



Anuario de Investigaciones
ISSN: 0329-5885
anuario@psi.uba.ar
Universidad de Buenos Aires
Argentina

Quiroga, Susana; Cryan, Glenda
Adolescentes con conducta antisocial y autodestructiva: estudio epidemiológico y nuevas
técnicas terapéuticas
Anuario de Investigaciones, vol. XII, 2005, pp. 25-32
Universidad de Buenos Aires
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139941001>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

ADOLESCENTES CON CONDUCTA ANTISOCIAL Y AUTODESTRUCTIVA: ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO Y NUEVAS TECNICAS TERAPEUTICAS

ADOLESCENTS WITH ANTISOCIAL AND SELF-DESTRUCTIVE BEHAVIOUR: EPIDEMIOLOGICAL STUDY AND NEW THERAPEUTIC TECHNIQUES

Quiroga, Susana¹; Cryan, Glenda²

RESUMEN

El proceso de continuidad y de vínculo que va desde la adolescencia temprana hasta el final de la adolescencia tardía ha recibido poca atención en población no clínica y prácticamente una falta de atención en las poblaciones de alto riesgo.

En el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur-UBA, se realizan actividades de Prevención, Asistencia e Investigación para adolescentes que presentan alta vulnerabilidad psíquica y somática relacionada con el medio familiar y socioeconómico en el que viven.

Los estudios epidemiológicos realizados en la población consultante señalaron una alta *prevalencia de ideaciones e intentos suicidas, Alexitimia y Sucesos de Vida Traumáticos* así como una desestimación del riesgo que conduce a conductas de pasaje al acto. Por otra parte, se identificaron tres momentos de *Deserción*, para lo cual se desarrollaron nuevas técnicas de abordaje terapéutico, entre ellas: Grupo de Encuadre Vincular y Representacional (GEVR) y Grupo de Terapia Focalizada (GTF).

Palabras Claves: Adolescencia, Conductas antisociales y autodestructivas, Estudio epidemiológico, Nuevas técnicas terapéuticas

ABSTRACT

The continuity and bonding process that stretches from early adolescence to the end of adolescence has been paid little attention in non-clinical populations and has almost been neglected in high-risk populations.

In the Clinical Psychology Programme for Adolescents of the Buenos Aires University, Prevention, Assistance and Research activities are carried out for adolescents with high psychic and somatic vulnerability related to their family constellation and the socio-economic environment where they live.

The epidemiological studies done on the consulting population have shown high *prevalence of ideations and suicide attempts, Alexithymia and Traumatic Life Events* as well as an underestimation of the risk which leads to acting-out behaviours. Besides, three moments of *Drop-outs* were detected, that was why new therapeutic techniques were developed such as the Bond and Representation Framework Group (BRFG) and the Focused Therapy Group (FTG).

Key words: Adolescence, Antisocial and self-destructive behaviour, Epidemiological study, New therapeutic techniques

¹ Lic. en Psicología, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Dra. en Filosofía y Letras con orientación en Psicología, UBA, 1983. Miembro Titular en Función Didáctica (APA) y Full Member of the International Psychoanalytic Association (IPA). Categorizada como Investigadora Categoría I (CIN). Profesora Titular Consulto, UBA. Directora del Programa de Actualización en Clínica Psicoanalítica de las Patologías Actuales. Directora del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA. Directora del Proyecto UBACyT 2004-2007 P069. Autora de *Del goce orgánico al hallazgo de objeto* y *Patologías de la Autodestrucción*.

² Lic. en Psicología, Facultad de Psicología, UBA. Doctoranda de la Universidad de Buenos Aires en la Facultad de Psicología. Becaria UBACyT. Ayudante de Primera de la Cátedra I de Psicología Evolutiva II: Adolescencia. Investigadora de apoyo en el Proyecto UBACyT 2004-2007 P069.

Esta investigación fue realizada en el marco del Proyecto UBACyT P056 "Detección del patrón de interacción familiar-grupal y prevención de conducta antisocial y autodestructiva en adolescentes", subsidiado por la Universidad de Buenos Aires.

1) INTRODUCCIÓN

En contraste con la cantidad de investigaciones que examinan predictores y resultados del vínculo madre-niño, el proceso de continuidad y de vínculo que va desde la adolescencia temprana hasta el final de la adolescencia tardía ha recibido poca atención en población no clínica y prácticamente una falta de atención en las poblaciones de alto riesgo.

En los últimos años se ha acumulado evidencia que vincula la calidad de las experiencias familiares con la aparición de *trastornos de la personalidad* en la vida adulta. Esta evidencia, resumida por Links (1990), muestra que sucesivos autores ligaron la patología Borderline de personalidad con el ambiente familiar. Kernberg (1987) postuló que esta patología era producto de carencias en el desarrollo en la etapa previa a la etapa de separación-individuación y a la constancia de objeto. Stone (1993) agregó la importancia de experiencias traumáticas tales como el abuso físico y sexual infantil, la carencia o inestabilidad de figuras parentales y reiteradas pérdidas de contexto. Gunderson (1980), por su parte, estudió la importancia de la psicopatología de los padres en la génesis de la personalidad de sus hijos. Múltiples estudios posteriores han corroborado las hipótesis de estos autores.

2) PROGRAMA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA PARA ADOLESCENTES, SEDE REGIONAL SUR - AVELLANEDA.

El Programa de Psicología Clínica para Adolescentes (Directora: Prof. Dra. Susana Quiroga), funciona en la Sede Regional Sur-Avellaneda de la UBA. Los pacientes atendidos en dicho programa transcurren su desarrollo envueltos en reiterados traumas infantiles, desamparo psíquico y físico, migraciones, cambios de estructura familiar, desaparición o muerte dudosa de los progenitores y conviven en un contexto de delincuencia, consumo y tráfico de drogas, pudiendo ser víctimas de abuso físico y sexual.

Los estudios epidemiológicos realizados en el Proyecto UBACYT (P056) 2001-2003: "*Detección del patrón de interacción familiar-grupal y prevención de conducta antisocial y autodestructiva en adolescentes*" pusieron en evidencia que la noción de *apuntalamiento* (Kaes, 1977, 1991) en esta población adolescente se ha desestructurado. El concepto de *apuntalamiento*, dice el autor, es múltiple ya que proviene de la función paterna y materna así como también del grupo y de la cultura. El desmantelamiento de la red de apuntalamiento por los efectos del contexto social dentro del cual conviven estos adolescentes mostró el desapuntalamiento grupal y comunitario tanto en población escolar de la zona como en los pacientes consultantes al Programa

Estos pacientes se caracterizan, desde el punto de vista intersubjetivo, ya sea por un déficit en los vínculos, puesto de manifiesto en apatía, abulia y/o desinterés por el otro (Kaes, 1991), o por la predominancia de vínculos de odio (Kernberg, 1989), manifestados en el rechazo sistemático y descalificación hacia la persona del terapeuta y de sus pares en el grupo. Desde el punto de vista intrasubjetivo, se observa un déficit en la construcción de la trama representacional por la intensidad y la cualidad de situaciones vitales traumáticas acaecidas en la infancia y en la realidad familiar actual. En este punto se hace necesario diferenciar la realidad como potencialmente traumatogénica de la noción de trauma como injuria psíquica que puede producirse o no frente a los eventos fácticos externos de carácter disruptivo (Benyakar, M., 2003). La reiteración de situaciones amenazantes y disruptivas trae aparejado lo que se conoce como trauma acumulativo (Masud Khan, 1974) o vivenciar traumático; situación intrapsíquica presente en la mayoría de nuestros pacientes: limitación de la capacidad elaborativa del psiquismo y desmantelamiento de la subjetividad.

3) RESULTADOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA POBLACIÓN CONSULTANTE AL PROGRAMA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA PARA ADOLESCENTES

A continuación describiremos los resultados presentados en sucesivos Congresos y Jornadas nacionales e internacionales en relación con los *objetivos epidemiológicos* propuestos en el Proyecto UBACYT-P056.

En este estudio de la población consultante realizado entre 2000 y 2002, se encontraron los siguientes datos:

- *Prevalencia de ideaciones e intentos suicidas*: en el estudio de Motivos de Consulta de adolescentes de 13 a 24 años de ambos sexos (Quiroga, S; Piccini, M., et. al, 2003), se advierte que esta población ha tenido un 25% de ideación suicida y un 17% ha llevado a cabo el intento. En la adolescencia temprana y media un 26% ha tenido ideación suicida y en la adolescencia tardía un 13%. En cambio se advierte la relación inversa en el intento suicida, ya que sólo el 14% de los adolescentes tempranos, el 18% de los medios y el 33% de los tardíos ha llevado a cabo el intento. Considerando el sexo, el 20% de las mujeres y el 32% de los varones ha tenido ideaciones suicidas. Contrariamente, el 25% de las mujeres y sólo el 5% de los varones ha llevado a cabo el intento. En cuanto a la comorbilidad de las consultas, se observó que la violencia familiar se asocia con la ideación suicida en un 43% y con el intento suicida en un 40%. Los trastornos de la alimentación se asocian en un 30% con ideación suicida y en un 48% con el intento. En tercer lugar, el abuso sexual se asocia con ideación en un 19% y con intento en un 15%. Por último, la

violencia externalizada del adolescente se asocia en un 19% con ideación y en un 11% con el intento suicida.

- **Prevalencia de Alexitimia:** La alexitimia se define como la dificultad para verbalizar afectos y sensaciones corporales surgidos frente a acontecimientos traumáticos. Esta incapacidad de ligar afectos y palabras privilegia los actos de riesgo frente a la expresión de lo emocional aumentando así la vulnerabilidad psicosocial de esta población (Krystal, H, 1988; Sifneos, P., 1973). En este estudio se encontró que el 72% de los adolescentes presenta alexitimia y probable alexitimia (Quiroga, S.; Levy, M. 2000). En relación con el sexo se encontró mayor porcentaje de alexitimia en mujeres (43%) que en varones (33%). Un 39% de adolescentes tempranos, 28% de adolescentes medios y 41% de adolescentes tardíos presenta alexitimia, resultado muy significativo comparado con estudios realizados en población no clínica de adolescentes tardíos: 16%. (Quiroga, S., Zukerfeld, R., Zonis, R., 1998).

- **Prevalencia de Sucesos de Vida Traumáticos:** se encontraron diferencias estadísticamente significativas en tres muestras obtenidas de a) Población clínica del Programa (n=48), b) Población no clínica de una escuela del mismo distrito (n=79) y c) Población no clínica de una escuela secundaria de clase media de Capital Federal (n=61) (Quiroga, S., Nievas, E., et.al, 2003). Las dos primeras muestras, clínica y no clínica, pertenecientes al Distrito de Avellaneda (a y b) no presentan diferencias estadísticamente significativas con respecto a la cantidad e intensidad de sucesos de vida traumáticos. En cambio existen diferencias estadísticamente significativas entre la muestra clínica y no clínica, a y c (Cantidad e Intensidad: p.000) y entre las dos muestras no clínicas b y c (Cantidad: p.000 e Intensidad p.005). Esto sugiere que estas diferencias significativas entre ambas poblaciones, no deben su diferencia al contexto clínico-no clínico sino a la presencia de un contexto psicosocial potencialmente traumatogénico. Esta realidad contextual vulnerable pone en evidencia el riesgo de un desapuntamiento grupal necesario para la constitución de la subjetividad.

- Con respecto a la aplicación de la *Escala PERI* (Psychiatric Epidemiological Research Interview) en una muestra de 100 adolescentes tempranos evaluados con este instrumento (Quiroga, S., Emborg, P., Fernández, G. et.al, 2002), se encontró que la desestimación de conductas de riesgo relacionadas con el cuerpo, la sexualidad, las adicciones y el pasaje al acto oscilaba entre un 95-100%.

- Los estudios de Deserción que se realizan anualmente (Quiroga, S.; González, M.; Pérez Caputo, M.C., 2003, 2004), detectaron que los momentos de mayor abandono

de la consulta clínica fueron: 1) la concurrencia a la primera entrevista de admisión luego de haber solicitado turno personalmente o por teléfono, 2) el proceso diagnóstico y 3) el inicio del tratamiento, que va desde la no iniciación al abandono entre la primera y la tercera sesión.

4) TÉCNICAS DESARROLLADAS PARA EL ABORDAJE DE ESTA POBLACIÓN

Los resultados obtenidos en los sucesivos estudios epidemiológicos nos condujo a un replanteo del abordaje de esta población, tanto en el ámbito de la evaluación como en el del tratamiento.

Dado que estos pacientes presentan una alta vulnerabilidad física, somática y psicosocial debido a la alta prevalencia de ideaciones e intentos de suicidio, de alexitimia, de sucesos de vida traumáticos y de desestimación de conductas de riesgo en el área del cuerpo, la sexualidad, las adicciones y el pasaje al acto, nos abocamos a evitar la deserción como punto fundamental del proceso terapéutico.

La implementación del nuevo abordaje nos condujo al logro de una mayor eficacia terapéutica, sin perder los criterios generales de ética y responsabilidad profesional. En este abordaje se incorporaron las siguientes técnicas:

- Para la deserción a la concurrencia a la primera entrevista de admisión se pensaron diversas técnicas que incluyeron: a) llamadas telefónicas para ofrecer un nuevo turno con el objeto de generar una transferencia positiva con la institución, b) interesarse por las causas de la ausencia del paciente para brindar soporte empático al vínculo, y c) brindar información acerca de los beneficios de incluirse en un proceso diagnóstico y terapéutico y aclarar dudas sobre la finalidad de los mismos.

- Para el segundo momento de deserción, se observó que el proceso diagnóstico de cuatro o cinco entrevistas individuales, si bien era muy completo y detallado, generaba el establecimiento de una transferencia positiva con el psicólogo del equipo diagnóstico, lo cual dificultaba el pasaje al terapeuta que conduciría el tratamiento. Esto nos llevó a abreviar la etapa diagnóstica individual a dos sesiones, con el objeto de realizar una primera evaluación de selección y discriminación de patologías para determinar la posibilidad de atención psicológica en nuestro servicio o una pronta derivación a instituciones asistenciales más específicas. Una segunda técnica implementada ante el incremento del número de pacientes en lista de espera fue realizar admisiones grupales con la finalidad de evitar la resistencia por la consulta psicológica manifestada a

través del desinterés o la transferencia negativa.

- El tercer momento de alto riesgo de deserción es el inicio del tratamiento, debido a las dificultades de estos pacientes y sus familias de establecer vínculos estables, asumir las funciones parentales y el desconocimiento de las consecuencias futuras de sus conflictos. Para ello, se crearon dispositivos terapéuticos grupales previos al inicio de un Grupo de Terapia de Largo Plazo de Orientación Psicodinámica (GTLP). Estos dispositivos son: el Grupo de Encuadre Vincular y Representacional (GEVR) y el Grupo de Terapia Focalizada (GTF), que se describen a continuación.

5) DISPOSITIVOS TERAPÉUTICOS GRUPALES DE CORTO PLAZO

El estilo de trabajo grupal en estos dispositivos (GEVR y GTF) se caracteriza por una interacción entre terapeuta, co-terapeutas y pacientes, donde las técnicas de intervención están centradas en su mayoría en: a) la clarificación de aspectos cognitivos confusos, b) la confrontación con aspectos disociados intra e intersubjetivos, c) el señalamiento y la puesta de límites, como momentos previos al uso de la elaboración psíquica mediante la interpretación, como sucede en el tratamiento de orientación psicodinámica de pacientes neuróticos.

El concepto básico de este tipo de abordaje terapéutico, tanto para los adolescentes como para sus familias, se encuentra en dos tipos de problemáticas subyacentes: 1) el vacío representacional que se manifiesta en la conducta abúlica, el desinterés por el otro o por sí mismo y la falta de energía psíquica y 2) la existencia de una repetición inconsciente en el aquí-y-ahora de vínculos internalizados patológicos del pasado, en los que predominan el desamparo y el desvalimiento psíquico. Esta constitución intrapíquica deficitaria se recrea en el "acto" una y otra vez y es experimentada como realidad actual.

Por lo tanto, estas nuevas técnicas apuntan a:

- enfatizar la estabilidad del encuadre terapéutico;
- regular la participación del terapeuta en el nivel necesario para reducir el descontrol de los impulsos;
- tolerar la hostilidad de los pacientes en la transferencia negativa;
- bloquear las actuaciones poniendo límites a acciones que pongan en peligro a los pacientes;
- realizar señalamientos que ayuden al paciente a establecer ligaduras entre la acción y los afectos;
- focalizar el trabajo terapéutico en la clarificación, la confrontación y la interpretación en el aquí-y-ahora más que en el material histórico;
- monitorear cuidadosamente los sentimientos de contratransferencia.

Estos 7 puntos fueron desarrollados a través de la modulización del tratamiento de orientación psicodinámica en grupos de corto plazo (GEVR y GTF), que incluyen objetivos y técnicas predeterminadas.

- Grupo de Encuadre Vincular y Representacional

Los Grupos de Encuadre Vincular y Representacional (GEVR) son grupos de espera -abiertos y específicos- con una frecuencia semanal de una hora y media de duración. Están organizados en módulos pautados que incluyen los siguientes tópicos:

- informar acerca del problema utilizando material gráfico ilustrativo,
- favorecer la expresión verbal del problema, estimulando la participación de los pacientes para formular preguntas acerca del trastorno que padecen,
- establecer vínculos con la institución, los terapeutas y los pares,
- evitar la profundización en la comunicación de los problemas personales,
- prevenir la deserción producida por el tiempo de espera,
- detectar la capacidad de adaptación del adolescente a un encuadre grupal y
- detectar las conductas transgresoras y de pasaje al acto del adolescente en el grupo.

- Grupos de Terapia Focalizada

Los Grupos de Terapia Focalizada (GTF) son grupos cerrados con modalidad psicodinámica (Quiroga, S., Paradiso, L., Cryan, G., et.al 2003), que constan de diez (10) reuniones de una vez por semana de una hora y media de duración, con temática focalizada, de acuerdo con edad, fase evolutiva, educación y criterio diagnóstico individual. Sus objetivos son la detección de:

- patrones de interacción familiar y grupal a través de grupos de terapia paralelos de padres e hijos,
- la capacidad de cambio psíquico del grupo familiar y
- la prevención de conductas antisociales y autodestructivas.

A través de este dispositivo nos proponemos:

- *comprender* el motivo de consulta o "conciencia de enfermedad",
- *esclarecer* los patrones de interacción, formas de comunicación y tipicidades en el funcionamiento grupal,
- *esclarecer* los obstáculos del grupo al establecimiento del encuadre y la transgresión a los límites,
- *describir y comprender* la composición familiar,
- *trabajar* la relación del síntoma con los vínculos familiares,
- *continuar con la detección* de la adaptación del adolescente a este encuadre
- *continuar con la detección* de las conductas transgresoras y de pasaje al acto

- *detectar* el grado de funcionamiento psíquico.

Las 10 sesiones del GTF se distribuyen de la siguiente manera:

- *Primera sesión:* multifamiliar, compuesta por los adolescentes, sus padres, el terapeuta y los observadores.
- *Segunda a octava sesión:* Grupo de Terapia Focalizada (GTF) con los adolescentes, el terapeuta de adolescentes y los observadores y Grupo de Orientación a Padres (GOP) con los padres, el terapeuta de padres y los observadores
- *Novena sesión:* multifamiliar, compuesta por los adolescentes, sus padres, el terapeuta y los observadores.
- *Décima sesión:* sesión de cada adolescente con su familia. Administración de una batería de cuestionarios que evalúen cambio psíquico. Evaluación del trabajo realizado y derivación.

Una vez finalizado el GTF, los pacientes son derivados a un Grupo Terapéutico de Largo Plazo (GTLP), a Terapia Individual, a Terapia Familiar, a Servicios externos de cuidado intensivo o a la Repetición del Primer Módulo GTF.

Con respecto a la implementación de estas dos nuevas técnicas, cabe aclarar que si bien el GEVR constituye el primer módulo del tratamiento, su creación fue posterior a la del GTF. El trabajo de focalización psicodinámica de los contenidos de los conflictos tales como el motivo de consulta y su relación con los vínculos familiares, producía una intensa movilización afectiva que requería de un paso previo, consistente en la constitución de un marco de contención estable seguro. Este marco de contención quedó plasmado en los objetivos enunciados en el GEVR. Su implementación produjo no sólo mejorías en el área clínica sino que también enriqueció el trabajo terapéutico en el GTF.

6) RESULTADOS OBTENIDOS CON LAS NUEVAS TÉCNICAS

Los resultados obtenidos con las nuevas técnicas Grupo de Encuadre Vincular y Representacional (GEVR) y Grupo de Terapia Focalizada (GTF) han demostrado que se obtiene una eficacia terapéutica mayor en esta población.

- *Resultados obtenidos con el GEVR:* la implementación de esta técnica (Quiroga, S, Paradiso, L., Cryan, G., Auguste, L., 2004) se correspondió, en primer lugar, con una mayor adherencia al tratamiento, evaluada a través de: a) *asistencia al GTF* (se registró un 64% de asistencia promedio en aquellos pacientes que realizaron GEVR previo), b) *intervención espontánea* (la media de intervenciones espontáneas en la primera sesión del GTF

en una muestra de adolescentes que realizó GEVR previo fue 50, superando en un 100% la media de intervenciones espontáneas de la muestra GTF sin GEVR previo) y c) *deserción al GTF y al GTLP* (la deserción en los pacientes que realizaron GEVR previo al GTF fue del 20%. Este porcentaje representa una disminución del 14%, ya que en la muestra de pacientes que realizaba GTF sin GEVR previo la deserción era del 34%).

En segundo lugar, se logró el establecimiento de vínculos con pares (mayor registro de los miembros ausentes, planificación de actividades grupales fuera del ámbito terapéutico y menor dificultad para integrarse en el GTLP con los otros pacientes en tratamiento).

Durante los años 2003-2004 se han realizado cuatro grupos GEVR; tres de ellos sin evaluación pre-post test a manera de experiencia piloto. Las conclusiones derivadas de la evaluación clínica de estos grupos piloto llevaron al equipo de trabajo a planificar un cuarto grupo GEVR que incluyera una evaluación al comienzo y al final del dispositivo con el propósito de evaluar mediante pruebas objetivas los resultados de esta nueva técnica implementada. Al momento de esta presentación, los datos están en proceso de evaluación.

- *Resultados obtenidos con el GTF:* las técnicas de Terapia Focalizada (*GTF*) con tiempos y objetivos limitados, han mostrado resultados positivos: los pacientes que concurren a los *GTF* completan casi en un 70% no solo las técnicas de corto plazo sino también el período de 6 meses establecido como la base mínima indispensable para considerar un principio de cambio psíquico (Quiroga, S.; González, M.; Pérez Caputo, M.C., 2003).

Con respecto al objetivo sobre la *posibilidad de cambio psíquico* del adolescente, los Grupos de Terapia Focalizada (*GTF*) con adolescentes fueron eficientes en la disminución de la *desconfianza* y la *hostilidad*, lo cual implica un descenso en la conducta impulsiva y un aumento de la empatía con el terapeuta y sus pares.

Los resultados cuantitativos pre-post test (Quiroga, S.; Paradiso, L., Cryan, G., et.al., 2003) obtenidos a través de los cuestionarios de depresión (CDI) y de ansiedad (IDARE E-R) de adolescentes tempranos violentos mostraron una disminución estadísticamente significativa de la ansiedad (Escala estado: $p = .041$; Escala rasgo $p = .015$) y un aumento de la depresión no significativo estadísticamente ($p = .367$), excepto en las subescalas de Inefectividad y Anhedonia que fueron las subescalas del cuestionario que más disminuyeron. Estos resultados indican un principio de cambio psíquico que posibilita un mejor trabajo terapéutico debido al aumento de la capacidad de comunicación y una disminución de la disociación emoción-cognición.

- *Resultados obtenidos con el GOP:* En los grupos paralelos de orientación a padres, los resultados

cuantitativos pre-post test correlacionaron de manera inversa con los resultados obtenidos en los GTF de adolescentes. Se observó un aumento de la ansiedad medida con el cuestionario STAI y una disminución de la depresión medida con el BDI. Si bien los resultados no son significativos, clínicamente este cambio se observó en una participación más activa en el grupo y un mayor interés por la vida de sus hijos.

En relación con los estudios de personalidad de los padres de adolescentes violentos por medio del Inventario de Organización de la Personalidad (Clarkin, Kernberg & Foelsch, 1999; adaptación Quiroga, S; Dominguez, M., 2004) se encontró presencia de Trastornos de Personalidad y núcleos psicóticos reflejados en los siguientes resultados por encima de la media estadística: Difusión de Identidad (60%); Defensas Primitivas (80%) y Prueba de Realidad (50%).

• *Patrones de interacción del grupo familiar:* Con respecto a los patrones de interacción del grupo familiar (Quiroga, S. Emborg, P., Fernández, G., 2001) se encontró:

- Vínculos maternos: 13% de abandono del hogar y 87% de déficit vincular: 30% de vínculos de indiscriminación e intrusión (estilo simbiótico) y 70% de abandono y desconexión (estilo esquizoide)
- Vínculos paternos: 25% de pérdida de vínculo, por muerte violenta temprana y 100% de abandono y desconexión hacia los hijos

La correlación de los patrones de interacción de los adolescentes violentos con sus padres se observó en los siguientes rasgos:

- desconexión afectiva y cognitiva en el grupo de pares;
- uso de interferencias en la comunicación;
- conductas amenazantes por medio de la humillación y descalificación del otro (estilo paranoide) y mimetismo en las respuestas verbales al terapeuta.

La pérdida o déficit en los patrones vinculares parentales se correlaciona en los adolescentes violentos con una falta de interés por estar vivos (conductas autodestructivas), falta de empatía y agresión hacia los modelos de identificación.

7) CONCLUSIONES

En este trabajo intentamos mostrar las dificultades clínicas que presenta el abordaje terapéutico de una población de alto riesgo, en la que predominan vínculos patológicos transmitidos transgeneracionalmente.

En los estudios epidemiológicos realizados en el Programa se descubrió la alta vulnerabilidad psíquica y somática que presenta la población consultante, la cual se ve agravada por las condiciones del medio social en el que el desarrollo de estos pacientes transcurre.

Los resultados obtenidos en este área dan cuenta del predominio de un sentimiento de desesperanza y de la

falta de un proyecto a futuro, que se manifiesta a través del desinterés por estar vivos y la prevalencia de *ideaciones e intentos suicidas*. Esta situación se ve agravada por la reiterada exposición a diversos traumas acaecidos en la infancia o en la actualidad, reflejada en la cantidad e intensidad de *Sucesos de Vida Traumáticos* en la población clínica y no clínica de este distrito. Las enfermedades psíquicas, las adicciones y el déficit vincular que presentan los padres, sumado a las dificultades socioeconómicas y la urgencia por subsistir hacen que la red de apuntalamiento familiar se vea deteriorada, lo cual conduce a la noción de desapuntalamiento propuesta por Kaes: desmantelamiento de la red de apuntalamiento por los efectos del contexto social, reflejada en el desapuntalamiento grupal y comunitario. Esta falta de apuntalamiento en estos adolescentes facilita la aparición de patologías autodestructivas, que en ocasiones terminan en la muerte biológica. La desestimación de conductas de riesgo y de pasaje al acto relacionadas con el cuerpo, la sexualidad y las adicciones muestra el predominio del acto sobre la palabra. La prevalencia de Alexitimia muestra la imposibilidad de elaboración psíquica de ligar afectos y palabras, lo cual hace que se privilegien los actos de riesgo frente a la aparición de lo emocional.

Una de las problemáticas más recurrentes en estos pacientes es la dificultad para mantener vínculos estables. La predominancia de un déficit vincular se observa tanto en los adolescentes como en sus padres y se relaciona con la historia familiar y transgeneracional que presentan estas familias. Este déficit se manifiesta en apatía, abulia y/o desinterés por el otro o en la predominancia de vínculos de odio manifestados en el rechazo sistemático y descalificación hacia la persona del terapeuta y de sus pares en el grupo. Esta situación de déficit se manifiesta en los tres momentos de deserción descriptos en este trabajo, lo cual condujo a un replanteo del abordaje psicoterapéutico.

Considerando un tratamiento grupal de orientación psicoanalítica como marco de referencia, se desarrollaron e implementaron nuevas técnicas terapéuticas tendientes a la modulización del tratamiento mediante la utilización de dispositivos de corto plazo (GEVR y GTF), con objetivos y técnicas predeterminadas, previas a un tratamiento psicodinámico grupal clásico de largo plazo (GTLP).

El primer módulo, GEVR, permitió que los pacientes pudieran ingresar a un grupo de tratamiento inmediatamente después del pedido de consulta; con ello se logró disminuir la deserción y aumentar la adherencia en los diferentes módulos. Las actividades realizadas en este grupo privilegiaron la interacción de los pacientes a través de la verbalización, generando de este modo nuevas representaciones palabra y desestimando el pasaje directo a la acción. Es así que se registró el doble de intervenciones espontáneas de los pacientes

al iniciar el segundo módulo del tratamiento.

El segundo módulo, GTF, permitió focalizar en los puntos centrales de las patologías que presentan estos pacientes. En el mismo se logró una mayor toma de conciencia del motivo de consulta, lo cual se vio reflejado en la disminución de la *desconfianza* y la *hostilidad*. Esto implicó un descenso en la conducta impulsiva y una disminución de la disociación emoción - cognición, así como también un aumento de la capacidad de comunicación y de empatía con el terapeuta y sus pares.

El grupo paralelo de padres, GOP, permitió detectar en los mismos la presencia de Trastornos de Personalidad y núcleos psicóticos importantes. A través de estos grupos, los padres lograron relacionar el motivo de consulta de sus hijos con su propia historia. Esta situación bisagra fue el punto de inflexión que desencadenó una participación más activa en el grupo y un mayor interés por la vida de sus hijos.

Al analizar los patrones de interacción del grupo familiar, corroboramos la prevalencia de déficit vinculares en los padres como modelos de identificación para sus hijos adolescentes, generando en ellos falta de interés por estar vivos (conductas autodestructivas), falta de empatía y agresión como patrón de conducta recurrente.

Los resultados cuantitativos obtenidos sobre la eficacia de estas nuevas técnicas, muestra parte del trabajo que se realizó en el marco del Proyecto UBACYT P056. En el nuevo proyecto de investigación UBACYT P069: "*Análisis de Proceso y de Resultados de Terapia Grupal Focalizada de Corto Plazo para Adolescentes con Conducta Antisocial Y Autodestructiva*" se continuará con los estudios de resultados cuantitativos (epidemiológicos y de eficacia terapéutica) y se comenzará a profundizar en los estudios de proceso. La pregunta a investigar estará focalizada en estudiar de qué manera o cómo el cambio ocurre, lo que significa profundizar en el difícil problema de medir procesos terapéuticos, no sólo en los sujetos sino también en la interacción de los sujetos en grupos y el grupo como un todo. El objetivo de esta pregunta es identificar procesos de cambio terapéutico en las interacciones dentro y entre estos distintos sistemas en todos los niveles de comportamiento y experiencias de los sujetos dentro y fuera de las sesiones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^{ta} ed.). Washington, DC.
- Benyakar, M. (2003) Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismos y catástrofes sociales. Biblos, Buenos Aires
- Clarkin, J., Foelsch, P., Kernberg, O. F. (1998). Manual of the Inventory of Personality Organization (Draft). Cedido por el Dr. Clarkin a la Dra. Susana Quiroga en el Personality Disorders Institute. New York Hospital, Westchester Division, Cornell University (Nueva York). No publicado.
- Clarkin, J.F.; Yeomans, F.; Kernberg, O. (1999). Psychotherapy for Borderline Personality. New York: John Wiley & Sons.
- Díaz Guerrero, R.; Spielberger, C.H. (1975). IDARE, Inventario de Ansiedad: Rasgo Estado, Manual e Instructivo. El Manual moderno, México.
- Gril, S, Mergenthaler, E (1998) "Psicoterapia e investigación empírica". Revista de Investigación Facultad de Psicología de la Udelar 1: 29-35.
- Gunderson, J. G.; Kerr, J.; Englund, D.W. (1980) The family of borderlines: comparative study. Arch. Gen. Psychiatry 37: 27-33.
- Kaës, R.: (1976) El aparato psíquico grupal, Barcelona, Granica, 1977
- Kaës, R.; Puget, J.: (1988) Violencia de estado y psicoanálisis, Bs As, CEA, 1991
- Khan, M. (1963 a) "The concept of cumulative trauma" en The privacy of the self, 1974 Londres: Hogarth; New York: Int Univ. Press
- Kernberg, O. F. (1987) Trastornos graves de la Personalidad. México, D. F. El Manual Moderno.
- Kernberg, O. F. (1989). "The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior". En O. F. Kernberg (Ed.), Narcissistic personality disorder: Psychiatric clinics of North America (pp. 553-570). Philadelphia: Saunders.
- Kernberg, O. F.; Selzer, M. A., et al. (1989). Psicoterapia psicodinámica del paciente límite. México: Ed. Planeta Mexicana, 1995.
- Kernberg, O. F. (1994). La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad. Buenos Aires: Paidós.
- Kernberg, P. F.; Weiner, A.; Bardenstein, K. (2000). Personality Disorders in Children and Adolescents. New York: Basic Books.
- Kovacs, M. (1995) *Cuestionario de Depresión Infantil CDI*; adaptación argentina Casullo, M.M., 1995
- Krystal, H (1988) Integration and Self-Healing The Aalytic press
- Links, P.S. (1990). Family environment and borderline personality disorders. American Psychiatric Press, Washington D.C.
- Quiroga, S. E. (1994). Patologías de la autodestrucción. Editorial Publikar, Bs. As. 1998.
- Quiroga, S. E. (1998). Adolescencia, del goce orgánico al hallazgo de objeto, Editorial. EUDEBA, Universidad de Buenos Aires, Junio 1998. 2da. Edición.
- Quiroga, S, Zonis, R y Zukerfeld, R (1998) "Conductas alimentarias y factores psicopatológicos en mujeres ingresantes a la Universidad de Buenos Aires". Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología, Nro. 2, pp. 113 - 135.
- Quiroga, S., Levy, M. (2000) "Evaluación de la Alexitimia en Adolescentes en zona de riesgo. Afecto y ausencia de palabras". II Latin American Research Congress. FEPAL - IPA (International Psychoanalytical Association). Tema del Congreso: "Cambio psíquico. Criterios de evaluación" Gramado (Brasil)
- Quiroga, S. E. (2001). Adolescencia: ¿crecimiento o autodestrucción?. Editorial JVE Ediciones, Buenos Aires.
- Quiroga, S. E., Emborg, P., Fernández, G. (2001). "Focused Group Psychotherapy of Psychoanalytical Orientation for Violent Male Adolescents. A Pilot Study". Universidad de Buenos Aires. Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research (SPR). 20 al 24 de junio, Montevideo (Uruguay)
- Quiroga, S. E., Emborg, P.; González, M; Pérez Caputo, M.C.; Fernández, G. (2002) "Manifestaciones de la lógica de la adolescencia temprana a través de la Escala PERI". IX Jornadas de Investigación: "Presente y Futuro de la Investigación en Psicología". Facultad de Psicología de la UBA. 29 y 30 de agosto, Buenos Aires

- Quiroga, S. E., Fontao, M.I. y Castro Solano, A. (2003). "Evaluación de la estructura de la personalidad: adaptación argentina del Inventario de Organización de la Personalidad". *Revista del Instituto de Altos Estudios en Psicología y Ciencias Sociales: "Subjetividad y procesos cognitivos"*. Vol. 3: "Investigaciones en Psicoterapia", págs. 164-190. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Marzo 2003
- Quiroga, S., González, M.; Pérez Caputo, M.C; Melicci, J. (2003) "Prevención de la deserción a la consulta psicológica. Inclusión de nuevas técnicas para favorecer la eficacia terapéutica". *Memorias de las X Jornadas de Investigación: "Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología"* Tomo I, págs. 66-68. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. ISSN 1667-6750
- Quiroga, S., Nievas, E; Domínguez, M; González, M; Emborg, P; Dzisusz, D; Melicci, J. (2003) "Sucesos traumáticos en la adolescencia temprana. Presencia e intensidad del hecho traumático en tres poblaciones con diferentes grados de vulnerabilidad psicosocial". *Memorias de las X Jornadas de Investigación: "Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología"* Tomo I, págs. 88-90. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. ISSN 1667-6750
- Quiroga, S., Paradiso, L; Cryan, G; Moreno, C; Auguste, L.(2003) "La vincularidad en grupos paralelos de terapia focalizada para adolescentes tempranos con conductas antisociales y sus padres". *Memorias de las X Jornadas de Investigación: "Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología"* Tomo I, págs. 95-97. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. ISSN 1667-6750
- Quiroga, S., Piccini, M, Vega, V, Paradiso, L, Cryan, G, Nievas, E, Fenochietti, S, Giménez, A.C., Batiatto, D. (2003) "Prevención, Asistencia e Investigación en un Servicio de Psicología Clínica para Adolescentes con Patologías de la Autodestrucción". VII Jornadas Nacionales de Prevención del Suicidio. V Jornada de Suicidología del Mercosur. III Encuentro Nacional Universitario sobre Suicidio Adolescente. I Jornadas Provinciales de Prevención del Suicidio. 10 y 11 de octubre de 2003
- Quiroga, S., González, M, Pérez Caputo, M.C (2004) "Una aproximación al problema de la adherencia al tratamiento con adolescentes vulnerables". *Memorias de las XI Jornadas de Investigación: "Psicología, sociedad y cultura"* Tomo I, págs. 43-44. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. ISSN 1667-6750
- Quiroga, S., Paradiso, L, Cryan, G; Auguste, L; Zaga, D (2004) "Abordaje terapéutico para adolescentes tempranos con conductas perturbadoras: Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial". *Memorias de las XI Jornadas de Investigación: "Psicología, sociedad y cultura"* Tomo I, págs. 71-73. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. ISSN 1667-6750
- Quiroga, S., Domínguez, M (2004) "Adaptación del Inventario de Organización de la Personalidad a una muestra de Buenos Aires". *Memorias de las XI Jornadas de Investigación: "Psicología, sociedad y cultura"* Tomo II, págs. 311-313. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. ISSN 1667-6750
- Sifneos, P. (1973). "The prevalence of Alexthymic characteristic in psychosomatic patients" in *Psychother. Psychosom.* 22:255-262
- Spielberger H., et al. (1968). *State and Trait Anxiety Inventory STAI*; adaptación argentina Figueroa N., 1983
- Stone, M. (1990). *The fate of borderline patients*. New York: Guilford Press.
- Stone, M. (1993). *Abnormalities of personality*. New York: Norton.