los fondos que se destinan a la investigación de modelos muy probados en otros países, pero sin investigación o adaptación a nuestro contexto. Dado el incremento de problemas psicológicos generados por la pandemia Covid-19 en los problemas más frecuentes (Echevers, M., et al., 2021), consideramos útil promover tratamientos con apoyo empírico con buenas perspectivas de aceptación tanto entre los profesionales como en los potenciales usuarios.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bateman, A., O'Connell, J., Lorenzini, N., Gardner, T., & Fonagy, P. A. (2016). Randomized controlled trial of mentalization-based treatment versus structured clinical management for patients with comorbid borderline personality disorder and antisocial personality disorder. *BMC Psychiatry*, 16, 1-11.
- De la Parra, G. (2018). Terapia Dinámica Interpersonal Breve, Guía Clínica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 56(3), 201-204. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000300201>
- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N. I., Helmich, N., & Lunansky, G. (2021). Argentinian mental health during the COVID-19 pandemic: a screening study of the general population during two periods of quarantine. *Clinical Psychology in Europe*, 3(1), 1-17.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., Target, M., & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22-31. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.1.22>
- Fonagy, P. (1999). Psychoanalytic theory from the viewpoint of attachment theory and research.
- Fonagy, P., Roth, A., & Higgitt, A. (2007). Psicoterapias psicodinámicas: práctica basada en la evidencia y sabiduría clínica. (Trad. M. González Bas). *Aperturas Psicoanalíticas*, 27 (Original en inglés, 2005). Recuperado de <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=61>

- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy, 51*(3), 372-380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Phil, D. (2016). Petrificación epistémica y la restauración de la confiabilidad epistémica: Una nueva conceptualización del Trastorno Límite de la Personalidad y su tratamiento psicosocial1. *Clínica e Investigación Relacional, 10*(3), 587-629.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2018). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Routledge.
- Fonagy, P., Lemma, A., Target, M., O'Keeffe, S., Constantinou, M., Ventura Wurman, T., Luyten, P., Elizabeth A., Roth A., Cape, J. & Pilling, S. (2020). Dynamic interpersonal therapy for moderate to severe depression: A pilot randomized controlled and feasibility trial. *Psychological Medicine, 50*(6), 1010-1019
- Klinar, D., Gago, P., & Alonso, M. M. (2019). Distribución ocupacional de los/as psicólogos/as en la República Argentina-relevamiento 2019. In XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Lemma, Target & Fonagy (2010) The development of a brief psychodynamic protocol for depression: Dynamic Interpersonal Therapy (DIT), *Psychoanalytic Psychotherapy, 24*:4, 329-346, DOI: 10.1080/02668734.2010.513547
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2011). *Brief dynamic interpersonal therapy: A clinician's guide*. Oxford University Press.
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2011). The development of a brief psychodynamic intervention (Dynamic Interpersonal Therapy) and its application to depression: A pilot study. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes, 74*(1), 41-48.
- Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2013) Dynamic Interpersonal Therapy (DIT): Developing a New Psychodynamic Intervention for the Treatment of Depression, *Psychoanalytic Inquiry, 33*:6, 552-566, DOI: 10.1080/07351690.2013.815092
- Luyten, P & Fonagy, P; (2021) An integrative developmental psychopathology approach to depression. In: Jiménez, JP and Botto, A, (eds.) Etiopathogenic Theories and Models in Depression. Springer: Cham, Switzerland. (In press).
- Rao, A. S., Lemma, A., Fonagy, P., Sosnowska, M., Constantinou, M. P., Fijak-Koch, M., & Gelberg, G. (2019). Development of dynamic interpersonal therapy in complex care (DITCC): a pilot study. *Psychoanalytic Psychotherapy, 33*(2), 77-98.
- Rifkin-Zybutz, R. P., Moran, P., Nolte, T., Feigenbaum, J., King-Casas, B., Fonagy, P., & Montague, R. P. (2021). Impaired mentalizing in depression and the effects of borderline personality disorder on this relationship. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 8*(1), 1-6.
- Roth, A.D., & Fonagy, P. (1996). *What Works for Whom? A Critical Review of Psychotherapy Research*. New York, NY: Guilford Press.
- Vernengo, M. P. (2005). Apego. *Psicoanálisis: ayer y hoy, 4*. Recuperado de <https://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero4/resenaapego4.htm>

Fecha de recepción: 4 de agosto de 2022
Fecha de aceptación: 11 de noviembre de 2022