

La Terapia Metacognitiva Interpersonal en Grupo para Adolescentes con Trastornos de la Personalidad: Descripción e Ilustración Clínica del Tratamiento

Interpersonal Metacognitive Therapy in Group Format for Adolescents with Personality Disorders: Description and Clinical Illustration of the Treatment

Félix Inchausti ^{1,2}, Nancy V. García-Poveda ³ y Giancarlo Dimaggio ⁴.

¹ Red de Salud Mental de Álava, Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.

² Instituto de Investigación Sanitaria Bioaraba. Vitoria-Gasteiz, España

³ Servicio Riojano de Salud, Logroño, España

⁴ Centro di Terapia Metacognitiva Interpersonale, Roma, Italia

Resumen

Un número cada vez mayor de jóvenes que acuden a las consultas de salud mental infanto-juvenil presentan una sintomatología compatible con un trastorno de la personalidad (TP) emergente. Si bien en la adolescencia este tipo de diagnósticos no está exento de retos y controversias, su identificación e intervención tempranas resultan cruciales para prevenir la devastadora progresión de los síntomas, reducir la duración del trastorno no-tratado y apoyar la recuperación, desarrollo y calidad de vida ulterior de estos jóvenes. El propósito principal de este trabajo es presentar una propuesta de tratamiento grupal desarrollada para todo el espectro de TPs en la adolescencia: la terapia metacognitiva interpersonal en grupo para adolescentes (MIT-GA). MIT-GA es una psicoterapia interpersonal marcadamente experiencial dirigida a promover las habilidades metacognitivas y mejorar los síntomas y problemas interpersonales comunes en jóvenes con TPs. Con tal objetivo, en primer lugar se describen los fundamentos principales del tratamiento, su estructura general y el contenido de las sesiones. A continuación, se ilustra la metodología de trabajo a través del caso de Nora, una adolescente de 16 años con un TP dependiente. Para calibrar el impacto de la terapia, se presentan resultados cuantitativos y cualitativos antes y después del tratamiento, así como a los 6 meses tras su finalización, a nivel de síntomas y funcionamiento interpersonal y general. A modo de conclusiones, se esbozan algunas reflexiones sobre el trabajo con TPs, las ventajas y dificultades de MIT-GA y se apuntan varias líneas de investigación futuras para mejorar el tratamiento y pronóstico de estas patologías en población adolescente.

Palabras clave: trastorno de personalidad; adolescencia; psicoterapia grupal; metacognición; terapia metacognitiva interpersonal.

Abstract

An increasing number of adolescents attending child and adolescent mental health services exhibit symptoms compatible with an emerging personality disorder (PD). Although such diagnoses in adolescence are not without challenges and controversies, early identification and intervention are crucial to prevent the devastating progression of symptoms, reduce the duration of untreated disorder, and support the subsequent recovery, development, and quality of life of these young individuals. The main purpose of this work is to present a group treatment protocol developed for the entire spectrum of PDs in adolescence: the Metacognitive Interpersonal group Therapy for adolescents (MIT-GA). MIT-GA is an interpersonal and markedly experiential psychotherapy aimed at promoting metacognitive skills, and improving symptoms and interpersonal problems common in young people with an emerging PD. To this end, the main foundations of the treatment, its general structure, and session content are first described. Next, the working methodology is illustrated through the case of Nora, a 16-year-old adolescent with a dependent PD. To gauge the therapy impact, quantitative and qualitative results before and after the treatment, as well as 6 months after its completion, are presented, focusing on symptoms and interpersonal and general functioning. In conclusion, some reflections on working with PDs, the advantages and difficulties of MIT-GA, and several future research lines to improve the treatment and prognosis of these pathologies in the adolescent population are outlined.

Keywords: personality disorder; adolescence; group psychotherapy; metacognition; metacognitive interpersonal therapy.

Un número cada vez mayor de jóvenes que acuden a las consultas de salud mental infanto-juvenil presentan una sintomatología compatible con un trastorno de la personalidad (TP) emergente. Si bien su diagnóstico en la adolescencia no está exento de retos y controversias (Hutsebaut et al., 2023), la identificación e intervención tempranas de estos problemas son cruciales para prevenir la devastadora progresión de los síntomas, reducir la duración del trastorno no-tratado y apoyar la recuperación, desarrollo y calidad de vida ulterior de estos jóvenes, tal y como ya se ha demostrado en psicosis (McGorry et al., 2022). Sin embargo, el diagnóstico de un TP en este periodo es infrecuente, lo que provoca que dispongamos todavía de pocos datos sobre su prevalencia, pronóstico y alternativas de tratamiento con apoyo empírico (Chanen et al., 2022). Aunque la quinta edición, texto revisado, del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR) desaconseja el uso de diagnósticos de TPs antes de los 18 años, también reconoce que su inicio puede rastrearse en la adolescencia o adultez temprana (APA, 2023). Los datos recopilados hasta la fecha ponen de manifiesto que los TPs pueden detectarse con fiabilidad y validez entre los 12-14 años de edad (Bach et al., 2020; Hamlat, Young y Hankin, 2020).

En el caso de los tratamientos para los TPs en la adolescencia, los hallazgos son igualmente limitados, con algunos datos principalmente para el TP límite (TLP). En un ensayo clínico pionero, Chanen et al. (2008) compararon la terapia cognitivo-analítica (CAT) con un cuidado clínico manualizado. Ambas intervenciones ayudaron a reducir la psicopatología externalizante en los adolescentes, pero no hubo diferencias clínicamente significativas entre los grupos. Se observaron, además, altas tasas de abandono y patología persistente.

Beck et al. (2020) compararon un tratamiento grupal basado en la mentalización (MBT-G) con el tratamiento habitual (TAU) para mujeres adolescentes con TLP. Ambos grupos mostraron mejoras, con algunas diferencias a favor de MBT-G. Sin embargo, solo el 29% logró la remisión diagnóstica y, en un seguimiento a dos años, las

diferencias entre los grupos no fueron clínicamente significativas, con tasas de remisión modestas (Jørgensen et al., 2021). Schmeck et al. (2023) compararon el tratamiento para la identidad del adolescente (AIT) y la terapia dialéctica conductual para adolescentes (DBT-A). Ambos tratamientos obtuvieron mejoras similares, con un 70% de remisión clínica entre aquellos que completaron los tratamientos. Sin embargo, las altas tasas de abandono y el mantenimiento de los síntomas ponen de manifiesto el gran desafío que supone validar intervenciones psicoterapéuticas en este segmento de la población.

Más allá del TLP, los datos son aún más escasos. Bo, Bateman y Kongerslev (2019) obtuvieron resultados prometedores con MBT en individual y grupo en una serie de casos con adolescentes con TP evitativo. Estos autores encontraron altas tasas de remisión diagnóstica, así como mejoras en la actividad social y funcionamiento con sus iguales en todos los participantes del estudio. El propósito principal de este trabajo es presentar una propuesta de tratamiento grupal desarrollada para todo el espectro de TPs en adolescentes: la Terapia Metacognitiva Interpersonal en grupo para adolescentes (MIT-GA). Con tal objetivo, en primer lugar se describen los fundamentos principales del tratamiento, su estructura general y el contenido de las sesiones. A continuación, se ilustra la metodología de trabajo a través del caso de Nora, una adolescente de 16 años con un TP dependiente. Para calibrar el impacto del tratamiento, se presentan resultados cuantitativos y cualitativos antes y después de la terapia, así como a los 6 meses, a nivel de síntomas y funcionamiento interpersonal y general. A modo de conclusiones, se esbozan algunas reflexiones sobre el trabajo con TPs, las ventajas y dificultades de MIT-GA y se apuntan varias líneas de investigación futuras para mejorar el tratamiento y pronóstico de estas patologías en población adolescente.

La Terapia Interpersonal Metacognitiva en Grupo para Adolescentes

MIT-GA surge como una extensión de la Terapia Metacognitiva Interpersonal (MIT; Dimaggio et al., 2007; 2015; 2020) para el tratamiento grupal de todo el espectro de TPs en la adolescencia. Sus objetivos principales son promover un mayor sentido de agencia, mejorar el funcionamiento relacional y aliviar los síntomas crónicos. Las dianas terapéuticas de MIT se alinean con recientes propuestas transteóricas para el abordaje de los TPs (Kramer, Levy y McMain, 2024):

La mejora de las habilidades de afrontamiento y regulación emocional y comportamental. En los TPs, las capacidades de autorregulación y afrontamiento adaptativo se encuentran alteradas, sucediéndose episodios de intensa inhibición o desinhibición emocional y comportamientos impulsivos o auto/heterodestructivos, incluidas las autolesiones y los intentos de suicidio.

La mejora de la capacidad metacognitiva; es decir, para reflexionar en términos de estados mentales y emplear este conocimiento para resolver problemas y desafíos personales y sociales significativos de forma eficaz. En los TPs, esta capacidad se encuentra muy limitada, lo que se traduce en serias dificultades para comprender el mundo interno (p.ej., identificar las emociones propias o la relación entre cogniciones, emociones y estilos de respuesta) y externo (p.ej., identificar emociones o atribuir intenciones en los comportamientos en los demás).

El cambio en los esquemas interpersonales; es decir, en los sistemas cognitivo-afectivos internalizados y corporizados que guían los deseos, expectativas y comportamientos sociales. Con frecuencia, la identidad o autoimagen de las personas con TPs está pobemente desarrollada o es inestable y sus atribuciones sobre la intencionalidad de los actos de los demás son extremadamente rígidas, negativas o catastróficas. En MIT, se anima a los participantes a reflexionar sobre sus esquemas interpersonales disfuncionales para ayudarles a

desplegar perspectivas más ricas y flexibles sobre sí mismos y los demás en el contexto de interacciones cercanas «reales». El objetivo último es que consigan una vida social más adaptativa y, en definitiva, una vida que mereza más la pena ser vivida.

El análisis compartido de episodios interpersonales constituye el sustrato principal de las sesiones. En línea con otras psicoterapias de orientación metacognitiva (Inchausti et al., 2018; Ottavi et al., 2014), se estimula a los participantes a que consideren las conexiones psicológicas entre sus comportamientos problemáticos y desencadenantes externos, pensamientos, sentimientos y sensaciones corporales. Estos procedimientos están diseñados para facilitar el insight cognitivo y emocional, así como para identificar cómo los hechos externos actúan como meros desencadenantes de ciclos internalizados de reacción pensamiento-afecto-cuerpo que precipitan comportamientos desadaptativos (Dimaggio et al., 2015; 2020). Las versiones manualizadas de MIT en individual y en grupo (MIT-G) incorporaron después procedimientos para tratar a pacientes con desregulación emocional (Salvatore et al., 2016; Inchausti et al., 2020) y psicosis temprana (Inchausti et al., 2023), lo que mejora su coste-efectividad.

La adaptación grupal para adolescentes (MIT-GA; Inchausti et al., 2022) deriva del protocolo grupal original para adultos (Dimaggio et al., 2020; Popolo et al., 2018; 2019). El formato grupal implica una experiencia interpersonal fundamental para obtener cambios, especialmente en jóvenes con una marcada inhibición o ansiedad social (Coplan et al., 2018). MIT-GA asume, además, una aproximación evolutiva de la psicopatología (Hayden y Mash, 2014), prestando gran atención a la crisis de identidad típica de la adolescencia y los conflictos padres vs. iguales en esta etapa del desarrollo. Como señaló Erikson (1950), entre los 12 y 18 años, los adolescentes se enfrentan a la crisis de identidad vs. confusión de roles. Este periodo del ciclo vital implica el desarrollo de la propia identidad y la comprensión del sentido de uno mismo, incluida la identidad de género, la orientación sexual, las inclinaciones políticas o

las creencias religiosas. Durante esta fase, muchos adolescentes comienzan a cuestionar lo que sus padres les enseñaron, lo que conlleva desafíos en la relación padres-hijos mientras el adolescente desarrolla un sentido de autonomía. Este conflicto, por lo tanto, se explora en detalle durante la terapia, tanto en el trabajo con los adolescentes como con los padres o cuidadores.

En segundo lugar, MIT-GA hace un uso importante de la tecnología para mejorar su implementación y difusión. Específicamente, se utilizan materiales audiovisuales atractivos (escenas de películas y series actuales), así como aplicaciones para smartphones y tabletas dirigidos tanto a potenciar la adherencia al tratamiento como su aplicabilidad en el mundo real (Jones et al., 2014). Por último, la supervisión clínica y el apoyo de pares frecuente —con sesiones quincenales— se consideró esencial para mejorar la fidelidad del tratamiento y el bienestar de los terapeutas (Funderburk et al., 2008).

Estructura del Tratamiento

La estructura general del tratamiento con MIT-GA incluye:

Dos sesiones individuales, al menos, dirigidas a establecer una óptima alianza terapéutica con los facilitadores del grupo, evaluar y mejorar la motivación para el cambio, recopilar material para la formulación preliminar de los esquemas interpersonales desadaptativos dominantes y mejorar las estrategias de regulación y modulación afectiva, especialmente en aquellos adolescentes con impulsividad y desregulación emocional severa. Aunque puede variar, conseguir estos objetivos puede requerir entre 5 y 10 sesiones individuales.

Dos sesiones grupales psicoeducativas que introducen los principios del tratamiento.

Diecisésis sesiones grupales semanales con los adolescentes.

Cinco sesiones grupales adicionales para los padres o cuidadores del adolescente. Estas sesiones se programan concurrentemente con las de los jóvenes. Los objetivos generales del trabajo con los padres o cuidadores son:

Mejorar su comprensión de los problemas contemporáneos comunes en la adolescencia y adquirir herramientas emocionales y conductuales útiles para manejar conflictos (p.ej., planificar actividades diarias positivas, mejorar la capacidad para la puesta de límites o la selección y uso de estrategias de crianza efectivas, etc.).

Mejorar la conciencia de sus propios estados mentales (pensamientos, sentimientos, deseos, intenciones, sensaciones corporales, etc.), sobre todo en la relación con sus hijos.

Identificar y entender sus propios esquemas o patrones desadaptativos y su posible influencia en la relación con sus hijos.

Mejorar la comunicación y el comportamiento con sus hijos.

Reconocer y promover la importancia del autocuidado parental.

A lo largo de estas cinco sesiones, es importante enfatizar los aspectos saludables de los padres, desarrollando una mayor conciencia de sus esquemas desadaptativos junto con representaciones positivas de sí mismos y los demás. Asimismo, debe recordarse constantemente la omnipresencia de impulsos y deseos sociales positivos y comprensibles en los seres humanos.

Estructura de las Sesiones

Como en la estructura original de MIT-G (Popolo et al., 2018), las 16 sesiones grupales tienen una duración aproximada de 120 minutos. Las sesiones individuales duran 45-60 minutos y se distribuyen de la siguiente forma: dos o más sesiones antes de comenzar el grupo (cuyos objetivos se escribieron anteriormente), una sesión en mitad de la terapia grupal, y una última después de completar el programa. En general, la sesión intermedia permite discutir los posibles problemas del grupo y, si es necesario, reparar rupturas en la alianza. La última sesión aborda cómo el paciente ha experimentado el grupo, resume los problemas identificados y las estrategias aprendidas, considera la utilidad del grupo en la vida cotidiana e identifica los objetivos del tratamiento que faltan por conseguir. También incluye una carta de

reformulación para sostener y promover más cambios (Dimaggio et al., 2015).

MIT sostiene que los seres humanos estamos impulsados para buscar y satisfacer diversos deseos interpersonales primarios seleccionados evolutivamente, como los deseos de valoración social, apego, exploración o pertenencia a un grupo (Dimaggio et al., 2015, 2020). Los siete

sistemas de motivación social y el orden en que se presentan en MIT-G se describen en la tabla 1. Cada deseo interpersonal se trabaja grupalmente en 2 o 3 sesiones. La figura 1 esboza la estructura general de las sesiones grupales con dos partes bien definidas: una primera de psicoeducación y autorreflexión, y otra posterior más experiencial de juego de roles y crecimiento metacognitivo.

Tabla 1.
Sistemas de motivación social de MIT-GA.

Deseo	Objetivo principal	Foco interpersonal
Valoración social	Obtener aprobación, reconocimiento y sensación de capacidad personal.	“Mi familia y entorno”
Filiación	Sentirse parte de la comunidad y afiliado a un grupo.	“Mis amigos”
Apego	Obtener seguridad, confianza y autoestima de personas importantes (padres o cuidadores).	“Mi familia”
Cuidado	Protección y cuidado de aquellos que nos necesitan y amamos.	“Mi familia, amigos y pareja”
Exploración	Aprender sobre lo que nos rodea y lograr autonomía.	“Mi familia y entorno”
Sexualidad	Búsqueda de placer, emparejamiento y descendencia.	“Mi pareja”
Cooperación	Conseguir objetivos comunes a través del trabajo cooperativo.	“Mi equipo”

En el primer bloque de psicoeducación y autorreflexión, los terapeutas presentan de manera sencilla el sistema motivacional a trabajar evitando al máximo utilizar jerga psicológica. A continuación, se exhiben diferentes escenas tomadas de películas o series actuales que ilustren situaciones donde el comportamiento de los actores está impulsado por la motivación social específica que se va a trabajar. Esto permite a los terapeutas describir disparadores, experiencias subjetivas y problemas habituales de cada deseo interpersonal.

Tras la psicoeducación, los terapeutas deben pedir a los participantes que recuerden, escriban y analicen un episodio interpersonal autobiográfico específico donde crean que sus acciones han estado impulsadas por ese sistema (autorreflexión). A continuación, en el segundo bloque experiencial, los terapeutas seleccionan una situación para ser representada mediante juego de roles. A lo largo del programa, todos los participantes deben representar al menos un recuerdo autobiográfico interpersonal. La formulación individual de cada caso orientará a los terapeutas sobre la idoneidad de llevar a cabo un juego de roles con uno u otro deseo interpersonal. Cada escena representada debe,

asimismo, repetirse con el participante intercambiando sus papeles, actuando primero en primera persona y después en el papel de la otra persona involucrada en el episodio. En la discusión grupal subsiguiente, se pide al protagonista y a los demás miembros del grupo que razonen sobre los estados mentales que podrían haber experimentado los participantes, identificando las señales verbales y no verbales que subyacen a cada posición.

En la segunda sesión de trabajo con el motivo, los terapeutas deben pedir a los participantes que durante la representación intenten una nueva estrategia de resolución del problema basada en los propios estados mentales que han experimentado en ese momento y los que atribuyen a los demás (crecimiento metacognitivo). Por lo tanto, la segunda sesión (y tercera en el caso del sistema cooperativo), se centra en usar la información metacognitiva para alcanzar los propios objetivos, resolver el conflicto y encontrar o promover relaciones más satisfactorias y adaptativas (Semerari et al., 2003).

Figura 1.

Estructura de una sesión en MIT-GA.

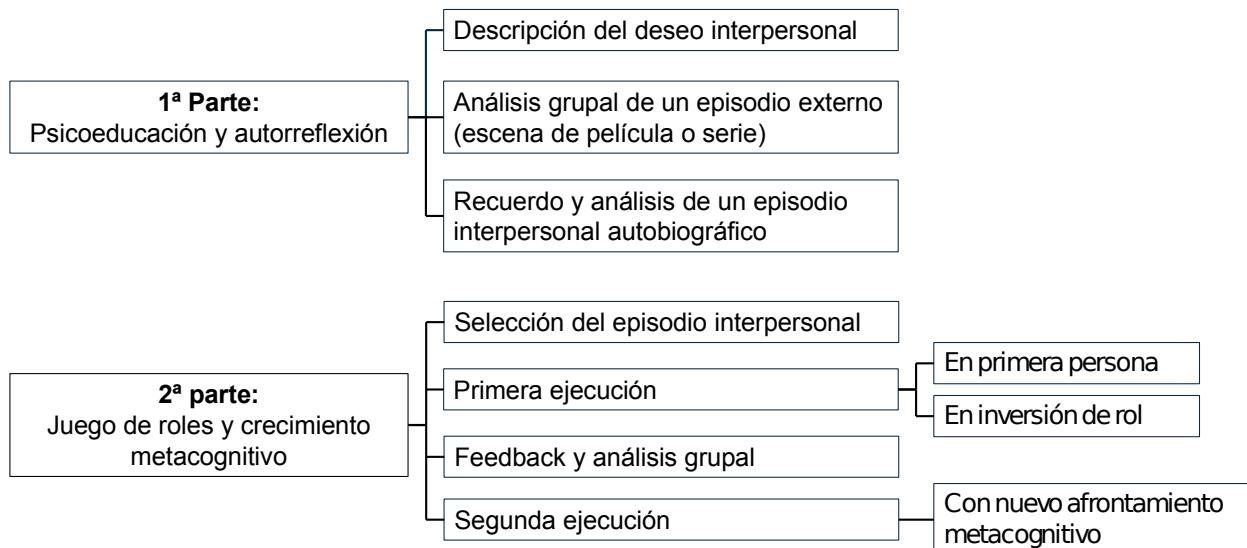


Ilustración Clínica: el Caso de Nora

Nora es una mujer que cuando consulta por primera vez en la unidad de salud mental infantoyjuvenil (USMIJ) tiene 16 años. Acude derivada desde el servicio de urgencias de su hospital de referencia tras un intento grave de suicidio mediante sobreingesta medicamentosa (30 comprimidos de diazepam 2,5mg). En el momento de la valoración inicial, reside con su madre y una hermana cuatro años mayor que ella. Sus padres están separados desde que Nora tiene 4 años. No presenta antecedentes personales médicos de interés. Existe un consumo problemático de alcohol desde los 14 años, con episodios de sobreingesta de alcohol hasta la embriaguez en contextos lúdicos. También existe un consumo ocasional de cannabis desde los 15 años tanto en contextos lúdicos como sola en su casa por la noche ("para dormir y desconectar de todo"). Refiere que el último consumo fue hace 2 meses. En una ocasión reconoce haber probado la cocaína, pero niega consumos posteriores o en la actualidad. Antes del intento de suicidio, Nora acudía a un psicólogo de los servicios sociales municipales. A este recurso llegó después de ser derivada por los servicios de protección a la infancia al existir antecedentes de violencia de género y malos tratos por parte del padre, con quien mantiene vistas semanales supervisadas. Nora refiere que estas visitas no la hacen sentirse bien, pero no se

ve capaz de suspenderlas. La madre y hermana también han recibido asistencia psicológica en el mismo servicio municipal de violencia de género.

A nivel académico, Nora ha presentado un rendimiento académico aceptable hasta 3º de la ESO, cuando cambia de amistades, inicia el consumo de tóxicos y comienza a faltar a clase. Actualmente estudia 4º de la ESO con un rendimiento pobre por lo que recibe apoyos desde el equipo de orientación escolar. Ha trabajado ocasionalmente como camarera los fines de semana para conseguir algo de dinero para sus gastos. Desde hace unos meses mantiene una relación sentimental con un chico 4 años mayor que ella. Describe la relación como "tóxica" e "intermitente" y es consciente de que es uno de los focos principales de su inestabilidad emocional actual, pero se muestra ambivalente con la relación. Desde los 14 años refiere haber mantenido diferentes relaciones con chicos sin permanecer nunca más de un mes sin pareja.

Formulación del caso

La exploración clínica se realizó con apoyo de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del DSM-IV (SCID-II; First et al., 1999) y la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI (Lecrubier et al., 1997). Nora cumplió todos los criterios diagnósticos para el TP dependiente, 5 criterios

para el TP límite, 3 criterios para el TP antisocial, 2 criterios para el TP evitativo y 2 criterios para el TP paranoide. La tabla 2 presenta el perfil completo de rasgos disfuncionales de la personalidad identificados en Nora.

Tabla 2.

Perfil de personalidad de Nora, según los criterios categoriales DSM-5-TR.

Perfil de personalidad	
TP Dependiente	<ul style="list-style-type: none"> 1 Le cuesta tomar decisiones cotidianas sin el consejo y la reafirmación excesiva de otras personas. 2 Necesita a los demás para asumir responsabilidades en la mayoría de los ámbitos importantes de su vida. 3 Tiene dificultad para expresar el desacuerdo con los demás por miedo a perder su apoyo o aprobación. 4 Tiene dificultad para iniciar proyectos o hacer cosas por sí misma (debido a la falta de confianza en el propio juicio o capacidad y no por falta de motivación o energía). 5 Va demasiado lejos para obtener la aceptación y apoyo de los demás, hasta el punto de hacer voluntariamente cosas que le desagradan. 6 Se siente incómoda o indefensa cuando está sola por miedo exagerado a ser incapaz de cuidarse a sí misma. 7 Cuando termina una relación estrecha, busca con urgencia otra relación para que la cuiden y apoyen. 8 Siente una preocupación no realista por miedo a que la abandonen y tenga que cuidar de sí misma.
TP Límite	<ul style="list-style-type: none"> 1 Esfuerzos desesperados para evitar el abandono real o imaginado. 2 Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo 3 Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas. 4 Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días). 5 Sensación crónica de vacío.
TP Antisocial	<ul style="list-style-type: none"> 1 Impulsividad o fracaso para planificar con antelación. 2 Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás. 3 Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento académico coherente o cumplir con sus obligaciones.
TP Evitativo	<ul style="list-style-type: none"> 1 Le preocupa ser criticado o rechazado en situaciones sociales. 2 Se ve a sí mismo como socialmente inepto, con poco atractivo personal o inferior a los demás.
TP Paranoide	<ul style="list-style-type: none"> 1 Preocupación con dudas injustificadas acerca de la lealtad o confianza de los amigos o colegas. 2 Poca disposición a confiar en los demás debido al miedo injustificado a que la información se utilice maliciosamente en su contra.

En la entrevista de Evaluación Clínica del Nivel de Funcionamiento de la Personalidad del DSM-5 (CALF; Thylstrup et al., 2016), Nora obtiene una puntuación de 3 (“afectación severa”) en 4 de los 8 criterios diagnósticos del

TP dependiente. Asimismo, las puntuaciones en el Inventory de Personalidad del DSM-5 para niños de 11 a 17 años (PID-5-BF-Niños; Torres-Soto et al., 2019) son igualmente elevadas para Afectividad negativa y Desapego.

Su puntuación basal en la Escala de Evaluación Global para Niños (CGAS) fue de 31, lo que indica un deterioro severo en el funcionamiento general. Nora también cumple criterios diagnósticos para un trastorno depresivo mayor y un abuso de sustancias (alcohol y cannabinoides).

Curso del tratamiento

Una vez que se completó la evaluación, se establecieron los diagnósticos y se discutieron las alternativas disponibles de tratamiento, Nora y su madre aceptaron participar en el ensayo clínico en curso con MIT-GA (ISRCTN64626533). En las primeras sesiones individuales, Nora fue capaz de abrirse lentamente con el terapeuta. Dijo sentirse muy deprimida, con un miedo intenso a estar sola, fracasar en sus estudios y defraudar a su familia. Tal y como indicaron sus puntuaciones en el Test de los 90 Síntomas-Revisado (SCL-90-R; Derogatis, 2002) y el Inventory de Depresión de Beck para jóvenes (BYI-2; Beck et al., 2017), Nora presentaba altos niveles de depresión (apatía, tristeza, sentimientos de vacío y anhedonia), somatización (con quejas de pseudocrisis epilépticas), ansiedad (inquietud psicomotriz e insomnio) y sensibilidad interpersonal (miedo al rechazo o abandono). También refirió grandes dificultades para expresar sus deseos y necesidades, actuar de manera asertiva y pedir ayuda, tal y como corroboraron sus puntuaciones en el Inventory de Problemas Interpersonales-64 (IIP-64; Salazar et al., 2010).

Nora informó de una gran confusión sobre la validez y justificación de sus propios sentimientos y experiencias subjetivas. Carecía de objetivos vitales relevantes y presentaba un pobre sentido de agencia. A nivel interpersonal, las señales de enfado o malestar de personas significativas de su entorno —ya fueran reales o malinterpretadas— activaban sentimientos de intenso miedo al rechazo o abandono, que eran seguidos por conductas de sumisión (ceder completamente a las peticiones o deseos del otro para evitar la crítica o el rechazo) o autosacrificio (para no sentirse egoísta o culpable). Estas conductas paralelamente alimentaban sentimientos de vacío y de escasa comprensión

por parte del entorno, así como problemas de agencia, autocrítica y autolesión (en forma de abuso de sustancias, cortes en los brazos o tentativas de suicido).

El esquema que parecía guiar el comportamiento social de Nora era su deseo de mantener relaciones íntimas (deseos de cuidado y apego), pero, al mismo tiempo, un miedo intenso a ser rechazada. Esto la llevaba a temer ser abandonada si expresaba sus necesidades o deseos. Consiguientemente, este esquema la empujaba a comportamientos de sumisión, autosacrificio y búsqueda de reconocimiento. La tendencia hacia los demás y la negación de sus propias necesidades y deseos para evitar el rechazo o soledad (interpretada como catastrófica), le permitían escapar de su angustia y obtener una sensación de control, seguridad y autoestima a corto plazo. Sin embargo, a largo plazo, este patrón incrementaba su sensación de inferioridad, inadecuación, vergüenza e incapacidad. Cuando la angustia era intensa, aparecían pseudocrisis epilépticas —por las cuales había acudido a Urgencias en varias ocasiones descartándose una actividad patológica cerebral. Cuando los sentimientos de inferioridad y vergüenza aumentaban, especialmente en situaciones de conflicto, aparecía el consumo abusivo de alcohol o cannabis, que disparaba los deseos de muerte y las tentativas suicidas.

Esta formulación fue coherente con las puntuaciones en el Cuestionario de Esquemas de Young-Revisado (YSQ-R; Yalcin et al., 2021). Los esquemas con mayores puntuaciones fueron: (1) Sumisión, (2) Abandono, (3) Autosacrificio, (4) Dependencia/incapacidad, (5) Búsqueda de aprobación, y (6) Imperfección/vergüenza.

Preparación para el grupo

Con Nora fueron necesarias 8 sesiones individuales pregrupo. Estas sesiones permitieron establecer una alianza óptima con los terapeutas referentes del grupo. Para ello, se utilizaron diferentes estrategias como favorecer la credibilidad con el tratamiento, fomentar el optimismo y la esperanza, proporcionar información y psicoeducación sobre los síntomas (origen y mantenimiento de la ansiedad y

depresión), reconocer las fortalezas y adaptar el programa a los objetivos genuinos de Nora (Inchausti, 2025). Sus objetivos eran:

(1) Mejorar el estado de ánimo y la ansiedad (incluyendo eliminar los episodios de abuso de alcohol, autolesión y las tentativas suicidas).

(2) Comprender el origen de sus problemas interpersonales (los objetivos 1 y 2 se consiguieron en las sesiones individuales, lo que afianzó la relación terapéutica, la credibilidad del tratamiento y la motivación al cambio).

(3) Modificar su manera de relacionarse con los demás (se acordó que el grupo sería el mejor contexto para trabajar este objetivo).

En las sesiones pregrupo se recopilaron también varios episodios interpersonales significativos para la formulación preliminar de los esquemas interpersonales desadaptativos dominantes y se mejoraron las estrategias de regulación y modulación afectiva de Nora. Para las crisis suicidas se elaboró y acordó un plan de seguridad junto con su madre y hermana. El desarrollo conjunto de una formulación inicial permitió, por un lado, reducir la angustia y los episodios de autolesión de Nora y, por otro, detectar qué deseos sociales eran los más relevantes para el trabajo experiencial en grupo. Como se dijo anteriormente, todos los participantes debían realizar al menos un juego de roles. En el caso de Nora, los terapeutas decidieron que necesariamente debería involucrarse en escenarios interpersonales autobiográficos con los deseos de cuidado (deseos de cuidar de su familia y parejas) y apego (deseos de ser cuidada y de atención a sus necesidades).

Sesiones de grupo

Después de 8 sesiones individuales, Nora comenzó el grupo con una cierta conciencia —intelectualizada— de sus esquemas problemáticos principales y con varias estrategias cognitivo-conductuales útiles para manejar sus síntomas de ansiedad y depresión, así como para eliminar o detener los episodios de abuso de alcohol o cannabis y autolesión, incluyendo las tentativas suicidas.

Una de las dificultades fundamentales a la hora de dirigir una terapia grupal es mantener una sensación óptima de compartir y cohesión en todos los miembros del grupo. Cada participante trae consigo una biografía, contexto y problemas específicos, así como unos objetivos y expectativas particulares. Los conductores del grupo deben conocer de antemano toda esa información y haber creado ya un vínculo individual con cada participante. Esto es lo que permitirá a los terapeutas alimentar constantemente la sensación de similitud y cohesión o, si es preciso, de dirigir mensajes específicos a cada participante para garantizar la adherencia y sensación de utilidad de las sesiones.

Otro elemento clave es facilitar la apertura para compartir episodios interpersonales autobiográficos. Con tal objetivo, los terapeutas pueden hacer un uso estratégico de la metacomunicación y autorrevelación que permita a los participantes hablar abiertamente sobre episodios personales dolorosos, pero significativos para promover verdaderamente la autorreflexión y, en definitiva, el cambio (Inchausti, 2025). Esta apertura también puede facilitarse mediante una adecuada selección de las escenas de películas o series en la psicoeducación de cada deseo social.

En el caso de Nora, en las sesiones sobre cuidado y apego (sus sistemas de motivación social más relevantes), se seleccionaron escenas en las que aparecían interacciones padre-hijos problemáticas. Estas le permitieron conectar con recuerdos autobiográficos de sacrificio en los que, por ejemplo, había cuidado y protegido a su madre con 8 años desatendiendo incluso sus propias necesidades. También fue capaz de compartir episodios en los que se había sentido humillada y rechazada por su padre en momentos de gran vulnerabilidad (p.ej., tras suspender un examen importante o en conflictos con iguales) y, sin embargo, continuaba accediendo a acudir a las vistas en el punto de encuentro para verle y saber cómo se encontraba.

En los juegos de roles pudo identificar como había aprendido a negar sus propias necesidades para poder mantener una relación estrecha con

sus padres (deseos de cuidado), pero como esto, a su vez, la había llevado a sentirse emocionalmente abandonada y poco cuidada por ellos (deseos de apego y protección). Asimismo, fue capaz de identificar como estaba sustituyendo este deseo de apego con sus padres a través de sus iguales (parejas) y cómo estos difícilmente iban a poder satisfacer esta necesidad.

En los juegos de roles con nuevos afrontamientos metacognitivos, Nora pudo reexperimentar varios episodios con sus iguales y padres equilibrando ambos deseos de una forma más eficaz. Por ejemplo, con un compañero de grupo actuando en el papel de su padre fue capaz de defender sus derechos con afirmaciones bastante detalladas y emotivas como esta:

Nora: Papá, entiendo que te duela que haya suspendido el examen de matemáticas, pero eso no te da derecho a que me humilles diciéndome que soy una vaga o que nunca conseguiré nada en la vida. Ahora entiendo que tu残酷 no tiene nada que ver conmigo o lo que hago, sino con tus propias frustraciones y tu manera violenta de hablarle a los demás, no solo a mí. Me pone triste, pero ya no me hiere como antes, me siento fuerte y orgullosa de mí misma. Me esforzaré por aprobar porque es importante para mí, no porque tenga miedo a defraudarte o que te enfades conmigo.

En la sesión sobre el deseo de exploración, Nora pudo finalmente conectar sus sentimientos de vacío con su apego inseguro (i.e., sus objetivos están determinados por las necesidades de los demás y no por las suyas propias), su falta de agencia y sus dificultades para identificar y defender sus propios deseos, preferencias y límites interpersonales.

Sesiones de grupo con los padres

La madre de Nora participó en las cinco sesiones grupales diseñadas para padres o cuidadores. El padre se negó a participar a pesar de los esfuerzos para que, al menos, asistiera por videoconferencia. Antes de las sesiones, la madre de Nora obtuvo una puntuación de 74 en la Escala de Estrés Parental (PSS; Oronoz,

Alonso-Arbiol y Balluerka, 2007), indicativa de un alto malestar parental; en particular, la madre refirió importantes sentimientos de estrés, impotencia y agobio para gestionar las crisis y tentativas suicidas de Nora. De manera similar, su puntuación total en la Escala Breve de Autoeficacia Parental (BPSES; Woolgar et al., 2023) fue de 9, que indicaba una baja sensación de autoeficacia en el cuidado de Nora.

La madre describió sentirse sobrepasada por los problemas de Nora, así como por sus propias dificultades para establecer relaciones sentimentales placenteras y duraderas. Desde que se había separado del padre de Nora, la madre mantenía un patrón inestable y tremadamente insatisfactorio de relaciones con hombres. La madre fue capaz de identificar como su propio malestar emocional le impedía conectar con las dificultades y mundo emocional de Nora. El esquema principal de la madre incluía un miedo intenso de no poder cuidar y proteger correctamente a Nora, preocupaciones sobre su futuro emocional, educativo y laboral, así como sentimientos de no estar siendo un «buena madre». Estas preocupaciones le generaban gran angustia, sentimientos de culpabilidad, incapacidad e inseguridad, por lo que buscaba evadirse de ellas a través de la búsqueda impulsiva de relaciones sentimentales con hombres que le «ayudaran a mejorar, a hacer mejor las cosas». Esta búsqueda incluía largos períodos de tiempo en los que Nora tenía que irse a vivir con sus abuelos maternos mientras su madre viajaba o permanecía en el domicilio de nuevas parejas, sin prestar atención a las necesidades emocionales de Nora. El esquema de la madre aumentaba los sentimientos de incomprendimiento y rechazo de Nora. Sus comportamientos de «escape» también incluían eximir a Nora de cualquier responsabilidad con la esperanza de obtener su perdón y cariño. Ante los episodios de consumo abusivo de alcohol o cannabis y autolesión, su madre tendía a reaccionar con agresividad verbal y elevado criticismo hacia Nora, lo que aumentaba el sentido de inadecuación y vergüenza de Nora.

En la sesión sobre comprensión e identificación de los propios estados mentales, su madre pudo entender mejor sus

pensamientos y emociones, así como su patrón disfuncional con Nora. Por ejemplo, fue capaz de recordar episodios en los que Nora la consolaba y cuidaba tras una ruptura sentimental, y cómo eso la hacía sentirse incapaz y avergonzada como madre. Este crecimiento metacognitivo le permitió mejorar su comunicación con ella, prestando una mayor atención a sus necesidades y dedicando más tiempo a escucharla y validarla. En la última sesión sobre autocuidado, fue capaz de darse cuenta de la necesidad de parar en su búsqueda desesperada de afecto en otros hombres, algo que le llevaba a sentirse utilizada y avergonzada como madre delante de Nora. También decidió participar en algunas actividades de ocio semanal para su propio autocuidado físico y emocional.

Resultados

Los resultados cuantitativos tras la intervención fueron consistentes con las observaciones clínicas de los terapeutas. En la evaluación inicial, la puntuación total de Nora en la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20; Martínez-Sánchez, 1996) fue de 58, lo que indicaba la presencia de alexitimia. Este problema fue especialmente pronunciado en las áreas de identificación y descripción de sentimientos, una puntuación consistente con la observación clínica. En la evaluación postratamiento, la puntuación total de Nora en la TAS-20 fue de 31, lo que representó una mejoría muy significativa de 27 puntos.

Al inicio del tratamiento, la capacidad metacognitiva de Nora en la Escala de Evaluación de la Metacognición-Abreviada (MAS-A; Lysaker et al., 2005; Inchausti et al., 2016) fue de 3.5 en Autorreflexividad (es decir, solo era capaz de distinguir un rango muy limitado de emociones), 3 en Conciencia de los otros (es decir, era incapaz de identificar diferentes emociones en personas significativas de su entorno), 1 en Descentramiento (es decir, era capaz de reconocer que existen puntos de vista diferentes al suyo para un mismo suceso, pero sin considerarlos válidos o correctos), y 3 en Dominio (es decir, era consciente de que tenía problemas, pero su afrontamiento era pasivo, siguiendo las instrucciones de su madre o pareja o con conductas generalizadas de evitación y escape).

Al finalizar el tratamiento, Nora demostró importantes avances en sus habilidades metacognitivas, especialmente en autorreflexión, donde sus puntuación pasó de 3.5 a 7.5. Esto significó que, al finalizar MIT-GA, Nora era capaz de reconocer varios de sus esquemas problemáticos en diferentes episodios interpersonales autobiográficos. En Conciencia de los otros, su puntuación ascendió a 4.5, lo que se tradujo en una mayor comprensión de que los deseos o intenciones de los demás pueden cambiar a lo largo del tiempo o que sus creencias pueden ser parcialmente erróneas. En Descentramiento, Nora ascendió 1 punto (puntuación de 2), lo que le permitió comprender que otras personas podían tener formas válidas de comprender un mismo suceso y diferir de las suyas. Finalmente, en Dominio, su puntuación pasó de 3 a 4.5. Esto significó que Nora fue capaz de activar comportamientos específicos por iniciativa propia para afrontar sus desafíos personales o interpersonales; por ejemplo, comenzó a ir al gimnasio para hacer ejercicio varios días a la semana, practicar Yoga, comer comidas más saludables, cesar los consumos problemáticos de alcohol y cannabis, o —algo muy relevante— poner fin a su relación problemática de pareja. A los 6 meses de seguimiento, las puntuaciones en la MAS-A se mantuvieron estables sin apreciarse disminuciones significativas.

Las puntuaciones del SCL-90-R se redujeron en todas las subescalas al finalizar la terapia, con una disminución del Índice de Severidad Global (ISG) de 0.83 puntos, lo que implicó una mejora significativa en la gravedad de los síntomas. Hubo también disminuciones notables en sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica e ideación paranoide. La puntuación total de Nora en el IIP-64 se redujo al final del tratamiento en 0.63 puntos, lo que supuso una mejora significativa en el funcionamiento social, con mejoras observadas en todas las áreas, especialmente en falta de asertividad e inhibición/evitación social. La mejora del funcionamiento interpersonal provocó una reducción sintomatológica aún mayor en el seguimiento a 6 meses de 0.53 puntos en el ISG. En el seguimiento, las puntuaciones en síntomas y problemas interpersonales continuaron

mejorando, especialmente en las medidas de síntomas.

Tabla 3.

Puntuaciones de Nora en los test al inicio, después del tratamiento y a los 6 meses de seguimiento

	Pretest	Postest	Seguimiento
ISG SCL-90-R	2.72	1.89	1.36
IIP-64 Total	3.10	2.47	2.35
CGAS	31	61	68
BDI-Y Total	75	48	37
PSS (madre)	74	42	35
BPSES (madre)	9	26	29
MAS-A			
Autorreflexión	3.5	7.5	7.5
Conciencia de otros	3	4.5	5
Descentración	1	2	2
Dominio	3	4.5	5
TAS-20 Total	58	31	29
BIS-11 Total	59	38	35

Nota. ISG SCL-90-R = Índice de Severidad Global del Test de los 90 síntomas-Revisado; IIP-64 = Inventario de Problemas Interpersonales-64; CGAS = Escala de Evaluación Global para Niños; BDI-Y = Inventario de Depresión de Beck para Jóvenes; PSS = Escala de Estrés Parental; BPSES = Escala Breve de Autoeficacia Parental; MAS-A = Escala de Evaluación de Metacognición-Abreviada; TAS-20 Total = Puntuación Total de la Escala de Alexitimia de Toronto-20; BIS-11 = Escala de Impulsividad de Barratt-11.

La puntuación postratamiento de Nora en la CGAS fue de 61, lo que indica alguna dificultad en un área específica, pero con un funcionamiento general aceptable. En la evaluación de seguimiento, Nora informó que había finalizado la ESO y comenzado un curso de Formación Profesional. Aunque todavía aparecían episodios de ansiedad fruto de su temor a la crítica o enfado de los demás, Nora era capaz de afrontarlos sin subyugarse completamente a los demás ni escapar de las situaciones sociales, y se mantuvo abstinente tanto del alcohol como del cannabis al entender que actuaban como disparadores de su inestabilidad emocional. Como señalamos antes, fue capaz, además, de poner fin a su relación problemática de pareja y centrarse en sus estudios, preferencias y necesidades.

En relación al grupo de padres, tanto las puntuaciones en la PSS como en la BPSES de la

madre de Nora mejoraron sustancialmente al finalizar la intervención. Específicamente, la puntuación en la PSS mejoró en 32 puntos, disminuyendo los sentimientos de estrés, impotencia y sobreimplicación de la madre para manejar los conflictos con Nora. Paralelamente, la puntuación total en la BPSES se incrementó en 17 puntos, lo que reflejó una mejora significativa en el sentido de autoeficacia parental.

Conclusiones

Actualmente, la literatura disponible sobre prevalencia y tratamiento de los TPs en la adolescencia es limitada más allá del TLP. Existe, asimismo, un debate científico-profesional continuo sobre la pertinencia y riesgos de establecer diagnósticos de personalidad en esta etapa del desarrollo (Hartley et al., 2022; Hutsebaut et al., 2023). Por ejemplo, Luarenssen et al. (2013) preguntaron sobre esta cuestión a

596 clínicos de Países Bajos y encontraron que, aunque la mayoría de los profesionales (un 64%) creían que los TPs pueden diagnosticarse en la adolescencia, solo el 8.7% los diagnosticaban y un reducido 6.5% refirió que ofrecía tratamientos especializados para estas patologías. Sin duda, este debate —motivado muchas veces más por cuestiones morales que clínicas— crea una brecha entre ciencia y práctica profesional que, en nuestra opinión, ensombrece el desarrollo de tratamientos efectivos y el pronóstico para este grupo cada vez mayor de jóvenes. Más si cabe cuando las características de la psicopatología de la personalidad parecen ser un predictor básico de la funcionalidad psicológica, social y ocupacional posterior (Hutsebaut et al., 2023). Por el contrario, la detección e intervención tempranas de estos problemas podrían tener efectos antiestigma —como ya ha ocurrido en otras condiciones médicas— al convertir los TPs en problemas más eficazmente tratables y mejorar su pronóstico.

A la luz de la evidencia y experiencia acumuladas en el tratamiento de casos como el de Nora, parecen existir seis aspectos nucleares para el diseño y desarrollo de intervenciones efectivas en TPs emergentes:

Cualquier tratamiento, ya sea individual o grupal, debe planificarse de acuerdo con una formulación minuciosa del caso. No parece razonable sostener la efectividad de tratamientos —particularmente en formato grupal— que no hayan dedicado un tiempo suficiente en individual a establecer una adecuada alianza terapéutica, consensuar unos objetivos de tratamiento significativos para cada persona en particular y acordar una formulación inicial del problema que, al menos, integre los síntomas actuales, la biografía y contexto, los rasgos de personalidad y el patrón interpersonal disfuncional de la persona (Kramer, 2019).

La alianza terapéutica y cohesión grupal son los ejes sobre los que pivotarán las posibilidades reales de cambio. Aunque parezca una obviedad, para que cualquier psicoterapia sea efectiva, la persona debe acudir a las sesiones; por ello, los clínicos deben comprobar y cultivar ambas variables regularmente a través de múltiples

estrategias sinérgicas (p.ej., con el uso de la autorrevelación y metacomunicación, cuestionarios de monitorización del estado y calidad de la alianza, etc.). La formulación individual de cada caso ofrecerá pistas de gran utilidad para favorecer la alianza y el compromiso con el tratamiento (Kivity et al., 2020).

El trabajo con los síntomas debe ir de la mano de un abordaje del funcionamiento interpersonal. No es infrecuente que la mejora sintomatológica se alcance solo tras alterar los patrones interpersonales disfuncionales dominantes (Gazzillo, Dimaggio y Curtis, 2021). Esto puede explicar las altas tasas de no-respuesta o incluso empeoramiento de los tratamientos psicoterapéuticos y psicofarmacológicos convencionales que se focalizan únicamente en los síntomas y desatienden el funcionamiento interpersonal en pacientes con TPs comórbidos. Del mismo modo, incluso en tratamientos que aborden sincrónicamente síntomas y problemas interpersonales, puede observarse un mantenimiento o incluso empeoramiento inicial de los síntomas. Esto debe entenderse como algo consustancial a las dificultades interpersonales, estilos de apego y limitaciones en la conciencia de los estados mentales y corporales de estos pacientes (Wilson, Stroud y Durbin, 2017; Centonze, et al., 2021).

Estimular el cambio interpersonal precisa de un trabajo experiencial y corporal de alta intensidad en un contexto grupal. Es probable que el crecimiento metacognitivo mediante un abordaje experiencial en un entorno interpersonal actúe como un poderoso mecanismo transversal del cambio (Kramer et al., 2024). El hecho de que Nora pudiera compartir y reexperimentar episodios autobiográficos emocionalmente intensos en un espacio seguro y libre de críticas pudo generar repetidas experiencias correctivas que promovieron cambios significativos y duraderos (Seth y Tsakiris, 2018; Murphy, Catmur y Bird, 2018).

Las altas tasas de prevalencia de malestar emocional y trastornos mentales en los familiares próximos de estos pacientes hacen necesario que, como mínimo, se oferten

intervenciones psicoterapéuticas parentales coadyuvantes dirigidas a reducir el estrés, mejorar el estilo de crianza y adquirir habilidades que les ayuden a mejorar su percepción de autoeficacia parental (Steinsbekk et al., 2019).

El trabajo psicoterapéutico efectivo con jóvenes con TPs y sus familias es emocionalmente intenso, también para los clínicos, por lo que estos deben disponer de espacios de autocuidado y supervisión frecuentes que les ayuden a afrontar sus propias dificultades y sentimientos contratransferenciales en el manejo clínico con este tipo de casos (Lamont y Dickens, 2021).

La propuesta de tratamiento de MIT-GA aquí descrita no solo creemos que es coste-eficaz por llevarse a cabo en grupo, sino que los procesos grupales, experienciales y corporales que suceden en un contexto interpersonal «real» podrían ser los que permiten el crecimiento metacognitivo y el cambio. MIT-GA pretende ofrecer una nueva alternativa psicoterapéutica grupal con apoyo empírico creciente para iniciar cambios clínicos significativos en jóvenes con TPs de todo el espectro. Los trabajos de Popolo et al. (2018, 2019, 2022) apuntan a que MIT-G es una opción de tratamiento bien tolerada en adultos jóvenes con TPs internalizantes y que provoca mejoras significativas en el nivel de funcionamiento general e interpersonal, así como en los síntomas, con tamaños del efecto moderados en depresión y ansiedad, y grandes en autorreflexividad y alexitimia.

A la espera de conocer los resultados completos del ensayo clínico con MIT-GA desarrollado por nuestro equipo, futuros trabajos en este campo deberían centrarse en investigar qué funciona mejor para quién según las características individuales de cada caso, identificar cuáles son los predictores, moderadores y mecanismos del cambio que explican las mejoras clínicas y examinar los efectos de la interacción entre el contexto social de los pacientes (es decir, los factores extraterapéuticos) y la psicoterapia.

Referencias

- American Psychiatric Association (2023). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5^a edición, texto revisado). Editorial Médica Panamericana.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Bach, B., Christensen, S., Kongerslev, M. T., Sellbom, M., & Simonsen, E. (2020). Structure of clinician-reported ICD-11 personality disorder trait qualifiers. *Psychological Assessment*, 32(1), 50-59. <https://doi.org/10.1037/pas0000747>
- Beck, E., Bo, S., Jørgensen, M. S., Gondan, M., Poulsen, S., Storebø, O. J., Fjellerad Andersen, C., Folmo, E., Sharp, C., Pedersen, J., & Simonsen, E. (2020). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 61(5), 594-604.
<https://doi.org/10.1111/jcpp.13152>
- Beck, J. S., Beck, A. T., Jolly, J. B., & Steer, R. A. (2017). Inventarios de Beck para niños y adolescentes-2. Pearson.
- Bo, S., Bateman, A., & Kongerslev, M. T. (2019). Mentalization-based group therapy for adolescents with avoidant personality disorder: Adaptations and findings from a practice-based pilot evaluation. *Journal of Infant, Child & Adolescent Psychotherapy*, 18(3), 249-262.
<https://doi.org/10.1080/15289168.2019.1625655>
- Centonze, A., Inchausti, F., MacBeth, A., & Dimaggio, G. (2021). Changing embodied dialogical patterns in metacognitive interpersonal therapy. *Journal of Constructivist Psychology*, 34(2), 123-137.
<https://doi.org/10.1080/10720537.2020.1717117>
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Weinstein, C., Clarkson, V., & McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 193(6), 477-484.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048934>

- Chanen, A. M., Sharp, C., Nicol, K., & Kaess, M. (2022). Early Intervention for Personality Disorder. Focus (American Psychiatric Publishing), 20(4), 402-408.
<https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220062>
- Coplan, R. J., Schneider, B. H., Ooi, L. L., & Hipson, W. E. (2018). Peer-based interventions for behaviorally inhibited, socially withdrawn, and socially anxious children. En W. Bukowski, B. Laursen, & K.H. Rubin (Eds.), Handbook of peer interactions, relationships, and groups (2nd ed., pp. 657-675). Guilford Press.
- Derogatis, L. R. (2002). SCL-90-R Cuestionario de 90 síntomas. Manual. TEA ediciones.
- Dimaggio, G. (2020). Metacognitive Interpersonal Therapy: Body, Imagery and Change. Routledge.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R., & Salvatore, G. (2015). Metacognitive Interpersonal Therapy for Personality Disorders. Routledge.
- Dimaggio, G., Semerari, A., Carcione, A., Nicolò, G., & Procacci, M. (2007). Psychotherapy of personality disorders: Metacognition, states of mind and interpersonal cycles. Routledge.
- Erikson, E.H. (1950). Childhood and Society. Norton.
- First, M., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1999). Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV. Masson.
- Funderburk, B. W., Ware, L. M., Altshuler, E., & Chaffin, M. (2008). Use and feasibility of telemedicine technology in the dissemination of parent-child interaction therapy. Child Maltreatment, 13(4), 377-382.
<https://doi.org/10.1177/1077559508321483>
- Gazzillo, F., Dimaggio, G., & Curtis, J. T. (2021). Case formulation and treatment planning: How to take care of relationship and symptoms together. Journal of Psychotherapy Integration, 31(2), 115-128. <https://doi.org/10.1037/int0000185>
- Hamlat, E. J., Young, J. F., & Hankin, B. L. (2020). Developmental Course of Personality Disorder Traits in Childhood and Adolescence. Journal of Personality Disorders, 34(Suppl B), 25-43.
https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_433
- Hartley, S., Baker, C., Birtwhistle, M., Burgess, J. L., Chatburn, E., Cobbaert, L., Howley, M., Huggett, C., MacKenzie-Nash, C., Newton, A., Parry, S., Smith, J., Taylor, C. D. J., Taylor, P. J., & Timoclea, R. (2022).
- Commentary: Bringing together lived experience, clinical and research expertise - a commentary on the May 2022 debate (should CAMH professionals be diagnosing personality disorder in adolescence?). Child and adolescent mental health, 27(3), 246-249.
<https://doi.org/10.1111/camh.12586>
- Hayden, E. P., & Mash, E. J. (2014). Child psychopathology: A developmental-systems perspective. En E.J. Mash & R.A. Barkley (Eds.), Child psychopathology (pp. 3-72). Guilford Press.
- Hutsebaut, J., Clarke, S. L., & Chanen, A. M. (2023). The diagnosis that should speak its name: why it is ethically right to diagnose and treat personality disorder during adolescence. Frontiers in psychiatry, 14, 1130417.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1130417>
- Inchausti, F. (2025). Sufrimiento y cambio en psicoterapia: teoría, investigación y tratamiento. Pirámide.
- Inchausti, F., García-Mieres, H., García-Poveda, N. V., Fonseca-Pedrero, E., MacBeth, A., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2023). Recovery-Focused Metacognitive Interpersonal Therapy (MIT) for Adolescents with First-Episode Psychosis. Journal of Contemporary Psychotherapy, 53(1), 9-17.
<https://doi.org/10.1007/s10879-022-09569-0>
- Inchausti, F., García-Poveda, N. V., Ballesteros-Prados, A., Ortúñoz-Sierra, J., Sánchez-Reales, S., Prado-Abril, J., Aldaz-Armendáriz, J. A., Mole, J., Dimaggio, G., Ottavi, P., & Fonseca-Pedrero, E. (2018). The Effects of Metacognition-Oriented Social Skills Training on Psychosocial Outcome in Schizophrenia-Spectrum Disorders: A Randomized Controlled Trial. Schizophrenia Bulletin, 44(6), 1235-1244.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbx168>
- Inchausti, F., Moreno-Campos, L., Prado-Abril, J., Sánchez-Reales, S., Fonseca-Pedrero, E., MacBeth, A., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2020). Metacognitive Interpersonal Therapy in Group for Personality Disorders: Preliminary Results from a Pilot Study in a Public Mental Health Setting. Journal of Contemporary Psychotherapy, 50(3), 197-203.
<https://doi.org/10.1007/s10879-020-09453-9>
- Inchausti, F., Ortúñoz-Sierra, J., García-Poveda, N. V., & Ballesteros-Prados, A. (2016). Metacognitive abilities in adults with substance abuse treated in therapeutic community. Adicciones, 29(2), 74-82.
<https://doi.org/10.20882/adicciones.719>

- Jones, D. J., Forehand, R., Cuellar, J., Parent, J., Honeycutt, A., Khavjou, O., ... Newey, G.A. (2014). Technology-enhanced program for child disruptive behavior disorders: Development and pilot randomized control trial. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 43, 88–101. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.822308>
- Kivity, Y., Levy, K. N., Kolly, S., & Kramer, U. (2020). The Therapeutic Alliance Over 10 Sessions of Therapy for Borderline Personality Disorder: Agreement and Congruence Analysis and Relation to Outcome. *Journal of Personality Disorders*, 34(1), 1–21. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_376
- Kramer, U. (2019). Case formulation for personality disorders: Tailoring psychotherapy to the individual client. Academic Press.
- Kramer, U., Levy, K. N., & McMain, S. (2024). Understanding mechanisms of change in psychotherapies for personality disorders. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000388-000>
- Lamont, E., & Dickens, G. L. (2021). Mental health services, care provision, and professional support for people diagnosed with borderline personality disorder: systematic review of service-user, family, and carer perspectives. *Journal of Mental Health*, 30(5), 619–633. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1608923>
- Laurensen, E.M.P., Hutsebaut, J., Feenstra, D.J. et al. Diagnosis of personality disorders in adolescents: a study among psychologists. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 7, 3 (2013). <https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-3>
- Lecrubier, Y., Sheehan, D. V., Weiller, E., Amorim, P., Bonora, I., HarnettSheehan, K., & Dunbar, G. C. (1997). The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: Reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry*, 12(5), 224–231. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(97\)83296-8](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(97)83296-8)
- Lysaker, P.H., Carcione, A., Dimaggio, G., Johannessen, J.K., Nicolò, G., Procacci, M., & Semerari, A. (2005). Metacognition amidst narratives of self and illness in schizophrenia: associations with insight, neurocognition, symptom and function. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 64–71. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2005.00514.x>
- Martínez-Sánchez, F. (1996). Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7, 19–32
- McGorry, P. D., Mei, C., Chanen, A., Hodges, C., Alvarez-Jimenez, M., & Killackey, E. (2022). Designing and scaling up integrated youth mental health care. *World Psychiatry*, 21(1), 61–76. <https://doi.org/10.1002/wps.20938>
- Murphy, J., Catmur, C., & Bird, G. (2018). Alexithymia is associated with a multidomain, multidimensional failure of interoception: Evidence from novel tests. *Journal of experimental psychology. General*, 147(3), 398–408. <https://doi.org/10.1037/xge0000366>
- Oronoz, B., Alonso-Arbiol, I., & Balluerka, N. (2007). A Spanish adaptation of the Parental Stress Scale. *Psicothema*, 19(4), 687–692.
- Ottavi, P., D'Alia, D., Lysaker, P. H., Kent, J., Popolo, R., Salvatore, G., & Dimaggio, G. (2014). Metacognition-Oriented Social Skills Training for Individuals with Long-Term Schizophrenia: Methodology and Clinical Illustration. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 21, 465–473. <https://doi.org/10.1002/cpp.1850>
- Popolo, R., MacBeth, A., Brunello, S., Canfora, F., Ozdemir, E., Rebecchi, D., Toselli, C., Venturelli, G., Salvatore, G., & Dimaggio, G. (2018). Metacognitive interpersonal therapy in group: A feasibility study. *Research in Psychotherapy: Psychopathology, Process and Outcome*, 21(3), 155–163. <https://doi.org/10.4081/rippo.2018.338>
- Popolo, R., MacBeth, A., Canfora, F., Rebecchi, D., Toselli, C., Salvatore, G., & Dimaggio, G. (2019). Metacognitive Interpersonal Therapy in group (MIT-G) for young adults with personality disorders: A pilot randomized controlled trial. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(3), 342–358. <https://doi.org/10.1111/papt.12182>
- Popolo, R., MacBeth, A., Lazzerini, L., Brunello, S., Venturelli, G., Rebecchi, D., Morales, M. F., & Dimaggio, G. (2022). Metacognitive Interpersonal Therapy in Group versus TAU + waiting list for young adults with personality disorders: Randomized Clinical Trial. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 13(6), 619–628. <https://doi.org/10.1037/per0000497>

- Salazar, J., Martí, V., Soriano, S., Beltran, M., & Adam, A. (2010). Validity of the Spanish version of the Inventory of Interpersonal Problems and its use for screening personality disorders in clinical practice. *Journal of Personality Disorders*, 24(4), 499–515.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.499>
- Schmeck, K., Weise, S., Schlüter-Müller, S., Birkhölzer, M., Fürer, L., Koenig, J., Krause, M., Lerch, S., Schenk, N., Valdes, N., Zimmermann, R., & Kaess, M. (2023). Effectiveness of adolescent identity treatment (AIT) versus DBT-a for the treatment of adolescent borderline personality disorder. *Personality Disorders*, 14(2), 148–160.
<https://doi.org/10.1037/per0000572>
- Seth, A. K., & Tsakiris, M. (2018). Being a Beast Machine: The Somatic Basis of Selfhood. *Trends in cognitive sciences*, 22(11), 969–981.
<https://doi.org/10.1016/j.tics.2018.08.008>
- Steinsbekk, S., Berg-Nielsen, T. S., Belsky, J., Helland, E. B., Hågenrud, M., Raballo, A., & Wichstrøm, L. (2019). Parents' Personality-Disorder Symptoms Predict Children's Symptoms of Anxiety and Depressive Disorders - a Prospective Cohort Study. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 47(12), 1931–1943.
<https://doi.org/10.1007/s10802-019-00568-9>
- Thylstrup, B., Simonsen, S., Nemery, C., Simonsen, E., Noll, J. F., Myatt, M. W., & Hesse, M. (2016). Assessment of personality-related levels of functioning: a pilot study of clinical assessment of the DSM-5 level of personality functioning based on a semi-structured interview. *BMC Psychiatry*, 16, 298.
<https://doi.org/10.1186/s12888-016-1011-6>
- Torres-Soto, J., Moya-Faz, F., Giner-Alegría, C., & Oliveras-Valenzuela, M. (2019). *Inventario PID-5, perfil dimensional del DSM-5 para orientar el diagnóstico y las necesidades terapéuticas en los trastornos de personalidad*. *Anales de Psicología*, 35(1), 47-57.
<https://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.1.333191>
- Wilson, S., Stroud, C. B., & Durbin, C. E. (2017). Interpersonal dysfunction in personality disorders: A meta-analytic review. *Psychological bulletin*, 143(7), 677–734.
<https://doi.org/10.1037/bul0000101>
- Woolgar, M., Humayun, S., Scott, S., & Dadds, M. R. (2023). I know what to do; I can do it; it will work: the Brief Parental Self Efficacy Scale (BPSES) for parenting interventions. *Child Psychiatry & Human Development*.
<https://doi.org/10.1007/s10578-023-01583-0>
- Yalcin, O., Marais, I., Lee, C., & Correia, H. (2021). Revisions to the Young Schema Questionnaire using Rasch analysis: the YSQ-R. *Australian Psychologist*, 57(1), 8–20.
<https://doi.org/10.1080/00050067.2021.197988>