

MEMORIA ESTANCIA EN EL
TERZO CENTRO DI PSICOTERAPIA COGNITIVA
ROMA
JULIO 2009-SEPTIEMBRE 2009

*BECA ANPIR PARA LA PROMOCIÓN DE ESTANCIAS EN CENTROS DE
EXCELENCIA EXTRANJEROS*

CONVOCATORIA 2008-2009

Maria Acuña Gelabert
Psicólogo Interno Residente
Hospital Universitario Son Dureta (Palma de Mallorca)

INDICE

	Página
1- INTRODUCCIÓN	3
2- IL TERZO CENTRO DI PSICOTERAPIA COGNITIVA	5
2.1- Historia del Terzo Centro	5
2.2- Acreditaciones y Currículum	6
2.3- Funcionamiento	7
3- LA INVESTIGACIÓN	8
3.1- Análisis de contenido: los estados mentales problemáticos	9
3.2- Análisis de las funciones metacognitivas	10
4- EL TRABAJO CLÍNICO	12
4.1- Protocolos de evaluación y seguimiento	12
4.2- El tratamiento de los trastornos de la personalidad	13
5- ACTIVIDADES REALIZADAS	16
6- APLICABILIDAD A MI CONTEXTO	18
7- EXPERIENCIA Y VALORACIÓN PERSONAL	18
8- BIBLIOGRAFÍA	20
9- BIBLIOGRAFÍA ESENCIAL EN CASTELLANO	21
10- AGRADECIMIENTOS	22

ANEXO I: LA REJILLA DE LOS ESTADOS PROBLEMATICOS

ANEXO II: SVAM

1- INTRODUCCIÓN

La introducción en el DSM-III de un eje diagnóstico específico para los trastornos de la personalidad ha producido un importante incremento de investigaciones y observaciones clínicas relacionadas con estas problemáticas, junto a controversias y problemas.

La definición general de trastorno de la personalidad proporcionada por el DSM-IV subraya como elementos distintivos la aparición en la primera edad adulta, la estabilidad en el tiempo, el carácter inflexible e invasivo en las diferentes áreas de la vida así como las consecuencias en términos de sufrimiento subjetivo y de limitaciones en las relaciones interpersonales y en el trabajo.

La experiencia clínica y la investigación empírica muestran además que la comorbilidad con trastornos de la personalidad agrava el pronóstico, retrasa la respuesta y disminuye la eficacia de los tratamientos de trastornos tan frecuentes como la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos por abuso de sustancias (1) (2) (3) (4).

Evaluar y tratar correctamente rasgos disfuncionales de personalidad resulta por tanto indispensable, a fin de mejorar la eficacia del tratamiento y reducir la tasa de abandonos.

Sin embargo, existen dos problemas históricos en el tratamiento de los trastornos de la personalidad: las dificultades en la relación terapéutica y la insuficiencia de las técnicas tradicionales (3)(4). Estos dos factores dificultan el abordaje de este tipo de pacientes, por lo que se les suele calificar de pacientes difíciles (Carlo Perris).

En el Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva, con sede en Roma, se investigan estas cuestiones. Principalmente sus intereses se focalizan en profundizar los conocimientos relacionados con factores facilitadores y obstaculizadores del proceso terapéutico y el papel de la relación terapéutica en la potenciación o inhibición de esos factores.

Concretamente, sus estudios se han centrado en el rol de las funciones metacognitivas como factor importante en el mantenimiento de los trastornos de la personalidad y como requisito para el cambio terapéutico, y en la relación terapéutica como fuente importante de reforzamiento de las funciones metacognitivas.

Asimismo han desarrollado distintas escalas para la valoración de los estados problemáticos y las funciones metacognitivas (*La Griglia degli Stati Problematici, La Scala di Valutazione della Metacognizione SVAM, la Intervista per la Valutazione della Metacognizione IVAM*) y modelos de tratamiento de 5 trastornos de personalidad: límite, narcisista, por evitación, paranoide y dependiente (Semerari, Dimaggio, 2003).

En esta memoria expongo mi experiencia en el Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva de Roma. Dividiré mi memoria en varios apartados:

- Un primer apartado en el que describiré las características del Terzo Centro y de los profesionales que lo componen
- En un segundo apartado explicare las líneas principales de investigación que se están llevando a cabo en la actualidad
- Sucesivamente expondré algunas líneas generales sobre las que basan el trabajo clínico que realizan con pacientes afectos de trastornos de la personalidad
- En el apartado sobre mi experiencia expondré las actividades que he llevado a cabo durante mi estancia en Roma
- Por ultimo realizaré algunas consideraciones acerca de la aplicabilidad de lo aprendido a mi contexto y una valoración global de mi experiencia

Espero que resulte interesante a los lectores de esta memoria y que pueda servir de punto de partida para profundizar a quien le interese este campo de clínica e investigación.

2- EL TERZO CENTRO DI PSICOTERAPIA COGNITIVA

2.1- Historia del Terzo Centro: Características y profesionales

Il Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva fue fundado en el año 1996 por Antonio Semerari, Antonino Carcione, Giancarlo Dimaggio, Maurizio Falcone, Claudio Lalla, Giuseppe Nicolò y Michele Procacci en Roma. Es un despacho profesional a la vez que sede de un grupo de investigación especializado en el análisis del proceso psicoterapéutico con pacientes difíciles. Asimismo realiza labores docentes en colaboración con la *Scuola di Psicoterapia Cognitiva* para la formación de psicoterapeutas.

El estudio fue llamado *Terzo Centro* ("tercer centro"), para señalar la continuidad y evolución desde el I Centro fundado por G. Liotti y V. Guidano y el II Centro donde muchos de ellos iniciaron su práctica clínica.

Desde los primeros tiempos de su fundación fue un centro con un gran afán investigador, y los objetivos de sus líneas se encaminaron principalmente a los factores que favorecen o dificultan la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos.

Influidos por teorías como las del apego, las teorías cognitivas clásicas y constructivistas, la teoría de los estados mentales de Horowitz, etc, y a partir de observaciones clínicas, empezaron a preguntarse porqué algunas tipologías de pacientes parecían no ser sensibles a las técnicas cognitivas que resultaban altamente eficaces en otros. Estos pacientes eran principalmente los afectos por algún trastorno de la personalidad.

Siguiendo las nuevas tendencias de investigación en psicoterapia, decidieron empezar a realizar análisis cualitativos de grabaciones de sesiones con los pacientes, para llevar a cabo estudios en profundidad de casos únicos, sea en la vertiente de contenidos mentales como de funciones cognitivas.

Para empezar con el análisis de contenidos, elaboraron la *Rejilla de Estados Problemáticos*, con la cual realizaron de forma sistemática un análisis cualitativo y posteriormente cuantitativo de los principales contenidos (pensamientos, emociones, sensaciones somáticas) que aportaban los pacientes en las sesiones.

Más adelante, la participación al *Proyecto Nacional de Salud Mental 1998-2000* promovido por el *Instituto Superior de la Sanidad italiano*, les permitió seguir profundizando y perfeccionando las investigaciones en el ámbito del proceso y del resultado en psicoterapia. Fue creado y validado otro instrumento de investigación, destinado a valorar uno de los fenómenos clínicos que había llamado más su atención en el tratamiento de los pacientes graves: su dificultad para funcionar como psicólogos ingenuos, para reconocer los propios pensamientos, emociones y entender qué motiva el comportamiento de los demás. El instrumento es la *Escala para la Valoración de la Metacognición*, actualmente uno de los instrumentos más acreditados para la medición de las funciones metacognitivas en el curso de una psicoterapia. (5) (6)

Al mismo tiempo construyeron una base de datos de sesiones de psicoterapia única en Italia.

El uso de la Rejilla de los Estados Problemáticos y de la Escala de Valoración de la Metacognición les permitió identificar precisos indicadores de proceso y de resultado en psicoterapia, de delinear específicos perfiles metacognitivos y detallar estados mentales problemáticos característicos de determinadas patologías. Gracias a esta praxis de investigación y ulteriores estudios teóricos, consiguieron formular un modelo de patología y tratamiento para 5 trastornos de la personalidad, cuya revisión y profundización continúa.

Este material viene compartido con investigadores de otros países, concretamente con la universidad de Ulm y de Nijmegen. Con la universidad San Raffaele de Milán están realizando una labor conjunta de baremación de la Entrevista de Evaluación de la Metacognición.

2.2- Acreditaciones y currículum:

- Centro acreditado por el *Ministero dell'Istruzione* italiano para las prácticas de psicólogos post-lauream.
- Sede de formación de especialistas en psicoterapia cognitiva en colaboración con la *Scuola di Psicoterapia Cognitiva* (SPC), acreditada por el Ministerio dell'Istruzione para la formación de psicoterapeutas cognitivos (**Decreto di riconoscimento: D.D. 12.02.02 – G.U. n. 60 del 12.03.02 Serie Generale**).

- Centro de reconocido prestigio internacional en relación a la investigación sobre procesos y eficacia psicoterapéuticos, con participación al *Progetto Nazionale di Salute Mentale 1998-2000* promovido por el *Istituto Superiore della Sanità* italiano y con publicación de varios libros traducidos en distintos idiomas y artículos en revistas de prestigio como *Psychoterapy Research*, *Acta Psychiatrica Scandinava* o *Journal of Personality Disorders*. (8)

- Sede durante 6 años de la sección italiana de la *Society for Psychoterapy Research*.

2.3- FUNCIONAMIENTO DEL TERZO CENTRO

El Terzo Centro es un despacho privado, formado por unos 35 psiquiatras y psicólogos, todos ellos con el título de psicoterapeuta cognitivo. En Italia, para ejercer la psicoterapia no es suficiente el título de psicólogo o psiquiatra, sino que se requiere una formación añadida de 4 años en psicoterapia, sin la cual es ilícito realizar tratamientos psicoterapéuticos, sea en ámbito público como en el privado. Esta formación se realiza a través de distintas asociaciones de psicoterapeutas, acreditadas por el Ministerio de Sanidad italiano, que realizan programas formativos de orientaciones específicas. En el caso del Terzo Centro, los socios fundadores colaboran con la Asociación de Psicoterapeutas Cognitivos (APC) y la Escuela de Psicoterapia Cognitiva (SPC) en la formación y supervisión de psicoterapeutas cognitivos.

Este sistema de formación italiano, a diferencia de nuestro sistema PIR, se realiza a través de asociaciones privadas de psicoterapeutas de orientaciones específicas, y los costes (una media de 3500 euros al año) corren a cargo enteramente del estudiante. Los programas formativos son de 4 años de duración, y permiten la obtención del título de psicoterapeuta de esa orientación. Los contenidos de los programas incluyen por regla general lecciones y seminarios teóricos, actividades prácticas y la toma en cargo supervisada de un mínimo de 5 pacientes. Al final de los 4 años de formación se suele pedir realizar una especie de tesina. Esta formación se realiza por regla general los fines de semana, para compatibilizar con la actividad laboral.

Como he dicho anteriormente, en el Terzo Centro se realizan labores clínicas, docentes y de investigación.

Los miembros fundadores realizan semanalmente reuniones organizativas de las distintas actividades que realizan.

Algunos de los miembros realizan labores clínicas sea en el Terzo Centro sea en ámbito público, otros ejercen solamente en ámbito privado.

En cuanto a la docencia, todos los miembros fundadores participan en la impartición de lecciones teóricas y seminarios en el ámbito de la escuela de especialización en psicoterapia cognitiva, normalmente en fin de semana, empezando en Septiembre hasta Junio. Asimismo todos los miembros fundadores realizan sesiones individuales de supervisión de casos y sesiones quincenales de supervisión grupal de casos clínicos, para los alumnos de la escuela de especialización que están llevando pacientes. En estas sesiones, que tienen una duración de unas 2 horas, varios alumnos exponen un caso con el que tienen dificultades, se realiza de manera conjunta una elaboración del caso y finalmente se concluyen una serie de indicaciones sobre cómo seguir con la terapia.

Por último, realizan mensualmente reuniones dedicadas exclusivamente a la investigación, en las que se comenta el estado de las distintas líneas que están llevando a cabo, las dificultades, los próximos pasos a realizar, etc. También realizan sesiones dedicadas exclusivamente a la investigación en las que se realizan labores como transcripción de entrevistas grabadas, aplicación a dichas transcripciones de la Escala de Evaluación de la Metacognición y de la Rejilla de Estados Problemáticos, actualización de la base de datos, análisis de resultados, etc.

3- LA INVESTIGACIÓN: LOS ESTADOS MENTALES PROBLEMÁTICOS Y LAS FUNCIONES METACOGNITIVAS

Como he dicho anteriormente, el interés del Terzo Centro se centró desde sus inicios en el estudio de los factores implicados en la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos. Para ello, tomaron como elemento privilegiado de observación las narraciones de los pacientes en las sesiones de psicoterapia, y decidieron empezar líneas de investigación dedicadas al análisis cualitativo y cuantitativo de las transcripciones de dichas sesiones. Para ello, subdividieron los análisis en dos

vertientes: análisis del contenido de las verbalizaciones y análisis de las funciones cognitivas implicadas en la producción de éstas.

3.1- Análisis de contenido: La Rejilla para la Valoración de los Estados Problemáticos

La Rejilla para la Valoración de los Estados Problemáticos fue elaborada a partir de la exigencia de valorar el proceso y el resultado de los tratamientos psicoterapéuticos. El objetivo era el de monitorizar los cambios en el curso de la psicoterapia de lo que definen estados problemáticos, que constituirían la experiencia central de la narración que el paciente realiza en psicoterapia.

Las hipótesis principales de las que parten, a partir de reflexiones teóricas y observaciones clínicas, son que las narraciones de los pacientes estarían organizadas según historias recurrentes (episodios narrativos), identificables a través de la presencia de distintos marcadores presentes en la narración.

A un nivel más profundo de análisis, los episodios narrativos estarían caracterizados por contenidos (sensaciones físicas, pensamientos, emociones) que, en línea de lo sostenido por Horowitz, se unen establemente entre ellos formando un patrón unitario de experiencia subjetiva: el estado mental.

Así, los estados mentales etiquetados como problemáticos serían experiencias globales, algunas subjetivamente ligadas a sufrimiento psicológico, constituidas por temas de pensamiento, emociones, sensaciones y fenómenos somáticos. Se consideran estados problemáticos también las experiencias que no son subjetivamente vividas como dolorosas, pero que son perseguidas de forma rígida y coartada, para evitar, más o menos conscientemente, otros estados problemáticos.

Para la identificación de los episodios narrativos y de los estados mentales problemáticos, se usa la rejilla de los estados problemáticos aplicada a grabaciones de sesiones, a transcripciones de sesiones, entrevistas diagnósticas, etc.

La Rejilla se presenta como una matriz, constituida por 32 constructos bipolares, que reflejan los contenidos principales de las narraciones de los pacientes. En los extremos de cada fila se representan los polos de cada constructo y cada una de las columnas refleja un episodio narrativo, que representa la unidad mínima de análisis (ver anexo I).

Los pasos generales para el análisis son:

- La identificación de los episodios narrativos, en función de marcadores específicos
- Individuación y puntuación de los elementos de contenido de cada episodio narrativo
- Análisis de los elementos de contenido (temas de pensamiento, emociones, sensaciones somáticas) para reconstruir los estados problemáticos

A partir del análisis estadístico de los elementos de contenido recogidos con la rejilla, han reconstruido una serie de estados mentales problemáticos típicos, característicos de pacientes con distintos trastornos de la personalidad. (9)(10)(4)

3.2- Análisis de las Funciones Metacognitivas: La Escala y la Entrevista para la Evaluación de la Metacognición

La metacognición es un conjunto de habilidades de reflexión sobre los estados mentales que permite:

- 1- atribuir y reconocer estados mentales a sí mismo y a los demás, a partir de expresiones faciales, estados somáticos, comportamientos y acciones
- 2- reflexionar sobre los estados mentales, percibir nexos entre eventos mentales y comportamientos, distinguir la subjetividad del propio punto de vista de la realidad objetiva, etc.
- 3- usar las informaciones sobre estados mentales para resolver problemas o conflictos interpersonales y manejar el sufrimiento subjetivo

En los años 90 los miembros del Terzo Centro, uniendo sus observaciones clínicas con los avances de la ciencia cognitiva, inician una línea de investigación centrada en la metacognición. Las ideas principales que guiaron la construcción de este programa de investigación fueron:

- 1- los pacientes observados tienen dificultades en razonar en términos de estados mentales, y esto tiene un impacto en el tratamiento.
- 2- el problema no es homogéneo de paciente a paciente. La metacognición no sería una entidad unitaria, sino que estaría compuesta por distintas subfunciones, relacionadas entre sí pero semi-independientes.

El trabajo del Terzo Centro se centró en construir una escala que recogiera estas hipótesis. Los principales objetivos que perseguían eran identificar las disfunciones metacognitivas presentes en los pacientes, comprobar si difieren de paciente a paciente y valorar si psicoterapias con éxito estaban ligadas a una mejoría de tales funciones.

El primer instrumento que crearon para alcanzar estos objetivos fue la Escala para la Valoración de la Metacognición (SVAM), en la que se refleja una división de las distintas habilidades metacognitivas en 3 grandes grupos (autorreflexividad, comprensión de la mente ajena y mastery), cada uno de los cuales a su vez está compuesto por subfunciones específicas (ver anexo II).

La SVAM es una escala apta para valorar la metacognición a partir de verbalizaciones de pacientes en sesiones de psicoterapia. Para ello, se requiere la grabación y transcripción integral de las sesiones y posteriormente el análisis y puntuación de cada una de las funciones metacognitivas por parte de evaluadores expertos.

La SVAM es útil en investigaciones de proceso para valorar el funcionamiento metacognitivo de pacientes en tratamiento psicoterapéutico, pero tiene muchos límites económicos: la transcripción integral y la aplicación de la escala requieren una gran cantidad de tiempo y una formación importante de los evaluadores, por lo que su uso en el trabajo clínico no es posible.

Para superar estos problemas y poder realizar un seguimiento de las habilidades metacognitivas de los pacientes en tratamiento para fines clínicos, han elaborado la Entrevista para la Evaluación de la Metacognición (IVAM), un instrumento más ágil, que permite la valoración de 4 de las funciones metacognitivas reflejadas en la SVAM: monitorización, diferenciación, integración y descentramiento.

Actualmente la IVAM es usada cotidianamente en ámbito clínico, para realizar evaluaciones y seguimientos de las funciones metacognitivas de los pacientes en tratamiento.

Las investigaciones realizadas usando estos instrumentos han llevado a resultados que indican que distintos trastornos de personalidad presentan específicos perfiles de disfunciones metacognitivas, y que estas disfunciones son factores muy importantes en el mantenimiento de los trastornos (4). Asimismo indican que a lo largo de los procesos psicoterapéuticos exitosos los pacientes presentan

mejorías significativas precisamente en las capacidades metacognitivas que inicialmente resultaban deficitarias.

4- EL TRABAJO CLINICO

4.1- Protocolos de Evaluación y Seguimiento

En cuanto al trabajo clínico, el Terzo Centro ha estructurado una serie de protocolos de evaluación y seguimiento:

La primera visita con el paciente es realizada por uno de los psicoterapeutas fundadores del Terzo Centro. En esta sesión, que dura 50 minutos, se recoge el motivo de consulta, se realiza una exploración inicial y se empiezan a investigar factores importantes en el surgimiento y mantenimiento de la problemática.

Después de la primera visita, todos los pacientes realizan 2 sesiones de evaluación psicométrica, con un evaluador distinto al que ha realizado la primera visita, en las que se aplican 2 protocolos:

- 1- Protocolo SCID: en el que el paciente rellena una serie de módulos de recogida de información anamnésica, como antecedentes personales y familiares, tratamientos previos, enfermedades somáticas de interés, etc. Asimismo cumplimenta un consentimiento informado y una serie de cuestionarios autoadministrados, como el SCL-90, el TAS-20 (Escala de Alexitimia de Toronto), el EDI-2, el PD-IIP (Inventario de problemas interpersonales de Pilkonis) y el SAC (cuestionario sobre estilos de apego). Por último, se administra la entrevista SCID-II completa.
- 2- Protocolo IVAM: en este protocolo se realiza una evaluación de las habilidades metacognitivas actuales del paciente. Para ello se administran dos tests computerizados en los que la tarea del paciente es reconocer las emociones correspondientes a expresiones faciales (FEEL) y a distintas miradas (Eyes Test). También se le administran varias historias sobre la teoría de la mente (Historias de Happé), en las que el paciente debe entender las intenciones, creencias y motivaciones de los personajes. Por último, se le administra la

entrevista IVAM para la valoración de 4 funciones metacognitivas (monitorización, diferenciación, integración y descentramiento).

Una vez finalizados los dos protocolos, los evaluadores realizan un informe detallado con todos los resultados obtenidos y los envían al psicoterapeuta que ha realizado la primera entrevista. Una vez recogida toda la información, el terapeuta realiza una sesión de devolución con el paciente, en la que se le informa de los resultados obtenidos y se debate conjuntamente el planteamiento de las principales problemáticas y los objetivos a perseguir en el tratamiento.

Finalizada la sesión de devolución se le asigna al paciente el terapeuta con el que realizará todo el proceso psicoterapéutico.

La entrevista IVAM para la evaluación de la metacognición se repite cada 6 meses y al finalizar el tratamiento. La entrevista SCID-II se repite anualmente y al finalizar el tratamiento.

Todos los datos recabados, sea de los protocolos de evaluación, sea de los protocolos de seguimiento son añadidos a la base de datos.

4.2- El Tratamiento de los Trastornos de la Personalidad

El tratamiento psicoterapéutico de los pacientes con trastornos de la personalidad empieza una vez finalizada la fase de evaluación.

Las sesiones son, por regla general, de frecuencia semanal y de 1 hora de duración. El tratamiento es básicamente individual, si bien se realizan intervenciones familiares o de pareja en caso de necesidad (y esto suele ocurrir a menudo). Los pacientes suelen tener asimismo un número telefónico de contacto con su terapeuta para usar en casos de necesidad.

El tratamiento de estos trastornos suele ser bastante largo (1-2 años), con unas primeras fases más intensivas. A medida que se procede con la consecución de los objetivos y el paciente va mostrando mejorías en su adaptación social, laboral, etc. se suelen ir espaciando más, para realizar labores de seguimiento.

Los componentes del Terzo Centro han elaborado un modelo de mantenimiento y de tratamiento de 5 trastornos de personalidad, que son básicamente los que han visto más frecuentemente en su práctica clínica: límite, narcisista, por dependencia, por evitación y paranoide.

Si bien han desarrollado una conceptualización general de los principales factores que contribuyen al mantenimiento de los trastornos de la personalidad, han realizado modelos específicos para cada uno de ellos, concretando las principales problemáticas que caracterizan los distintos trastornos y dando indicaciones de tratamiento distintas.

Los trastornos de la personalidad vienen a ser considerados como sistemas autoorganizadores y evolutivos, capaces de dar forma a la realidad y de garantizar el mantenimiento de su propia estructura. Es un enfoque psicopatológico con numerosas afinidades con la teoría del desarrollo y evolucionista.

Pero su interés se centra principalmente sobre el mantenimiento actual del trastorno: un sistema que se autoorganiza es independiente de las condiciones iniciales, interrumpir el proceso que lo mantiene exige conocer las dinámicas internas sobre las que se interviene más que el cómo se ha originado.

En su modelo de mantenimiento de los trastornos de la personalidad subrayan principalmente 3 elementos que se influyen mutuamente: los estados mentales problemáticos, las disfunciones metacognitivas y los ciclos interpersonales disfuncionales.

- Los estados mentales problemáticos

Sostienen que cada trastorno de la personalidad se caracteriza por un conjunto típico de estados mentales, inflexible a los cambios de los contextos. Las transiciones entre estados mentales siguen modalidades reconocibles.

Este enfoque está más cerca de la realidad clínica que de las descripciones del DSM, que según la opinión de los componentes del Terzo Centro, describe solamente la cara prevalente del trastorno, pero no describe otras facetas igualmente importantes.

Una parte importante del trabajo con pacientes con trastornos de la personalidad es por tanto la identificación de los principales estados problemáticos que sufre y los principales factores que propician el cambio de un estado mental a otro. Posteriormente se trabajarán habilidades de gestión de los distintos estados problemáticos.

En los modelos que han realizado de los distintos trastornos, especifican los principales estados problemáticos que caracterizan cada uno de los trastornos y los factores que facilitan las transiciones de un estado a otro.

- Las disfunciones metacognitivas

Otra de las hipótesis centrales de las que parten es que en los distintos trastornos de personalidad se hallan presentes perfiles distintos de disfunciones de metarrepresentación. Es importante aclarar que el término déficit no viene usado para designar un daño biológico irreversible, sino que se refiere a la estabilidad funcional de la carencia.

Las capacidades de metarrepresentación asumen un papel crucial porque su disfunción incide directa y negativamente en la construcción de la relación terapéutica y en el curso del mismo proceso terapéutico, debido a que dificultan las operaciones mentales necesarias para que las técnicas terapéuticas resulten eficaces.

Por tanto, en el tratamiento psicoterapéutico de los trastornos de personalidad se considera fundamental realizar una detección precoz de los déficits de metarrepresentación y se dedica una atención específica a la gestión de los déficits durante las sesiones y a la mejoría gradual de éstos como objetivo a medio-largo plazo.

En sus modelos de tratamiento especifican cuáles son los déficits metacognitivos que se han encontrado más frecuentemente en su práctica clínica para los distintos trastornos de la personalidad y el modo en que tales déficits contribuyen al mantenimiento del trastorno.

- Los ciclos interpersonales disfuncionales

Otra de las hipótesis principales de las que parten es que existen ciclos interpersonales disfuncionales típicos de los diversos trastornos de la personalidad, que conducen las relaciones en

direcciones previsibles, en las que ambos participantes sienten emociones que refuerzan las creencias sobre la relación y sobre sí mismo. Los ciclos interpersonales disfuncionales son un potente factor de mantenimiento de los trastornos.

Además, estos mismos ciclos interpersonales pueden presentarse en la relación terapéutica, y las dinámicas relacionales del paciente y del terapeuta serán tanto más preestablecidas cuanto más grave es el trastorno.

Así, otro de los objetivos fundamentales del tratamiento de los trastornos de la personalidad será identificar los principales ciclos interpersonales presentes en la vida del paciente y entender cómo estos ciclos interpersonales inciden en la confirmación de sus expectativas sobre los demás y de su sentido de sí mismo. También es fundamental la monitorización de la relación terapéutica, para evitar que la entrada en un ciclo interpersonal disfuncional pueda romper la alianza terapéutica y poner en peligro el entero proceso psicoterapéutico.

En síntesis, déficits de metarrepresentación, estados mentales problemáticos y ciclos interpersonales disfuncionales son componentes fundamentales en los trastornos de la personalidad, y se potencian recíprocamente en círculos viciosos de automantenimiento. El objetivo del tratamiento será romper estos circuitos y favorecer ciclos alternativos.

Pero en muchas ocasiones la interdependencia y la complejidad de los factores psicopatológicos hacen difícil decidir sobre cual de ellos es preciso concentrar la intervención en una determinada fase de la terapia. Para ayudar al afrontamiento de este problema, en sus modelos de mantenimiento de los trastornos de personalidad realizan una importante labor de jerarquización de tareas y objetivos.

5- ACTIVIDADES REALIZADAS DURANTE LA ESTANCIA

Durante mi estancia en el Terzo Centro he tenido la oportunidad de participar en diversas actividades, tanto en el ámbito clínico como de investigación.

He asistido a las sesiones diagnósticas con los pacientes principalmente como observadora, si bien se me ha permitido intervenir siempre que he querido. De hecho he ido interviniendo, y al final de

las sesiones, sobre todo de las primeras visitas, hemos dedicado un tiempo a reflexionar sobre el caso, las principales áreas problemáticas, las hipótesis diagnósticas, el manejo clínico, las intervenciones realizadas y posibles dificultades futuras.

En cuanto a las sesiones de docencia, no he podido asistir a ninguna debido a que he ido en verano, y la docencia se retoma a partir de septiembre-octubre.

Detalle a continuación las principales actividades que he realizado:

- Asistencia a reuniones organizativas del centro, que se realizan los lunes a las 14:00 horas.
- Asistencia a primeras visitas de pacientes: acompañando a uno de los socios fundadores. Yo las he ido realizando con Antonino Carcione, con Giancarlo Dimaggio y con Michele Procacci. Las primeras visitas se podían realizar cualquier día de lunes a viernes, generalmente solían ser por las tardes porque es un horario más compatible con el trabajo de los pacientes.
- Asistencia a visitas de evaluación psicométrica, en las que se aplican los protocolos SCID-II (2 horas de duración) e IVAM (1 hora y media de duración). Estas evaluaciones se realizaban de lunes a viernes, sea por las mañanas que por las tardes.
- Asistencia a sesiones de devolución de los resultados de la evaluación psicométrica.
- Asistencia a visitas dedicadas a evaluaciones psicométricas de seguimiento, de lunes a viernes, sea por las mañanas que por las tardes.
- Participación en sesiones de supervisión grupal del trabajo psicoterapéutico con los pacientes. Los miércoles por la mañana, dos horas de duración. Yo he asistido a las sesiones de supervisión impartidas por Antonio Semerari.
- Estudio del manual específico de administración y puntuación de la entrevista IVAM.
- Entrenamiento en la administración y corrección de la entrevista IVAM a través de la escucha de grabaciones de entrevistas diagnósticas y su posterior puntuación. Las puntuaciones que he realizado de las funciones metacognitivas de los pacientes de las entrevistas han sido posteriormente comparadas con las puntuaciones dadas por otros evaluadores expertos.
- Asistencia a reuniones informativas con Laura Conti y con Stefania d'Angerio, en las que me han explicado las principales líneas de investigación que están llevando a cabo, cómo las están enfocando, los resultados que están obteniendo, etc.
- Estudio del manual específico para el uso de la escala SVAM.

- Estudio del manual para el uso de la rejilla de los estados problemáticos.

No me fue permitido asistir a sesiones de tratamiento de pacientes. Las dificultades para asistir a estas sesiones tenían que ver con el ámbito privado en el que ejercen la práctica clínica (en este contexto los pacientes, que invierten muchos recursos económicos, exigen una mayor tutela de su intimidad), y también con las dificultades inherentes al mantenimiento de la relación terapéutica propias de los pacientes con trastornos de la personalidad. Por estos motivos, los componentes del Terzo Centro dan un peso muy importante al mantenimiento del setting terapéutico. De todos modos, si bien no pude asistir directamente a las sesiones, sí se me permitía tener acceso a las transcripciones integrales de las sesiones de tratamiento con pacientes.

6- APLICABILIDAD A MI CONTEXTO

El trabajo con las funciones metacognitivas del paciente se presupone como fundamental con pacientes graves o resistentes al tratamiento y muy importante con pacientes afectos de trastornos del eje I con rasgos disfuncionales de personalidad. Este trabajo permite mejorar el pronóstico de estos pacientes y optimizar recursos asistenciales, económicos y de tiempo.

Estas características se adaptan muy bien al trabajo en los servicios pertenecientes al sistema sanitario público, caracterizado por escasez de recursos y saturación de pacientes graves y/o resistentes al tratamiento.

Por otra parte, el desarrollo del trabajo con las funciones metacognitivas se ha realizado en el ámbito de las psicoterapias de corte cognitivo, caracterizadas entre otras cosas por un gran énfasis en la evaluación científica de la eficacia de sus intervenciones, adaptándose así al modelo de la medicina basada en la evidencia, cada vez más presente en el ámbito sanitario general.

7- EXPERIENCIA Y VALORACION PERSONAL

Elegí realizar mi rotación externa en el Terzo Centro por varios motivos: estaba buscando un centro en Italia en el que se trabajara a nivel clínico con orientaciones cercanas al cognitivismo y

que diera mucha importancia a la investigación en el ámbito de las psicoterapias. Además, la investigación cualitativa y los trastornos de la personalidad me interesaban especialmente.

Este centro cumplía todos los requisitos, pero inicialmente era reticente a realizar mi rotación externa en un centro privado.

Ahora que he finalizado, tengo que decir que valoro de manera muy positiva mi experiencia en el Terzo Centro. Me ha gustado descubrir cómo es posible en ámbito privado combinar trabajo clínico con la investigación, manteniendo unos altos estándares de calidad. Además, la acogida de los miembros ha sido calurosa y han mostrado una gran disponibilidad a hacerme partícipe de las actividades que realizan.

Por otra parte, las líneas de investigación que están llevando a cabo me parecen muy interesantes y la aportación original que plantean, la de estudiar en profundidad las distintas funciones metacognitivas, según mi opinión seguirá dando frutos, no sólo en el campo de los trastornos de la personalidad. Por otra parte, los modelos clínicos y las indicaciones de tratamiento que han desarrollado para estos trastornos me parecen muy útiles, completos, con sentido.

Reflexionando sobre lo que ha sido mi estancia en Roma, tengo la impresión de que ahora, habiendo acabado desde hace poco la rotación, no me doy cuenta plenamente de hasta qué punto ha sido enriquecedora para mí esta experiencia, a nivel de formación y a nivel personal.

Es una experiencia que, si bien comporta sacrificios a nivel económico y a veces también a nivel personal, vale la pena. La recomiendo de manera entusiasta.

8- BIBLIOGRAFIA

- (1)- T. Byram Karasu, A. Gelenberg, A. Merriam, P. Wang. *Guía clínica para el tratamiento del trastorno depresivo mayor*. 2ª edición. American Psychiatric Association. 2006.
- (2)- J. Yager, A. Andersen, M. Devlin, H. Egger, D. Herzog, J. Mitchell, P. Powers, A. Yates, K. Zerbe. *Guía clínica para el tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria*. 2ª edición. American Psychiatric Association. 2006
- (3)- A.T. Beck, A. Freeman. *Terapia Cognitiva de los trastornos de la personalidad*. 2ª edición. Paidós. 2005. Barcelona.
- (4)- G. Dimaggio, A. Semerari (2003): *I Disturbi di Personalità, Modelli e Trattamento*, Laterza, Roma
- (5)- A. Semerari, A. Carcione, G. Dimaggio, M. Falcone, G. Nicolo, M. Procacci, G. Alleva (2003): *How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its application*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10. 238-261
- (6)- A. Semerari, S. d'Angerio, R. Popolo, M. Cucchi, P. Ronchi, C. Maffei, G. Dimaggio, G. Nicoló, A. Carcione. *L'Intervista per la Valutazione della Metacognizione (IVaM): Descrizione dello Strumento*. *Cognitivismo Clinico*, volume 5, numero 2, dicembre 2008, pags 174-192
- (7)- A. Semerari (1999): *Psicoterapia Cognitiva del Paziente Grave*; Raffaello Cortina, Milano
- (8)- Cito algunos artículos publicados en distintas revistas:
- G. Dimaggio, A. Semerari (2001): *Psychopathological Narrative Forms*. *Journal of Constructivistic Psychology*. 14.
 - G. Dimaggio, A. Carcione, A. Semerari, M. Marraffa, M. Falcone, G. Nicolo, I. Pontati, M. Procacci (2001): *Modelos de mantenimiento de los trastornos de personalidad*. *Revista de Psicoterapia*, 45.
 - A. Semerari (2001): *La disfunción metacognitiva en el trastorno de personalidad borderline*. *Revista de Psicoterapia*, 45.
 - G. Dimaggio, A. Semerari, M. Falcone, G. Nicolo, A. Carcione, M. Procacci (2002): *Metacognition, states of mind, cognitive biases and interpersonal cycles: proposal for an integrated narcissism model*. *Journal of Psychotherapy Integration*, 12. n.4. 421-451
 - A. Semerari, A. Carcione, G. Dimaggio, M. Falcone, G. Nicolo, M. Procacci (2003): *Assessing Problematic States in patients' narratives: the grid of problematic states*. *Psychotherapy Research*, 13(3), 337-353
 - A. Semerari, A. Carcione, G. Dimaggio, M. Falcone, G. Nicolo, M. Procacci, G. Alleva (2003): *How to evaluate metacognitive functioning in psychotherapy? The metacognition assessment scale and its application*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10. 238-261
 - G. Dimaggio, A. Carcione, M. Petrilli, M. Procacci, A. Semerari, G. Nicolo (2005): *States of mind organization in personality disorders. Typical states and the triggering of inter-state shifts*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 346-369

- A. Carcione, G. Dimaggio, A. Semerari, G. Nicolo (2005): *States of mind and metacognitive malfunctionings are not the same in all personality disorders: A reply to Ryle*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 367-373
 - P.H. Lysaker, A. Carcione, G. Dimaggio, J.K. Johannesen, G. Nicolo, M. Procacci, A. Semerari (2005). *Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: Associations with insight, neurocognitive, symptom and function*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(I), 64-71
 - A. Semerari, A. Carcione, G. Dimaggio, G. Nicolo, R. Pedone, M. Procacci (2005) *Metarepresentative functions in borderline personality disorders*. *Journal of Personality Disorders*.
 - G. Dimaggio, G. Nicolo, R. Popolo, A. Semerari, A. Carcione (2006). *Self-regulatory dysfunctions in personality disorders: the role of poor self-monitoring and mindreading*. *Applied Psychology: An international Review*.
 - A. Semerari, A. Carcione, G. Dimaggio, G. Nicolo, M. Procacci (2007): *Understanding minds, different functions and different disorders? The contribution of psychotherapeutic research*. *Psychotherapy Research*, 17(1), 106-119
 - G. Dimaggio, A. Semerari, A. Carcione, G. Nicolo, M. Procacci (2006): *Toward a model of self pathology unerlying personality disorders: narratives, metarrepresentation, interpersonal cycles and decision-making processes*. *Journal of Personality Disorders*. 20(6):597-617
 - Lysaker P.H., Dimaggio G., Buck K.D., Carcione A., Nicoló G.. *Metacognition within narratives of schizophrenia: Association with multiple domains of neurocognition*. *Schizophrenia Research* 91.2007
- (9)- A. Semerari, A. Carcione, G. Dimaggio, M. Falcone, G. Nicolo, M. Procacci (2003): *Assessing Problematic States in patients' narratives: the grid of problematic states*. *Psychotherapy Research*, 13(3), 337-353
- (10)- G. Dimaggio, A. Carcione, M. Petrilli, M. Procacci, A. Semerari, G. Nicolo (2005): *States of mind organization in personality disorders. Typical states and the triggering of inter-state shifts*. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 346-369

9- BIBLIOGRAFIA ESENCIAL EN CASTELLANO

- A. Semerari. *Psicoterapia cognitiva del paciente grave. Metacognición y relación terapéutica*. Desclée de Brower. 2002. Bilbao.
- A. Semerari, G. Dimaggio. *Los trastornos de la personalidad. Modelos y Tratamiento*. Desclée de Brower. 2008. Bilbao.

BIBLIOGRAFIA EN ITALIANO

- A. Semerari, S. d'Angerio, R. Popolo, M. Cucchi, P. Ronchi, C. Maffei, G. Dimaggio, G. Nicoló, A. Carcione. *L'Intervista per la Valutazione della Metacognizione (IVaM): Descrizione dello Strumento*. *Cognitivismo Clinico*, volume 5, numero 2, dicembre 2008, pags 174-192

- A. Semerari (1999): *Psicoterapia Cognitiva del Paziente Grave*; Raffaello Cortina, Milano (Trad. española 2002 Desclee de Brower)

- A. Semerari (2000): *Storia, Teorie e Tecniche della Psicoterapia Cognitiva*. Laterza, Roma, Bari (Trad. española 2002 Paidós)

- G. Dimaggio, A. Semerari (2003): *I Disturbi di Personalità, Modelli e Trattamento*, Laterza, Roma (Trad. Española 2008 Desclee de Brower)

- Carcione A., Dimaggio G., Falcone M., Nicoló G., Procacci M., Semerari A. *Manuale per l'Utilizzazione della Griglia degli Stati Problematici. Versione 2.0 del Febbraio 2003* (no publicado)

- Carcione A., Dimaggio G., Conti L., Nicoló G., Semerari A. *Scala di Valutazione della Metacognizione. Manuale per la Siglatura V 4.0* (no publicado)

- *Intervista per la Valutazione della Funzione Metacognitiva (I.Va.M.). Manuale di Somministrazione e Atribuzione dei Punteggi* (no publicado)

www.terzocentro.it

AGRADECIMIENTOS

- A ANPIR, por la confianza depositada en este proyecto
- A Antonio Semerari, Antonino Carcione, Giancarlo Dimaggio, Michele Procacci, Laura Conti, y a los demás componentes y colaboradores del Terzo Centro, por la acogida y disponibilidad
- A mi tutor de residencia y a mis supervisores/as en las distintas rotaciones
- A Francesco, Caterina y Beatrice

ANEXO I

LA REJILLA PARA LA VALORACIÓN DE LOS ESTADOS PROBLEMÁTICOS *

POLO NEGATIVO DEL CONSTRUCTO	EPISODIOS NARRATIVOS								POLO POSITIVO DEL CONSTRUCTO
	1	2	3	4	5	6	7	8	
Cuidado o ayuda no recibida									Cuidado o ayuda recibida
Cuidado a ayuda negada									Cuidado o ayuda prestada
Desconfianza									Confianza
Fracaso									Éxito
Rechazo, exclusión									Aceptación, pertenencia
Amenaza, Peligro									Seguridad, acogida
Degrado, desorden									Armonía, orden
Injusticia o daño injusto propiciado									Ventaja propiciada
Abandono, soledad, perdida									Presencia, cercanía
Perdida de control									Padronanza, fortaleza
Dejarse llevar									Autorregulación positiva
Muerte									Vida
Desventaja, injusticia recibida									Ventaja justa recibida
Juicio negativo recibido o previsto									Juicio positivo recibido o previsto
Autoestima negativa									Autoestima positiva
Constricción									Libertad
Trasgresión									Conformidad a la norma
Competición, confrontación negativa									Competición, confrontación positiva
Autoeficacia negativa									Autoeficacia positiva
Miedo, ansiedad									Tranquilidad, seguridad
Tristeza, depresión									Alegría, entusiasmo
Rechazo sexual									Atracción Sexual
Disgusto, antipatía, repulsión									Simpatía atracción
Indiferencia, frialdad									Pena, ternura
Desprecio									Admiración
Vergüenza, embarazo									Sentirse a gusto
Culpa									Autoaceptación, sentimiento de derecho
Rabia									Serenidad
Vacío, aburrimiento									Interés, curiosidad, entusiasmo
Falta de sentimiento de cohesión									Cohesión
Abulia, astenia, debilidad									Vigor
Activación vegetativa y agitación motora									Padronanza y control motorio

*Publicado con la autorización del Terzo Centro

ANEXO II

ESCALA PARA LA VALORACIÓN DE LA METACOGNICIÓN (SVAM) *

AUTORREFLEXIVIDAD	COMPRESION DE LA MENTE AJENA	MASTERY
<p>MONITORIZACION</p> <p>Identificación de los propios estados internos (emociones y cogniciones) Relaciones de causalidad con variables internas o externas</p>	<p>MONITORIZACION</p> <p>Identificación de los estados internos ajenos (emociones y cogniciones) Relaciones de causalidad con variables internas o externas</p>	<p>ESTRATEGIAS DE PRIMER NIVEL</p> <p>Acciones sobre el estado del organismo, coordinación interpersonal</p>
<p>DIFERENCIACION</p> <p>Reconocimiento de la naturaleza representacional del pensamiento, distinción entre realidad interna y externa</p>	<p>DIFERENCIACION</p> <p>Reconocimiento de la naturaleza hipotética del estado mental ajeno</p>	<p>ESTRATEGIAS DE SEGUNDO NIVEL</p> <p>Regulación autónoma de la disposición mental</p>
<p>INTEGRACION</p> <p>Construcción de narraciones coherentes para describir el propio estado mental a través de la evolución o integración entre estados diferentes</p>	<p>INTEGRACION</p> <p>Construcción de narraciones coherentes para describir el estado mental ajeno a través de la evolución o integración entre estados diferentes</p>	<p>ESTRATEGIAS DE TERCER NIVEL</p> <p>Uso de los conocimientos para la resolución de los problemas intrapsíquicos e interpersonales, criticando las propias creencias y aceptando los límites en el dominio de los acontecimientos</p>
	<p>DESCENTRAMIENTO</p> <p>Perspectiva desde la que se ejercita la lectura de los estados mentales ajenos</p>	

* Publicado con la autorización del Terzo Centro