

CENTRO DE PSICOTERAPIA TERZOCENTRO

TERAPIA METACOGNITIVA E INTERPERSONAL MEMORIA BECAS ANPIR

2022

Dra. Victoria López Sánchez

(Hospital Universitario Marqués de Valdecilla)



Índice

1. Introducción a la terapia metacognitiva (páginas 2-6)
2. Un poco de historia (páginas 7-9)
3. Actividades desempeñadas (páginas 10-19)
 - **Actividad teórica**
 - o Estudio sobre metacognición (páginas 11-12)
 - **Actividad asistencial**
 - o Adquirir conocimiento sobre la aplicación de la entrevista IVAM (página 13)
 - o Observación de primeras entrevistas de evaluación psicopatológica. (página 13)
 - o Entrenamiento en la entrevista SCID (página 14)
 - o Conocimiento sobre pruebas psicométricas que forman parte de las primeras entrevistas de evaluación psicopatológica (página 15)
 - o Experiencia en la observación de una terapia grupal sobre las habilidades de mentalización (página 16)
 - o Formación en la terapia DBT para el trastorno límite de personalidad (páginas 16-17)
 - **Actividad docente**
 - o Participación en las sesiones clínicas sobre casos complejos (página 18)
 - o Tutorías clínicas con otros estudiantes/psicólogos en formación (página 18)
 - **Actividad investigadora**
 - o Investigación mediante grabaciones sobre los estados mentales problemáticos a través de la técnica de la rejilla (página 19)
4. Cronograma semanal (página 20)
5. Valoración personal (páginas 21-22)
6. Aplicabilidad en mi contexto (página 23)
7. Bibliografía (página 24)
8. Anexo (página 25-26)

Introducción a la terapia Metacognitiva

La terapia metacognitiva desarrollada en este centro tiene sus bases en modelos constructivista (como las personas organizan y generan una experiencia personal propia a partir de la realidad circundante) y los procesos cognitivos que van detrás de tales construcciones.

El tipo de terapia metacognitiva de Terzocentro, se aleja (a pesar de compartir terminología) de la terapia metacognitiva de Weiss, siendo mucho más cercana y con un desarrollo similar a la terapia de la mentalización de Fonagy y a la teoría de la mente de Premack y Woodruff.

La terapia estudiaría y trabajaría sobre los aspectos que se encuentran subyacentes a los procesos cognitivos como son:

- ✓ **Monitoring:** este subproceso consistiría en la capacidad de ser consciente de los propios estados emocionales. Esta habilidad también incluiría el ser consciente de la influencia recíproca entre los pensamientos y reacciones emocionales ante las diferentes situaciones. Una mente con poca capacidad de monitoreo emocional será una “mente opaca” con un discurso desorganizado (confundiendo emociones, pensamientos y manifestando una dificultad para dar un sentido), frente a la “mente clara” en la cual el discurso se organiza y se perciben correctamente los estados emocionales.
- ✓ **Descentramiento:** Esta subfunción cognitiva es la que está más estrechamente relacionada con la teoría de la mente. Consiste en ser capaz de percibir al otro de una manera completa, de percatarse de sus estados emocionales y atribuir emociones/pensamientos a sus actos. Esta visión integral incluye una visión compleja del otro, no considerando que sus actos pueden tener las mismas motivaciones que uno mismo y dejando atrás una visión polarizada o estereotipada de su comportamiento. Cuando esta función falla estamos ante una mente egocéntrica o autárctica, lo cual suele llevar aparejado dificultades en el manejo de las relaciones con los otros.
- ✓ **Integración:** Consiste en la capacidad de establecer una narrativa consistente, con nexos adecuado entre los eventos y que se “integren” (formen parte) de la propia experiencia, viviendo los eventos como una parte importante de la historia personal y dándoles un sentido e influencia sobre el presente. Un discurso poco integrado será un discurso difícil de seguir y plagado de frases circunstanciales con pérdida de meta de lo que se pretende comunicar.
- ✓ **Diferenciación:** Consiste en ser capaz de distinguir entre la realidad y fantasía, ser capaz de valorar los pensamientos y creencias como hechos objetivos y no como una realidad fehaciente. Una mente con una buena capacidad de diferenciación será una mente flexible, capaz de modificarse a través del cambio de información con los otros, será una mente que puede

plantear visiones y pensamientos alternativos a las diferentes situaciones. Por otra parte, una mente que carezca de esta habilidad será una mente rígida, con concepciones inmodificables y con un poco nivel de adaptación.

La evaluación de las habilidades metacognitivas se realiza a través de la entrevista **IVAM** (entrevista para valoración de habilidades metacognitivas).

Otro de los aspectos importantes para trabajar sobre la metacognición serían los **estados mentales problemáticos** (observados y analizados con la técnica de la rejilla) y que consisten en un conjunto de emociones y pensamientos que generan sufrimiento a la persona y que suelen mantenerse en el tiempo.

Por otra parte, haciendo un mayor énfasis en los aspectos interpersonales, se analizan y se ponen en relieve los **ciclos interpersonales problemáticos** que consistirían en déficit en la comprensión del funcionamiento mental de las personas circundantes (pensamientos, comportamientos...) y dificultad para establecer una adecuada teoría de la mente, lo que lleva al paciente a establecer una serie de creencias sobre los otros que tienden a perpetuarlas. Por ejemplo, se puede generar una expectativa de incomprensión, lo que llevaría a dejar de expresar emociones y pensamientos de forma eficaz y -generalmente mediante intentos ineficaces, por ejemplo alzando la voz- con lo cual se favorecería que realmente la otra persona fuese incapaz de comprender lo que se está intentando transmitir y cerrando un ciclo que tendería a repetirse (funcionando estos comportamientos como una especie de profecía autocumplida).

Así mismo las habilidades de mentalización incluyen el ser capaz de generar estrategias de afrontamiento adecuadas para su regulación (partiendo de ser capaz de tener consciencia sobre los propios estados emocionales). Estas estrategias tendrían 3 niveles diferenciados:

- ✓ **Estrategias de primer nivel:** El paciente recurre al soporte social o bien utiliza técnicas fisiológicas para la regulación del organismo y así, gestionar los propios estados emocionales.
- ✓ **Estrategias de segundo nivel:** El sujeto afronta los problemas y es capaz de exponer un comportamiento determinado o inhibirlo (actuación sobre la propia conducta). En este nivel también se incluiría el ser capaz de distraerse o poner distancia con los contenidos emotivos que son fuente de sufrimiento.
- ✓ **Estrategias de tercer nivel:** La persona interviene sobre sus propias creencias/juicios. Además, dentro de este nivel, otra estrategia de regulación sería la modificación del estado mental usando el conocimiento que se tiene sobre cómo su comportamiento modifica los comportamientos del resto de personas de su entorno (por ejemplo, interpretando las situaciones teniendo en cuenta las intenciones/creencias de las personas que participan en el conflicto y actuando en consecuencia) siendo consciente de las limitaciones en el control sobre uno mismo y sobre el resto de eventos.

Otro de los aspectos importantes de la terapia metacognitiva es la **relación terapéutica**.

La relación terapéutica nos ayudará al manejo y trabajo sobre la metacognición, a través de 3 elementos principales:

- **Ejercicios de validación:** Consiste en ser transmitir al paciente que sus emociones son importantes y tenidas en cuenta,
- **Ejercicios de revelación:** La revelación consiste en declaraciones explícitas del terapeuta, sobre lo que está sintiendo y pensando en un determinado momento.
- **Ejercicios sobre visión compartida:** consiste en sugerir que la experiencia del paciente es compartible por el terapeuta, ya que es potencialmente compartible por toda la humanidad.

En conclusión, la terapia metacognitiva es el estudio de los procesos mentales que serían divisibles en las subfunciones de monitoring, diferenciación, integración y descentramiento. Estas funciones serían evaluables a través de la entrevista IVAM (Entrevista para la valoración de las habilidades metacognitivas) que sirve para ser conscientes de los déficits que pueden encontrarse en las funciones cognitivas que necesitarán ser intervenidas en terapia y que se relacionan en muchas ocasiones con los “estados mentales problemáticos”. Así mismo, los problemas en estas subfunciones dificultarían el establecer relaciones satisfactorias con los otros, al ser incapaz de usar una adecuada teoría de la mente y comprender sus motivaciones o necesidades, quedándose atrapados en ciclos interpersonales ineficaces que son fuentes de sufrimiento.

La principal forma de moldear y de modelar estas funciones durante la terapia es a través de un buen vínculo terapéutico y de unos objetivos comunes, por lo que realizar ejercicios para favorecer el vínculo como desarrollar visiones compartidas y “prestar” la mente del terapeuta para los ejercicios de mentalización parece un primer paso en la adquisición de adecuados niveles de estas habilidades cognitivas.

Mi proyecto de investigación consiste en trabajar con las habilidades metacognitivas en un grupo de pacientes adolescentes con síntomas ansioso-depresivos. El motivo por el cual he seleccionado elaborado este proyecto es que existen multitud de estudios que reflejan como la mejora de las habilidades metacognitivas influye en la remisión de síntomas de diversos trastornos, sin embargo, no existe una fuente de conocimiento sólida sobre como un entrenamiento metacognitivo puede influir en los adolescentes. Además me parece interesante observar si, al ser una intervención en una edad temprana, favorece el mantenimiento de la remisión de los síntomas y evita recaídas en el futuro.

La memoria que se expone a continuación empieza con un poco de historia sobre los orígenes de la terapia cognitiva y sobre el centro de psicoterapia. Posteriormente describo de manera detallada las actividades que he desarrollado en el mismo (tanto teóricas como prácticas) con el apoyo visual de un cronograma sobre las mismas – aunque no es demasiado exacto puesto que los horarios de las actividades que he realizado en el centro tendían a cambiar de semana en semana, siendo un horario

flexible). En la última parte expongo mi valoración personal sobre lo que he experimentado y aprendido sobre la terapia metacognitiva, dividiendo la experiencia entre los puntos fuertes y los puntos débiles de la rotación. Por último añado la bibliografía que considero esencial para cualquiera que quiera formarse en este tema, y la bibliografía en castellano a fin de volverla más accesible.

Un poco de historia

El Tercer Centro de Psicoterapia (Terzocentro) fue fundado en 1996 por un grupo de psicoterapeutas compuesto por Antonino Carcione, Giuseppe Giancarlo Dimaggio, Maurizio Falcone, Claudio Lalla, Giuseppe Nicolò, Michele Procacci y Antonio Semerari.



El grupo tuvo su origen durante una formación en psicoterapia cognitiva impartida por Antonio Semerari de 1991 a 1995. Dicho autor, propuso en su libro “Procesos cognitivos de la relación terapéutica” un modelo que integraba aspectos cognitivos con la transferencia que se produce durante todo el proceso terapéutico.

La relación terapéutica se vuelve un aspecto central en el tratamiento con el paciente, siendo anteriormente una realidad olvidada y cuya omisión dificultaba en muchos casos el proceso terapéutico. Además, establecer un buen rapport con los pacientes (sobre todo en los casos más complejos) se antoja una tarea con mayor dificultad de lo que parecía entrañar en un primer momento.

El grupo tuvo como un primer objetivo el poder investigar de una manera empírica los fenómenos cognitivos subyacentes a estos procesos clínicos, para ello, y gracias a la inspiración de terapeutas como Weiss y Sampson, se realizaban grabaciones de las sesiones que eran supervisadas posteriormente y que proporcionaron una nueva manera de compartir y analizar los casos clínicos, generando nuevas formas de investigación.

Uno de los principales elementos de investigación, que continúa siendo un componente primordial, consiste en el análisis de “rejilla” (para lo cual se apoyaron en psicólogos de la universidad de Barcelona como Feixas y Villegas), la cual es una técnica de observación cualitativa y cuyo origen se encuentra en técnicas constructivistas, que permite observar la forma en la que el paciente “construye” la realidad, pudiendo observar construcciones idiosincráticas.

Con el apoyo de esta técnica de observación surgió el estudio sobre los “estados mentales problemáticos” (conjunto de creencias y emociones que causan sufrimiento) que permiten conocer cómo cambian los estados mentales (y el nivel de conciencia sobre los mismos) a lo largo del proceso de psicoterapia en trastornos de personalidad, pero también, en otros trastornos mentales.

Gracias a estas nuevas maneras de análisis (observacional, mediante un grupo de expertos y a través de las grabaciones), se pudo empezar a estudiar fenómenos cognitivos complejos que se encuentran tanto en la relación terapéutica como en el resto de la terapia.

Un elemento central fue obtener información sobre como los pacientes definen su problema, la incapacidad para reconocer sus pensamientos y emociones e incluso

la negativa de los mismos ante los intentos de tratamiento de los propios terapeutas.

Por otra parte, permite un estudio eficaz sobre como el terapeuta actúa, en ocasiones de manera disfuncional (lo cual puede ocurrir en pacientes con trastornos de personalidad por la dificultad para establecer el vínculo terapéutico y la adhesión a las sesiones).

La observación y las reuniones entre los diferentes expertos, hicieron más fácil la comprensión de estados mentales subyacentes, difícilmente accesibles hasta ese momento y difícilmente perceptibles en durante la psicoterapia.

El auge de las nuevas formas de investigación y las nuevas maneras de comprender los estados mentales llevaron a fundar el III centro de Psicoterapia (1996) en el cual permanecen cuatro de sus fundadores principales: Antonino Carcione, Giuseppe Nicolò, Michele Procacci y Antonio Semerari, a los que se les ha sumado Laura Conti y Donatela Fiori.

El nombre del centro (Terzocentro – tercer centro) surge a partir de la necesidad de proseguir con el proyecto iniciado en el primer centro de psicoterapia por Liotti y Guidano a fin de dar una continuidad tanto en las ideas como en los proyectos.

Otro de los grandes hitos de este prestigioso centro de psicoterapia consiste en la entrevista IVAM (Intervista per la Valutazione della funzione Metacognitiva), cuyo origen que encuentra en este centro y cuya función es el análisis de las principales funciones metacognitivas en los pacientes. Estas funciones incluyen tanto la comprensión de los propios estados mentales como el ser capaz de identificar que motiva el comportamiento de los otros (basado en la teoría de la mente de Premack), lo cual ofrece la posibilidad y pone en relieve la importancia de aspectos interpersonales, que se suman a estos procesos cognitivos.

.A nivel de formación de futuros terapeutas y a nivel científico: es un centro acreditado para pasantías de posgrado, además de tener convenios con universidades de toda Italia y permitir la formación de Psicólogos Interno Residentes.

Por otra parte, es la sede de la sección italiana de la Sociedad para la Investigación en Psicoterapia desde hace 6 años y de la Society of Behavioral and Cognitive Therapy. Además, colabora con la Escuela de Psicoterapia Cognitiva y la Asociación de Psicoterapia Cognitiva.

Actualmente se encuentra ubicado en Roma con sede en via Ravenna 9. El centro se encuentra integrado en un edificio y está compuesto por una sala de espera, secretaría, un aula para realizar sesiones grupales (y cuando no se realizan estas sesiones, material para el visionado de las terapias en video) y diversos despachos para las labores asistenciales.

El equipo está formado por 22 psicoterapeutas y los 4 socios fundadores. El equipo cuenta además con un psiquiatra para derivar casos concretos. El resto de los profesionales que conforman parte del grupo de trabajo son: aquellos que se están especializando en clínica y psicólogos en formación (PIR, universidad...).

Para resumir, el III centro de Psicoterapia Metacognitiva e Interpersonal es una institución con un fundamento histórico sólido y con referentes en el mundo de la psicología. Esta base histórica le ha permitido el desarrollo y trabajo de ideas sobre procesos cognitivos que se han ido materializando a medida que se actualizaban y se generaban nuevas relaciones con otros terapeutas de otras partes del mundo

Una parte importante son las **tareas asistenciales** que componen el grueso del trabajo y que consisten en un primera evaluación llevada en un primer momento por el terapeuta que le seguirá en consultas y posteriormente por otro para funcionar como una especie de “doble ciego”. Posteriormente se le administra una batería de test que expongo a lo largo de la memoria y finalmente se empieza la psicoterapia que tiene una duración variable, en función del paciente y sus características idiosincráticas (en ese momento se puede valorar una terapia individual o una terapia grupal)

Además, la **investigación** es un pilar fundamental para este centro, y entre sus grandes logros destacarían tanto el estudio de los estados problemáticos a través de la técnica de la rejilla como la génesis de una entrevista psicoterapéutica capaz de valorar las principales habilidades metacognitivas.

Por último, este centro psicoterapéutico, a nivel de docencia recibe y está acreditado para la **formación** de terapeutas de diferentes niveles y participa activamente dando cursos y favoreciendo la difusión de los nuevos avances científicos, con especialización en la metacognición.

Terzocentro es un centro de psicoterapia privado por lo que no se encuentra integrado dentro de los servicios de salud mental, pudiendo acceder cualquiera que lo solicite.

Un tema que me pareció de especial interés es conocer cómo funciona la obtención del título de psicología clínica en Italia funciona de manera diversa que en España. Para su obtención, es necesario terminar la carrera de psicología (3 años de asignaturas comunes y 2 años de especialización) para después, presentarse a un examen del estado y acceder a una formación clínica, que es de base teórica y se desarrolla durante 4 años. Durante este proceso, el terapeuta debe someterse a su propio proceso de psicoterapia.

Por último, al finalizar estos 4 años, se accede a un centro u hospital dónde se realizan las prácticas hasta lograr convertirse en psicólogo clínico titular.

Actividades desempeñadas

- **Actividad teórica**
 - o Estudio sobre metacognición (páginas 11-12)
- **Actividad asistencial**
 - o Adquirir conocimiento sobre la aplicación de la entrevista IVAM (página 13)
 - o Observación de primeras entrevistas de evaluación psicopatológica. (página 13)
 - o Entrenamiento en la entrevista SCID (página 14)
 - o Conocimiento sobre pruebas psicométricas que forman parte de las primeras entrevistas de evaluación psicopatológica (página 15)
 - o Experiencia en la observación de una terapia grupal sobre las habilidades de mentalización (página 16)
 - o Formación en la terapia DBT para el trastorno límite de personalidad (páginas 16-17)
- **Actividad docente**
 - o Participación en las sesiones clínicas sobre casos complejos (página 18)
 - o Tutorías clínicas con otros estudiantes/psicólogos en formación (página 18)
- **Actividad investigadora**
 - o Investigación mediante grabaciones sobre los estados mentales problemáticos a través de la técnica de la rejilla (página 19)

ACTIVIDAD TEORICA

Estudio sobre metacognición

En el primer encuentro con el centro de psicoterapia Terzocentro se me aportó material escrito para adquirir conocimiento sobre la terapia basada en mentalización.

Además de algunos powerpoints (usados para divulgación universitaria, principalmente en masters de clínica), me aportaron diferentes manuales.

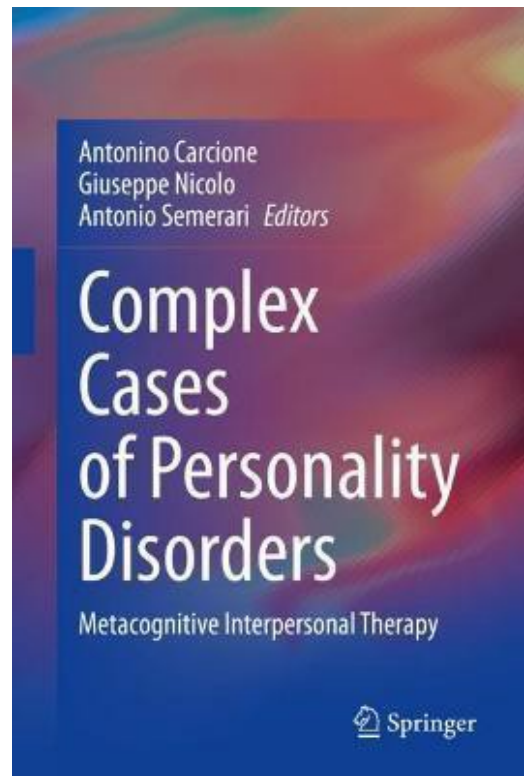
Por otra parte, me recomendaron y facilitaron **algunos libros publicados** por el centro como:

- ✓ Sharp,C. y Tackett,J. (2021). MANUALE DEL DISTURBO BORDERLINE DI PERSONALITÀ NELL'INFANZIA E NELL'ADOLESCENZA. Franco Angeli
- ✓ Edizioni Carcione,A., Nicolo,G. y Semerari,A (2021). Complex Cases of Personality Disorders: Metacognitive Interpersonal Therapy. Springer
- ✓ Nicolo,G. y Pompili,E. (2021). Psichiatria territoriale. Cortina Raffaello
- ✓ Carcione, A. y Semerari,A. (2018). Il narcisismo e i suoi disturbi. La terapia metacognitiva interpersonale. Erickson
- ✓ Procacci,M. y Semerari,A. (2019). Ritiro sociale. Psicologia e Clinica. Erickson
- ✓ Dimaggio,G. y Semerari,A. (2015). I Disturbi di Personalità: Modelli e Trattamento. Laterza
- ✓ Carcione,A., Nicoló,G. y Semerari,A. (2016). Curare i casi complessi. La terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità. Laterza
- ✓ Carcione, A. Nicolo,G. y Procacci,M. (2012). Manuale di terapia cognitiva delle psicosi. Franco Angeli
- ✓ Nicolo,G. y Pompili,E. (2020). Manuale di psichiatria territoriale. Pacini Editor
- ✓ First, B., Williams,B., Janet,SB., Spitzer,R., Andrea Fossati,A. Y Borroni,S. (2017). SCID-5-PD. Intervista clinica strutturata per i disturbi di personalità del DSM-5. Cortina Raffaello

Entre todas las publicaciones del centro se hizo especial énfasis (y procedí a su estudio) del libro que expongo a continuación:

CASOS COMPLEJOS DE TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Este libro propone un modelo integrado de tratamiento de los Trastornos de la Personalidad (TP) que va más allá de los diagnósticos categóricos obsoletos, con el objetivo de tratar los factores generales que subyacen a la patología de la personalidad. Los autores enfatizan el desarrollo de funciones metacognitivas y la integración de procedimientos y técnicas de diferentes psicoterapias. El libro aborda el tratamiento de casos complejos que presentan rasgos psicopatológicos multiformes, delineando intervenciones clínicas que se enfocan en estructuras de significado personal, metacognición y procesos interpersonales.



Además, este libro:

- Proporciona una descripción general de los procedimientos de la fase previa al tratamiento, como las entrevistas de evaluación.

- Explica el enfoque de la Terapia Interpersonal Metacognitiva (MIT) y resume las pautas clínicas de MIT

- Describe el tratamiento farmacológico para pacientes con TP (Trastornos de personalidad).

- Incluye recursos útiles para que los terapeutas evalúen su adherencia al método de tratamiento

Por último, otro de los objetivos que se tuvieron en cuenta en la rotación, consiste en estar al día de las últimas publicaciones sobre terapia metacognitiva por lo que me facilitaron la siguiente página web donde están actualizados artículos sobre los avances de la terapia metacognitiva que pude estudiar.

Para más información, consulte www.miths.it

En este caso, mi experiencia personal fue el estudio del material previamente descrito.

ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Adquirir conocimiento sobre la aplicación de la entrevista IVAM

Dentro del material aportado para la formación, destaca un manual sobre cómo administrar la entrevista **IVAM** (entrevista para la evaluación de las funciones metacognitivas) cuyo protocolo y corrección adjunto en el anexo (en versión italiana).

La entrevista IVAM empieza preguntando al paciente que narre cual es el conflicto interpersonal que más le ha afectado y que ha tenido lugar en los últimos 6 meses.

Después de que el paciente narra la experiencia, se le realizan otra serie de preguntas que exploran las funciones de monitoring, descentramiento, diferenciación e integración.

Mi experiencia personal: Mi aportación en este caso fue la observación de como se realizaba la entrevista IVAM y comentar los casos con el adjunto que llevaba la entrevista. Un aspecto que me llamo la atención fue la dificultad que tenían algunos pacientes para relacionar sus pensamientos con sus conductas, además del poco discernimiento emocional que presentaban.

Observación de primeras entrevistas de evaluación psicopatológica

Todas las semanas se programaban primeras entrevistas de evaluación que duraban dos horas. Estas entrevistas eran realizadas en un primer momento por el terapeuta que se va a encargar del proceso terapéutico y en un según lugar por otro terapeuta. Con esta doble entrevista clínica se consiguen solventar los sesgos de la opinión terapéutica subjetiva de un único entrevistador.

La entrevista está formada por diferentes partes:

- 1) **Anamnesis:** Se recogen los principales datos sociodemográficos, antecedentes psicopatológicos propios y familiares, y se procede a una primera exploración psicopatológica. Así mismo, se narran las circunstancias que llevaron a comenzar un proceso psicoterapéutico (motivo de consulta).
- 2) **Entrevista SCID** (entrevista clínica estructurada para trastornos del DMS5): Permite explorar trastornos de los diferentes ejes del DSM5
- 3) **Protocolo de evaluación psicométrica:** administración de test para valorar la presencia de clínica psicopatológica que se expondrán a continuación.

Esta primera entrevista de evaluación se suele acompañar de otra entrevista de devolución de los resultados dónde se marcan los objetivos terapéuticos

Mi experiencia personal: Principalmente durante las entrevistas tuve una posición de observación, pero con posibilidad de aportar/preguntar información en cualquier momento de la entrevista (facilitado por el terapeuta principal).

Algunas de mis aportaciones fueron preguntar al paciente por su experiencia fenomenológica de lo acontecido cuando tenía dudas y consideraba que podía ser un aspecto interesante y susceptible a intervención.

Entrenamiento en la entrevista SCID

Durante mi estancia estude, conocí y posteriormente observe la entrevista SCID para valorar la presencia de clínica psicopatológica.

Este centro de psicoterapia se ha especializado en la **entrevista QuickSCID-5**, la cual es una entrevista diagnóstica estructurada tomada de la Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos del DSM-5® (SCID-5-CV) y diseñada para ser más rápida. La mayor eficiencia en términos de tiempo viene dada por la presencia de preguntas cerradas casi en su totalidad, lo que exime al entrevistador de desarrollar ejemplos descriptivos y numerosas preguntas de seguimiento.

Introducido por un marco general opcional diseñado para investigar los síntomas actuales y los tratamientos previos, y que incluye una evaluación de las ideas y comportamientos suicidas actuales y pasados,

La entrevista QuickSCID-5 consta de diez módulos independientes: **Módulo A** (Episodios y trastornos del estado de ánimo), **Módulo B** (Detección de síntomas psicóticos), **Módulo C** (Trastornos por consumo de alcohol y otras sustancias), **Módulo D** (Trastornos de ansiedad), **Módulo E** (Trastorno obsesivo compulsivo), **Módulo F** (Trastorno por déficit de atención/hiperactividad en adultos), **Formulario G** (Trastorno posterior -Trastorno de Estrés Traumático), **Formulario H** (Trastornos de la Alimentación), **Formulario I** (Preguntas de Detección de Otros Trastornos), y **Formulario J** (Preguntas para Exclusión de Trastorno Mental debido a otra condición médica y/o trastornos inducidos por sustancias/drogas).

La rapidez de administración, la posibilidad de uso por clínicos en formación y sus sencillas instrucciones son los puntos fuertes de esta preciada herramienta.

Mi experiencia personal: Me dedique al estudio y observación. Mientras se realizaban las sesiones de evaluación, yo apuntaba en un cuadernillo de corrección las respuestas del paciente e iba asignando puntuaciones. Posteriormente, comparaba mis resultados con los del adjunto para verificar si lo había realizado correctamente (tanto la puntuación como la corrección).



Conocimiento sobre las diferentes pruebas psicométricas que forman parte de las primeras entrevistas de evaluación psicopatológica

El centro me favoreció el conocimiento y la observación de un protocolo de evaluación completo que incluye los siguientes test:

- ✓ **WHODAS 2.0:** El Cuestionario para la Evaluación de la Discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0, por sus siglas en inglés) es un instrumento de evaluación genérico desarrollado por la OMS para brindar un método estandarizado de medición de la salud y la discapacidad entre las culturas.
- ✓ **SCL-90:** El Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) es un instrumento de cuantificación que permite evaluar una amplia gama de síntomas psicológicos y psicopatológicos, tanto en población clínica, como en población normal. Algunas de sus subescalas son: Somatizaciones (SOM), Obsesiones y compulsiones (OBS), Sensitividad interpersonal (SI), Depresión (DEP), Ansiedad (ANS), Hostilidad (HOS), Ansiedad fóbica (FOB), Ideación paranoide (PAR) y Psicoticismo (PSIC). El SCL-90-R valora la presencia de 90 síntomas y determina su intensidad en una escala que va desde la ausencia total (0) hasta la máxima intensidad (4).
- ✓ **SCID-II:** Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad basada en el DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico).
- ✓ **PNI-52:** El Inventario de Narcisismo Patológico (PNI) es un inventario multidimensional desarrollado recientemente para la evaluación del narcisismo patológico. Los autores describen e informan los resultados de dos estudios que investigan la estructura factorial de orden superior y la invariancia de género del PNI.
- ✓ **NPI:** El Inventario de Personalidad Narcisista (NPI) está diseñado para medir el narcisismo subclínico en la población general.
- ✓ **ASRS:** La escala de autoinforme del TDAH para adultos (ASRS) se utiliza en entornos de atención primaria y de salud mental para detectar el TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad) en adultos.
- ✓ **PID-5:** El Inventario de Personalidad (PID-5) de la American Psychiatric Association, evalúa la personalidad y sus trastornos desde el modelo dimensional de rasgos (DSM-5 Sección III), orientando el diagnóstico y las necesidades terapéuticas individuales.
- ✓ **EDI-2:** El Inventario de Trastornos de Conducta alimentaria (EDI-2). Evalúa 11 escalas diferentes, todas ellas relacionadas con los trastornos de la conducta alimentaria, principalmente la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN).
- ✓ **MMPI-2:** El Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI, por sus siglas en inglés: Minnesota Multiphasic Personality Inventory) es una de las pruebas de personalidad más usadas en el campo de la salud mental. Su

diseño está enfocado a la identificación del perfil de personalidad y la detección de psicopatologías

- ✓ **TAS-20:** El TAS (Test de Alexitimia de Toronto) es un instrumento de 20 ítems que es una de las medidas de alexitimia más utilizadas. La alexitimia se refiere a las personas que tienen problemas para identificar y describir las emociones y que tienden a minimizar la experiencia emocional y a centrar la atención en el exterior.
- ✓ **IVAM:** Entrevista para la valoración de las habilidades metacognitivas (IVAM) fue desarrollada por el centro de psicoterapia Terzocentro para la valoración de los procesos metacognitivos (monitoring, descentramiento, diferenciación e integración).

Mi experiencia personal: Observé un protocolo muy extenso y aprendí el objetivo de cada una de las pruebas. Además, también aprendí a corregirlas.

Experiencia en la observación de una terapia grupal sobre las habilidades de mentalización

Todas las semanas, me enviaban (a mí y a las personas que nos encontramos en formación) , vídeos sobre una terapia de grupo basada en mentalización que se estaba desarrollando en el centro. El objetivo de que el visionado fuera por vídeo y no en formato presencial era el no alterar el proceso de la terapia al existir un número elevado de terapeutas en relación con el número de pacientes.

En estas grabaciones de hora y media, aparecía el terapeuta principal que explicaba algunos de los procesos metacognitivos, ofreciendo una primera psicoeducación.

Posteriormente, era el paciente el que exponía alguna problemática y el terapeuta se encargaba de conducir el grupo poniendo en relación dicha problemática con otras de otros participantes y con la función metacognitiva que se deseaba trabajar creando un clima de “mente grupal” (especialmente útil para las funciones de diferenciación y descentramiento).

Experiencia personal: El objetivo que perseguíamos las personas en formación es el entrenamiento en aprender a discernir los estados problemáticos subyacentes y cuál era la función metacognitiva que el terapeuta (a través de la terapia y de las interacciones) estaba intentando suscitar. Después, cada uno aportaba su visión de la grabación y la tutora (Laura Conti) corregía y resolvía las dudas.

Formación en la terapia DBT para el trastorno límite de personalidad

Una experiencia particularmente interesante, desde mi punto de vista, fue el poder participar en la observación de la terapia DBT para trastornos de personalidad de Linehan en un grupo de adolescentes.

La terapia tenía lugar todos los miércoles de 16:00 a 17:30. El grupo estaba formado por 9 pacientes de 14-16 años y era llevado a cabo por dos terapeutas.

La terapia DBT consta de 4 módulos diferenciados: mindfulness, tolerancia al malestar, regulación emocional y efectividad interpersonal

Antes de empezar cada una de las sesiones tenía lugar una pequeña práctica de mindfulness, que variaba en cada sesión, y tras la cual se compartían las experiencias suscitadas por la práctica.

Además, después de las sesiones se proponían tareas para casa que serían corregidas en la sesión siguiente. Todas las técnicas trabajadas durante las sesiones se completaban con literatura y materiales escritos.

Desde mi punto de vista, otra de las técnicas interesantes que pude observar durante las sesiones, a fin de consolidar el aprendizaje, era el role-playing de situaciones especialmente problemáticas para el paciente.

Por último, compartíamos grupalmente la experiencia o lo que la sesión había aportado personalmente, esto lo realizábamos tanto los terapeutas como los pacientes.

Experiencia personal: Mi desempeño durante estas sesiones era observacional, si bien, se me permitía aportar aquello que considerase durante las sesiones. Además, tras las sesiones, las diferentes terapeutas compartíamos la visión del desarrollo de la terapia y comentábamos como se estaban desarrollando los diferentes casos.

Para mí, conocer el funcionamiento de la terapia grupal DBT me ha parecido muy interesante debido a que en ocasiones se abordan temas emocionalmente complejos (por ejemplo, pensamientos suicidas o autolesiones). Me gustó mucho aprender como las terapeutas eran capaces de dirigir el grupo (validar emociones, cortar conflictos, contención emocional...).

ACTIVIDAD DOCENTE

Participación en las sesiones clínicas sobre casos complejos

Todos los jueves a primera hora realizábamos una reunión de 1h y media de duración entre todos los terapeutas que conforman Terzocentro y los diferentes estudiantes/psicólogos en formación. La reunión está formada por un equipo de 30 profesionales y es dirigida por el fundador del centro: Antonio Semerari. Durante mi estancia, estas reuniones tenían lugar vía zoom (medida impuesta para evitar contagios por COVID19) pero anteriormente tenía lugar dentro de la sede de Terzocentro.

En esta reunión, uno de los terapeutas exponía problemas en el tratamiento de alguno de los pacientes del centro. La función del resto de terapeutas es aportar diferentes tipos de intervención que pudieran llevarse a cabo, así como dar con un adecuado diagnóstico. El tratamiento, generalmente se orientaba desde la terapia metacognitiva y con bases de la terapia cognitivo-conductual. Una vez el terapeuta expone el caso, y las complicaciones que surgen del mismo, las principales aportaciones sobre orientación terapéutico eran de parte de Antonio Semerari (fundador), Carcione (cofundador) y Laura Conti (que realiza las funciones de coordinadora), aunque todos podían participar y aportar su visión clínica.

Experiencia personal: Mi aportación en estas reuniones fue principalmente de observación, si bien, en ocasiones se nos instaba a participar y comunicar nuestra visión del caso (así como preguntar dudas).

Tutorías clínicas con otros estudiantes/psicólogos en formación

Estas tutorías tenían lugar los miércoles de 13:00 a 14:30, si bien, no se convocaban todas las semanas.

Durante mi estancia en el centro, era la única realizando la especialización clínica (PIR) y la única española. En total, durante mi estancia, éramos 5 personas en formación, la mayoría de las cuales estaba realizando las prácticas necesarias para el título de psicología, aunque otras realizaban prácticas para el acceso a la titulación de la especialidad de psicología clínica, cuya obtención funciona de manera diversa en otros países.

Durante mi estancia no se desarrollaron cursos de formación o seminarios sobre la terapia metacognitiva (que sí tuvieron lugar otros años) debido a que fueron interrumpidos por la pandemia COVID19.

Experiencia personal: Mi desempeño durante estas tutorías fue el adquirir material y solventar dudas que pudieran surgir sobre terapia metacognitiva. Además del entrenamiento en profundidad sobre la entrevista IVAM y su corrección.

ACTIVIDAD INVESTIGADORA

Investigación mediante grabaciones sobre los estados mentales problemáticos a través de la técnica de la rejilla

Estas reuniones tenían lugar los martes de 15:00 a 16:30. En estos encuentros clínicos (dirigidos por Antonio Semerari) se escuchaban las grabaciones de todas las entrevistas IVAM que se habían realizado.

El objetivo es averiguar a través de la escucha cual es el estado mental (emociones y pensamientos problemáticos) que tiene el paciente en el momento de la entrevista. Para ello, se usa la técnica de la rejilla.

Este tipo de técnica cualitativa y observacional, consiste en que un comité formado por expertos aporte su opinión (en este caso sobre los estados mentales problemáticos) a fin de determinar cuáles son aquellos que se relacionan con la clínica que es motivo de consulta para generar conocimiento común.

Experiencia personal: Mi aportación en esta actividad consistió en la observación, y aportar opinión sobre cuál era el posible estado mental subyacente. Generalmente, Semerari nos preguntaba directamente y nosotros respondíamos con la emoción que creíamos que experimentaba el paciente y conocíamos si era una visión compartida. Los casos presentaban una psicopatología variada, pero había abundaban los trastornos de personalidad. Me llamo la atención el gran número de pacientes con rasgos límites y evitativos.

Cronograma semanal

HORARIO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00-10:30	Entrevista de evaluación psicopatológica	Entrevista de evaluación psicopatológica		Sesiones clínicas supervisadas por Semerari	Entrevista de evaluación psicopatológica
13:00-14:30	Entrevista de evaluación psicopatológica	Entrevista de evaluación psicopatológica	Tutoría/ Docencia	Entrevista de evaluación psicopatológica	Visionado sobre terapia de grupo basado en la mentalización
15:00-16:30	Entrevista de evaluación psicopatológica	Investigación cualitativa sobre técnica de la rejilla		Entrevista de evaluación psicopatológica	
16:17:30		Entrevista de evaluación psicopatológica	DBT		Entrevista de evaluación psicopatológica

- **El horario de apertura del centro es de 12:00-20:00:** los fines de semana no se trabajaban
- ** Actividades con horario fijo a lo largo de la semana:** las actividades que se encuentran en negro son las que se realizaban de manera estable todas las semanas, las actividades marcadas en rojo tienen horario flexible y cambian de una semana a otra.
- ** Durante la semana se realizaban entrevistas de valoración en diferentes horarios, el cronograma cambiaba de una semana a otra,** estas entrevistas de evaluación duraban una hora y media
- **No existe un horario fijo que tenga lugar todas las semanas**

Valoración personal

PUNTOS FUERTES

Flexibilidad: Hay una gran flexibilidad horaria por lo que es fácil poder coordinar con otras actividades y hacer frente a la adquisición del conocimiento teórico.

Supervisión: La tutora (Laura Conti) nos proporcionó desde el primer día su número de contacto y la dirección del correo electrónico para facilitar la comunicación. Las múltiples sesiones de tutoría y las reuniones me facilitaron el poder preguntar dudas sobre el funcionamiento del centro o sobre la materia. Además, durante las entrevistas siempre se encontraba disponible un adjunto, por lo que la supervisión para nosotros estaba garantizada en todo momento.

Bases teóricas: Me proporcionan materiales y artículos, por lo que las bases teóricas al salir del centro son sólidas. El material está siempre a disposición en el centro, el cual cuenta con una sala (que también funcionaba como sala en la que se realizaban las sesiones grupales) dónde pude leer los materiales o ver las sesiones grupales de terapia que han sido grabadas con anterioridad.

Investigación: Pude observar cómo funciona la investigación en el centro. Personalmente, es la primera vez que he podido apreciar cómo funciona una investigación cualitativa, lo que he considerado interesante. Además, la investigación como constante es un elemento motivador para mantenerse actualizado en terapia metacognitiva.

Expertos: Dentro del centro de psicoterapia se encuentran algunos de los referentes de terapia cognitiva y metacognitiva en Italia, es interesante que pude relacionarme con expertos en la materia y pude observarles trabajar dentro de la terapia.

Entrevista y evaluación: Al finalizar la estancia he observado numerosas primeras entrevistas clínicas por lo que he adquirido soltura para poder desempeñarlas en el futuro. Además, no hay ningún otro centro que haya desarrollado una entrevista como la IVAM sobre metacognición.

Por otra parte, adquiriré formación y conocimiento sobre las diferentes pruebas psicométricas de evaluación.

Autogestión: Gran parte de la formación tiene bases teóricas y depende de uno mismo, por lo que tuve mucha libertad para elegir el ritmo de trabajo.

PUNTOS DEBILES:

Seguimientos: Durante la estancia he observado primeras entrevistas, pero no seguimientos, esto es debido a que, al ser un centro de psicoterapia privado, los pacientes prefieren un grado mayor de privacidad, por lo que no observe el proceso terapéutico de manera total.

Horario confuso: La flexibilidad del horario en ocasiones me hizo difícil el poder planear acontecimientos con antelación, puesto que los horarios podían ser totalmente diferentes de una semana a otra.

Observacional: Debido a la barrera idiomática, la mayor parte de la rotación tuve un rol observacional o teórico con lo que experimenté poca práctica y no tuve la posibilidad de llevar pacientes propios, aun así los terapeutas suelen favorecer las aportaciones tanto en terapia individual como en formato grupal

COVID19.: Algunas de las reuniones que realice tenían lugar por formato zoom, además se han suspendido algunas actividades de formación después del COVID19 por lo que no pude acudir.

Conclusión: Considero que mi estancia en el centro ha sido muy gratificante, me llevo una buena experiencia y muchos conocimientos teóricos y prácticos (como por ejemplo el manejo de grupos en TLP). Los profesionales me han acogido desde un primer momento y el resto de estudiantes o profesionales en formación me han hecho sentir integrada. Esta rotación ofrece todo aquello que puede ofrecer una estancia extranjera, que consiste en ver cómo funcionan modelos de psicoterapia diferentes en una cultura diversa. Me ha interesado especialmente observar y entender cómo se adquiere la especialidad de psicología clínica (y el valor de esta) en otros países. Ha sido una experiencia plenamente recomendable y con un muy alto valor formativo.

Aplicabilidad en mi contexto

Desde mi punto de vista, todo lo que he narrado a lo largo de la memoria tiene una clara aplicabilidad en mi contexto. Actualmente tengo muy buena base teórica sobre cómo funciona la terapia metacognitiva, con lo que puedo desarrollar actividades asistenciales tanto en terapia individual como grupal.

Por ejemplo, en este momento estoy desarrollando el que fue mi proyecto de investigación a la hora de presentar las becas: impartir una terapia grupal metacognitiva con adolescentes con síntomas ansioso- depresivos. Actualmente, estoy pudiendo crear sesiones que tienen como finalidad mejorar la capacidad de monitoring, diferenciación, integración y descentramiento.

Otro de los aspectos que puedo aplicar en mi contexto consiste en tener un amplio bagaje sobre las evaluaciones psicopatológicas iniciales, tanto mediante entrevista (la entrevista IVAM tiene una fácil aplicación) como las pruebas psicométricas que he descrito en partes anteriores de la memoria, por lo que puedo realizar pruebas y corregirlas.

También, he aprendido como se realizan investigaciones cualitativas, lo que me permite tener un campo de investigación más amplio y plantearme en el futuro realizar una investigación de este tipo.

Para resumir, esta experiencia me permite desarrollar aspectos de la psicoterapia que no conocía previamente, así como realizar primeras entrevistas de una manera extensa para filiar correctamente psicopatológicamente y planear una adecuada intervención posterior. Por último, es interesante abrirse a nuevas formas de investigación para poder ahondar en profundidad que clase de terapias podrían funcionar para determinados tipos de pacientes.

Bibliografia

Carcione, A., Semerari, A., & Nicolò, G. (2016). *Curare i casi complessi: la terapia metacognitiva interpersonale dei disturbi di personalità*. Gius. Laterza & Figli Spa.

Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., & Salvatore, G. (2013). *Terapia metacognitiva interpersonale: dei disturbi di personalità*. Cortina.

First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., & Spitzer, R. L. (2017). SCID-5-CV. Intervista Clinica Strutturata per i Disturbi del DSM-5. Versione Per Il Clinico Ed Italiana a cura Di Andrea Fossati e Serena Borroni: Raffaello Cortina Editore Milano.

Salvatore, G., Dimaggio, G., Popolo, R., & Ottavi, P. (2019). La relazione terapeutica nella terapia metacognitiva interpersonale. *La relazione terapeutica nella terapia metacognitiva interpersonale*, 119-139.

Myths: Home (<https://myths.it>)

Bibliografía esencial en castellano

Dimaggio, G., & Semerari, A. (2008). Los trastornos de la personalidad. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Dimaggio, G., Carcione, A., Semerari, A., Marraffa, M., Falcone, M., Nicoló, G. & Torras, L. V. (2001). Modelos de mantenimiento de los trastornos de personalidad. *Revista de Psicoterapia*, 12(45), 5-20.

Feixas, G., De La Fuente, M., & Soldevila, J. M. (2003). LA TÉCNICA DE REJILLA COMO INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN Y FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS CLÍNICAS/Repertory Grid Technique as an assessment instrument for case formulation. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(2), 153-171.

Semerari, A., & Torras, L. V. (2001). La disfunción metacognitiva en el trastorno de personalidad borderline. *Revista de Psicoterapia*, 12(45), 21-37.

Semerari, A. (2002). Historia, teorías y técnicas de la psicoterapia cognitiva. *REVISTA DE PSICOTERAPIA*, 15(58/59), 191-192.

ANEXO

A continuación se expone la corrección de los ítems que conforman la entrevista IVAM teniendo en cuenta que habilidad metacognitiva que se está evaluando (en versión italiana).

IVAM

MONITORAGGIO		
Item 6) Identifica e specifica le emozioni durante l'episodio.		
Item 12) Descrive e riferisce i pensieri durante l'episodio.		
Item 1) Spiega il proprio comportamento mettendolo in relazione con aspetti rilevanti degli stati mentali (intenzioni, credenze, scopi, timori, bisogni, ecc.) presenti durante l'episodio.		
Item 13) Collega le emozioni ai pensieri avuti durante l'episodio o viceversa collega i pensieri allo stato emotivo.		
	TOT	

DIFFERENZIAZIONE		
Item 15) Considera la propria rappresentazione del mondo come soggettiva e opinabile.		
Item 8) Fornisce interpretazioni plausibili degli eventi (una bassa plausibilità è indicativa di una scarsa influenza dello scambio comunicativo).		
Item 11) Riflette e valuta gli eventi (in contrapposizione alla tendenza ad agire impulsivamente).		
Item 2) Distingue tra diversi tipi di rappresentazioni come sognare, fantasticare, immaginare, pensare, ipotizzare, prevedere, credere, che si differenziano in base al rapporto presunto con il mondo reale. (Tenere presente quando il soggetto è in grado di attribuire una rilevanza diversa a queste rappresentazioni).		
	TOT	

INTEGRAZIONE		
Item 5) Mostra un nesso comprensibile e coerente tra pensieri, emozioni, eventi e comportamenti.		
Item 9) Descrive le transizioni tra diversi stati mentali e ne spiega le ragioni.		
Item 3) Generalizza sul funzionamento mentale e coglie gli aspetti di continuità nei propri modi di pensare o di sentire (ha coscienza delle frequenze con cui si manifestano certi stati mentali; riconosce che è un proprio stato tipico).		
Item 4) Ricostruisce e descrive nella propria narrazione gli aspetti rilevanti (senza eccessi o difetti di narrazione) del proprio funzionamento mentale senza perdersi in dettagli irrilevanti ai fini dello scopo comunicativo trasmettendo un senso di ordine e chiarezza all'interlocutore.		
	TOT	

DECENTRAMENTO		
Item 10) Descrive la psicologia degli altri in modo plausibile, chiaro, senza il ricorso a stereotipi o luoghi comuni.		
Item 14) Descrive l'atteggiamento o le azioni degli altri in base ai loro interessi, valori, tratti caratteriali o in base alle credenze e alle informazioni di cui dispone.		
Item 7) Comprende che gli stessi eventi possono avere per gli altri un significato ed una rilevanza diversa da quella che hanno per il soggetto.		
Item 16) Valuta e comprende i processi psicologici degli altri indipendentemente dalla relazione che hanno con lui.		
	TOT	

Tot: