

Anuario de Investigaciones

Anuario de Investigaciones

ISSN: 0329-5885

anuario@psi.uba.ar

Universidad de Buenos Aires

Argentina

Quiroga, Susana; Cryan, Glenda

GUÍA TERAPÉUTICA DEL DISPOSITIVO GRUPOS DE TERAPIA FOCALIZADA- GTF
PARA ADOLESCENTES VIOLENTOS

Anuario de Investigaciones, vol. XVIII, 2011, pp. 69-80

Universidad de Buenos Aires

Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139947008>

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

GUÍA TERAPÉUTICA DEL DISPOSITIVO GRUPOS DE TERAPIA FOCALIZADA- GTF PARA ADOLESCENTES VIOLENTOS

THERAPEUTIC GUIDE OF THE FOCALISED THERAPY GROUP DEVICE - FTG FOR VIOLENT ADOLESCENTS

Quiroga, Susana¹; Cryan, Glenda²

RESUMEN

En el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA se creó un dispositivo diagnóstico-terapéutico denominado *Grupo de Terapia Focalizada-GTF*. Este dispositivo consiste en la conformación de grupos cerrados, con temática focalizada y orientación psicodinámica que constan de diez sesiones de una vez por semana de una hora y media de duración.

En este trabajo presentaremos: 1- la importancia del desarrollo de guías clínicas a nivel internacional, 2- la caracterización intrapsíquica e intersubjetiva de los adolescentes violentos y las dificultades que presentan para los abordajes terapéuticos psicodinámicos clásicos. 3- las características del dispositivo *GTF*, 4- la guía terapéutica del dispositivo *GTF* que incluye los objetivos específicos, el desarrollo de los mismos y la técnica específica para cada una de las sesiones.

Esta guía terapéutica fue aplicada a 9 *GTF* para adolescentes tempranos violentos. El Análisis de Resultados y Proceso Terapéutico de esta muestra a la que se aplicó la guía permite pensar que este dispositivo con objetivos predeterminados y con actividades específicas para cada una de las sesiones, constituye un marco de contención estable en contraposición a la realidad disruptiva, cambiante y con alto riesgo psicosocial en la que viven estos adolescentes.

Palabras clave:

Adolescentes Violentos - Grupos de Terapia Focalizada - Guía Terapéutica

ABSTRACT

Within the framework of the *Program of Clinical Psychology for Adolescents*, Southern Branch of the School of Psychology, UBA, a diagnostic-therapeutic device called Focalised Therapy Group- FTG has been created. This device involves forming closed groups with focalised topics and psychodynamic orientation, which consists of ten sessions that last an hour and a half each and are held once a week.

In this research work we will present: 1- the importance of developing a clinic guide at an international level; 2- the intrapsychic and intersubjective description of the violent adolescents and the difficulties they have to be treated with the classic psychodynamic therapeutic approaches, 3- the features of the FTG device; 4- the therapeutic guide to the FTG device that includes the specific objectives, their development and the specific technique for each session.

This therapeutic guide has been used with 9 FTG for violent early adolescents. The Analysis of the Outcome and the Therapeutic Process of the sample to which the guide has been applied lets us think that this device with predetermined objectives and specific tasks for each session is a stable support frame which contrasts the disruptive, changing and highly risky reality which these adolescents live in.

Key words:

Violent adolescents - Focalised Therapeutic Groups - Therapeutic Guide

¹Dra. en Filosofía y Letras con Orientación en Psicología. Lic. en Psicología. Profesora Titular Consulto, UBA. Directora de los Proyectos UBA-CYT 2004-2007 P069 y 2008-2010 P049. E-mail: suquirosa@arnet.com.ar

²Dra. en Psicología. Investigadora Asistente del CONICET. Docente de la Cátedra I de Psicología Evolutiva II: Adolescencia. Investigadora de apoyo en los Proyectos UBACYT 2004-2007 P069 y 2008-2010 P049. E-mail: gryan@psi.uba.ar

GUÍA TERAPÉUTICA DEL DISPOSITIVO GRUPOS DE TERAPIA FOCALIZADA- GTF PARA ADOLESCENTES VIOLENTOS

1. Introducción

El dispositivo *Grupo de Terapia Focalizada-GTF*, de orientación psicodinámica, de corto plazo y focalizado es un dispositivo diagnóstico-terapéutico grupal creado para abordar patologías del acto, es decir, aquellas en las cuales la verbalización ha fallado y en su lugar aparecen transformaciones psíquicas diversas (cuadros somáticos, adicciones, abulia, accidentofilia, traumatismos, abusos, violencia, etc.). Estos grupos *GTF* se desarrollan en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA (Directora: Prof. Dra. Susana E. Quiroga), y han sido objeto de investigación de diversos Proyectos UBA-CyT: P056 (2001-2003), P069 (2004-2007) y P049 (2008-2010), que han dado resultados altamente satisfactorios a través de la realización de análisis de proceso y de resultados. Actualmente, diversos aspectos de este dispositivo están siendo estudiados en el marco del Proyecto UBACyT 20020100100872 (Directora: Prof. Dra. Susana Quiroga) y en el Plan de Trabajo 2010 de la Carrera de Investigador Científico del CONICET (Dra. Glenda Cryan). En este último, uno de los objetivos apunta a la sistematización de la guía terapéutica del dispositivo *GTF* para que esta modalidad de tratamiento sea replicada por otros profesionales en el abordaje de adolescentes violentos y en la prevención de delitos y conductas antisociales y autodestructivas de mayor gravedad.

En este trabajo presentaremos la guía terapéutica que se desarrolló para el tratamiento de adolescentes tempranos violentos de 13 a 15 años con Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial. En la misma, se fijaron los objetivos a trabajar en cada una de las sesiones del dispositivo, el desarrollo de los mismos y las técnicas específicas para alcanzarlos. Hasta el momento, la guía fue aplicada a 9 Grupos de Terapia Focalizada *GTF*, conformándose una muestra final de 42 pacientes que concluyeron el dispositivo. Si bien no es el objetivo de este trabajo presentar el análisis de proceso y de resultados que se ha llevado a cabo hasta el momento, podemos considerar, a modo de síntesis, que en el *Análisis de Resultados* (Quiroga y Cryan, 2008c, 2010a, 2010d) se demostró que el dispositivo fue eficaz en disminuir la deserción, la Autoestima Negativa (CDI), la Ansiedad Rasgo (IDARE), la Desesperanza (BHS) y los factores Disociación, Consumo de alcohol, Falsas percepciones, Desesperanza, Salud física, Sistema psicofísico y Sexualidad (PERI). Para realizar el *Análisis de Proceso*, se aplicó el Modelo de Ciclo Terapéutico- *TCM* (Mergenthaler, 1996a, 1996b, 1998, 2008; Adaptación argentina para procesos grupales generales y específicos: Fontao y Mergenthaler, 2005 a, b; Toranzo, Taborda, Ross, Mergenthaler y Fontao, 2007; Quiroga y Cryan, 2007 d, 2008 a, 2009b) que nos permitió identificar actividad textual terapéuticamente relevante y lo que en este método se denomina "cambio terapéutico" en los pacientes (logro de la conexión de los contenidos emocionales y abstractos). Asimismo, se de-

tectó que el terapeuta desempeña un rol fundamental en la expresión de las emociones y en la formulación verbal de los procesos reflexivos (Quiroga y Cryan, 2009b, 2010d). Actualmente, se está profundizando el análisis de proceso a través de la aplicación de un segundo método de análisis que permitirá evaluar la Función Reflexiva- *RF* (Fonagy, Steele, Steele y Target, 1998; traducción y adaptación al castellano: Quiroga, 2003)

A continuación presentaremos la importancia de desarrollar guías clínicas específicas a nivel internacional, la caracterización intrapsíquica e intersubjetiva de los adolescentes violentos y las dificultades que presentan para los abordajes terapéuticos psicodinámicos clásicos. En segundo lugar, presentaremos el dispositivo diagnóstico-terapéutico Grupo de Terapia Focalizada- *GTF* desarrollado en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA y la Guía Terapéutica del *GTF* para Adolescentes Violentos, delimitando cada una de las sesiones del mismo. Por último, nos detendremos en las conclusiones del presente trabajo.

2. Importancia de desarrollar guías clínicas específicas

En los últimos años se incrementó en distintos países del mundo el desarrollo de guías clínicas para la psicoterapia, en concordancia con el interés creciente a nivel mundial por una práctica basada en evidencias en el campo de las ciencias de la salud (Bernardi, Defey, Garbarino, Tutté y Villalba, 2004).

En relación a la definición de las guías clínicas, las más importantes las señalan como "enunciados desarrollados sistemáticamente, diseñados para ayudar al profesional de la salud y al paciente a tomar las decisiones apropiadas para el cuidado de la salud en circunstancias clínicas específicas" (Field y Lohr, 1990), o como "recomendaciones, basadas en la mejor evidencia disponible, para la asistencia de la población por parte de profesionales de la salud" (National Institute for Health and Clinical Excellence, N.I.C.E., 2006).

El desarrollo de estas guías clínicas se enmarca dentro de la propuesta de una Medicina Basada en Evidencias o pruebas ("Evidence-Based Medicine"), cuya práctica busca "integrar la destreza clínica individual con la mejor evidencia clínica externa disponible, proveniente de la investigación científica" (Sackett, et.al. 1997). En este sentido, Bernardi, et.al. (2004) aclaran que las guías no son recetas de cocina, ni expresión de las ideas personales de quienes las elaboran así como tampoco pretenden sustituir al arte clínico, ni dicen qué decisión tomar. En efecto, señalan que las guías clínicas buscan identificar los problemas relevantes y aportar pruebas o evidencia sobre la base de investigaciones más rigurosas, que, unidas al juicio clínico individual y a los valores y expectativas del paciente, puedan ayudar a tomar la mejor decisión en interés del paciente. Es por ello que a través del desarrollo de guías clínicas se intenta promover en el campo de la salud decisiones que tengan una mejor fundamentación científica, reduciendo las acciones terapéuticas arbitrarias, injustificadas o basadas en razones puramente especulativas.

En la última década se ha incrementado el esfuerzo para desarrollar guías clínicas en distintos campos, incluyendo a la psicoterapia. Roth, Fonagy, et.al. (2004), expresan que hay pocos países donde la exigencia de una práctica basada en la evidencia no sea la norma. En concordancia, se ha registrado un importante movimiento en relación con el desarrollo de guías clínicas en el ámbito internacional, especialmente en el Reino Unido, Estados Unidos, Canadá, Alemania y Francia (Garay y Korman, 2008). Asimismo se han desarrollado terapias manualizadas que han sido investigadas a lo largo de décadas demostrando su efectividad, entre las que se destacan la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia- *Transference Focused Psychotherapy- TFP* (Kernberg, Clarkin y otros, 1975, 1999, 2001, 2006, 2007), el Tratamiento Basado en la Mentalización- *Mentalization Based Treatment-MBT* (Fonagy, Bateman y Allen, 2004, 2006, 2007, 2008) y la Terapia Dialéctica-Conductual- *Dialectical Behavioral Therapy-DBT* (Linehan, 1987, 1990, 1993, 2001).

Sin embargo, en nuestro medio la situación es muy diferente. Bernardi, et.al (2004) señalan que no hay antecedentes de elaboración de este tipo de guías aplicado a la psicoterapia así como tampoco existe un cuerpo de investigaciones sobre los tratamientos psicoterapéuticos que ofrezcan grados o categorías de evidencia considerada como deseable para servir de base a guías clínicas. En consecuencia, señala que es conveniente que las guías se basen en estudios locales, dado que tanto los problemas de los pacientes como las técnicas psicoterapéuticas varían en función de factores socioculturales, históricos o geográficos. En la misma línea, Garay y Korman (2008) señalan que a la fecha no se ha tenido noticia del desarrollo de una guía clínica para nuestra población basada en sus características específicas y accesible a los clínicos que la asisten. Destacan que dentro de las publicaciones locales, solamente se cuenta con una guía sobre el tratamiento de la depresión en la atención primaria del Instituto Universitario del Centro de Educación Médica e Investigaciones Clínicas "Norberto Quirno", la cual posee escasa difusión (Taragano, et.al. 2002).

La guía terapéutica del dispositivo GTF se desarrolló para una población específica (adolescentes tempranos violentos) a partir de las dificultades que se detectaron en el abordaje terapéutico en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes. La elección de la denominación de guía terapéutica en lugar de guía clínica, se debe a la conceptualización de ambos términos. En efecto, entendemos que el concepto de guía terapéutica se circunscribe al vínculo terapéutico y a las técnicas específicas que se desarrollaron para el abordaje de este tipo de pacientes mientras que el concepto de guía clínica es más abarcativo que el de guía terapéutica dado que tiene tres destinatarios principales: a) los técnicos que prestan la asistencia, b) los administradores de salud y c) los usuarios y los medios de difusión. Asimismo, el proceso de desarrollo de las guías implica una serie de pasos reglados, que pueden resumirse de la siguiente forma de acuerdo con el National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) y que a continuación detallamos: 1) Definición del tema y redefini-

ción del mismo a medida que se avanza en la elaboración de la guía, 2) Identificación de las preguntas clínicas relevantes, 3) Búsqueda de la evidencia, 4) Evaluación y síntesis de la evidencia, 5) Traducción de la evidencia en recomendaciones para la práctica clínica, 6) Formulación de indicadores que permitan que la guía pueda ser usada en la auditoría de servicios clínicos, 7) Revisión de la guía por árbitros externos.

En estos años de trabajo, hemos alcanzado el desarrollo de los cinco primeros puntos que generaron esta guía y que son motivo de esta presentación. Los puntos seis y siete se desarrollarán en futuros proyectos de investigación.

3. Caracterización Intrapsíquica e Intersubjetiva de los Adolescentes Violentos

Los adolescentes violentos suelen presentar dificultades para los abordajes terapéuticos psicodinámicos clásicos. Esto se debe fundamentalmente a las características de estos pacientes, en los cuales la acción hetero y autodesctructiva predomina por sobre la posibilidad de verbalización. En este apartado, presentaremos una revisión de la literatura sobre esta temática que apunta por un lado, a lograr la caracterización intrapsíquica e intersubjetiva de los adolescentes violentos y por otro, a demostrar la necesidad de desarrollar tratamientos específicos para este tipo de pacientes.

En principio, considerando los desarrollos que forman parte de la presente investigación, Quiroga y Cryan (2004, 2005 b, 2007 c, d, 2008c, 2010c) afirman que los adolescentes violentos 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 (Kaës, 1988), 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 intrapsíquico*, se observa un déficit en la construcción de la trama representacional por la intensidad y la calidad de situaciones vitales traumáticas acaecidas en la infancia y en la realidad familiar actual.

En relación con la historia de desarrollo de estos pacientes, Kernberg, P., Weiner y Bardenstein (2000) advierten que la misma suele contener indicadores de alto riesgo (abuso sexual, físico, verbal y emocional, negligencia y/o amenaza de abandono de las figuras parentales) que influyen en el desarrollo de un futuro Trastorno Antisocial de la Personalidad. En esta línea, resulta interesante considerar la noción de *apuntalamiento* que plantea Kaës (1976, 1988), la cual es entendida como un concepto múltiple ya que proviene de la función paterna y materna así como también del grupo y de la cultura. Esta noción de apuntalamiento se ha desestructurado en esta población adolescente. Por lo tanto, 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, 2003). La reiteración de situaciones amenazantes y disruptivas trae aparejado lo que se conoce como *trauma acumulati-*

vo (Khan, 1963) o vivenciar traumático que produce una limitación de la capacidad elaborativa del psiquismo y un desmantelamiento de la subjetividad.

Dos autores que han realizado importantes desarrollos en relación a los *niños que odian* son Redl y Wineman (1959). Los desarrollos que realizan pueden ser extrapolados para comprender el funcionamiento mental de los adolescentes violentos. En este punto, un concepto fundamental de su trabajo consiste en considerar que los *niños que odian* se convierten en los que "nadie quiere" debido al volumen real de agresión, destrucción y odio que vuelcan contra los que tratan de modificarlos, a la carencia de expresión verbal y a las perturbaciones específicas en su sistema de control, en el yo y en el superyo. En este sentido, describen que estos pacientes se tornan intolerables para el terapeuta debido no sólo a la apariencia exterior sino también a la tendencia a volcar abierta e indiscriminadamente su odio a través de una serie de actos agresivos. Por otra parte, destacan que el odio también puede ser ocultado bajo una suave superficie de docilidad que dura un tiempo en el cual pareciera no existir casi ningún contacto con lo que sucede a su alrededor, razón por la cual la agresión estalla esporádicamente. De esta manera, aquello que los había inmovilizado explota para luego retornar a la etapa anterior de hosca apatía, es decir, que parecen pasivos e indefensos durante un tiempo aunque detrás de la mirada aparentemente vacía e infantil de sus ojos indiferentes, se oculta un mar de agresión, destrucción y contraodio incontrolado. Los autores sostienen que por el despliegue de tanta agresión que se manifiesta súbitamente, la mayoría son considerados intratables por las vías habituales del análisis infantil debido fundamentalmente a dos factores. El primer factor es la descomposición de los controles de la conducta que la agresión acumulada ha provocado en la personalidad de estos pacientes, y el segundo se relaciona con la solidificación de una parte de su odio en una sección organizada de defensas sagazmente desarrolladas contra la conexión moral con el mundo que los rodea.

En esta línea, es importante considerar los aportes de Masterson (1975) a la comprensión de lo que denomina *adolescentes fronterizos*. El autor plantea que los adolescentes fronterizos son aquellos que vivencian la etapa de separación con intensos sentimientos de abandono que se experimentan como una verdadera cita con la muerte. Al aferrarse a la imagen materna como modo de defensa, no logran atravesar las etapas evolutivas normales de la separación-individuación hacia la autonomía. En este sentido, plantea que la comprensión del rol de la separación-individuación permite predecir los componentes del cuadro clínico, ya que las manifestaciones abiertas consistirán en el estilo peculiar de las defensas del paciente contra sus sentimientos de abandono, que maneja mediante la división y la negación. Entre los factores que considera que permiten realizar el diagnóstico del cuadro clínico del adolescente fronterizo, se encuentran las defensas del paciente contra la depresión por el abandono, la tensión precipitante que manifiesta la experiencia de separación ambiental, la historia pasada que evidencia

una fijación oral narcisista, el tipo de padres que suelen presentar su propio síndrome fronterizo y el tipo de comunicación familiar que suele expresarse a través de hechos y no de palabras. Para este autor, la "debilidad" de la estructura del yo hace que les sea difícil controlar su actuación destructiva, ya que la misma representa una defensa contra los sentimientos de abandono.

Con respecto a los desarrollos de Balint (1982) acerca del nivel edípico y el nivel de la falta básica, es posible pensar que los adolescentes violentos se ubican en este último. El autor subraya la importancia de diferenciar el trabajo que debe realizarse en el *nivel de la falta básica* entendido como un nivel más primitivo que el nivel edípico y destaca que el mismo debe ser entendido como una falta, no como una situación, posición, conflicto o complejo. El nivel de la falta básica se caracteriza porque todos los hechos que ocurren en él pertenecen exclusivamente a una relación de dos personas, es decir, que en este nivel no está presente una tercera persona. Esta relación de dos personas tiene una naturaleza particular que es diferente de las conocidas relaciones humanas del nivel edípico. Esto se vincula con la realidad de que la naturaleza de la fuerza dinámica que obra en este nivel no es la de un conflicto, y por lo tanto, el lenguaje adulto resulta inútil o equivoco para describir los hechos de este nivel dado que las palabras no tienen siempre una significación convencional reconocida.

Por su parte, Giovacchini (1989) conceptualiza al *adolescente borderline* como un objeto transicional. El autor plantea que la dificultad en el abordaje terapéutico de estos pacientes reside en la falta de reconocimiento del terapeuta y en la insistencia en no tener nada que decir. Esto se debe a una autorepresentación pobremente organizada, a los límites difusos entre el mundo externo e interno de la mente y a las relaciones objetuales marginales que suelen establecer. Por otra parte, explica que estos adolescentes no fueron tratados como objetos vivos de niños, por lo cual prevalece la ausencia de sentimientos y la impresión de que se relacionan con los objetos de manera literal, es decir, como objetos más que como personas. Asimismo, reconoce que suelen tornarse dependientes del terapeuta, ya que el mismo es la única persona emocionalmente significativa que puede reconocer su incipiente sensación de estar vivos. Una de las manifestaciones más frecuentes que se presentan en la clínica de estos pacientes es la tendencia a lamentarse de estar perdiendo el tiempo cada vez que acuden a la consulta y la tendencia a faltar o cancelar las consultas, razón por la cual el terapeuta se siente inútil mientras que el paciente parece esforzarse por confirmar este sentimiento. Sin embargo, entiende que a pesar del trato descortés, el paciente valora al terapeuta, ya que en forma similar al objeto transicional el terapeuta es maltratado y manipulado psíquicamente aunque su presencia sea vital. El hecho de que el terapeuta sobreviva a la destructividad del paciente y que acepte el papel de "objeto transicional" para con el mismo, le permite al adolescente utilizarlo como un puente comunicante entre las partes desvinculadas de su mente y como una puerta de ingreso al mundo externo. Si

bien esta experiencia puede resultar penosa para el terapeuta, ya que está absorbiendo la vulnerabilidad y el dolor que el paciente debió haber sufrido en su infancia por ser tratado como algo inhumano, el proceso de tratamiento intenta conceder humanidad a esta relación ya que el terapeuta enfrenta el trastorno interno de una crisis y una deshumanización existencial.

Por último, Kernberg (1994) sostiene que los pacientes más difíciles de abordar son aquellos en los que la intensa agresión se relaciona por un lado, con una severa patología del superyo y por otro, con fallas en la constitución del yo que impiden el dominio de la actuación violenta. Por otra parte, considera la aparición de tormentas afectivas que surgen en la psicoterapia de estos pacientes y que dificultan aún más el abordaje terapéutico (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 1999). Las tormentas afectivas suelen manifestarse en dos situaciones particulares que serán descriptas a continuación. La primera es aquella en la cual una tormenta afectiva abierta y visible explota en el escenario psicoanalítico, generalmente de un modo intensamente agresivo y demandante; aparece superficialmente como un ataque sexualizado contra el terapeuta, cuyo carácter invasivo revela la condensación de elementos sexuales y agresivos. En estas situaciones, el paciente, bajo la influencia de tal experiencia afectiva intensa, es impulsado a la acción mientras que las capacidades de reflexión, comprensión cognitiva y comunicación verbal de los estados internos en general son prácticamente eliminadas. Esto hace que el terapeuta deba depender principalmente de la observación de la comunicación no verbal y de la contratransferencia para evaluar y diagnosticar la naturaleza de la relación objetal cuya activación está dando lugar a la tormenta afectiva. La segunda situación parece casi lo contrario de estas flagrantes tormentas afectivas, ya que se manifiesta a través de largos períodos durante los cuales la conducta rígida y repetitiva del paciente, junto con la escasez de expresión afectiva (una monotonía aburrida) impregna la sesión. El efecto sobre la interacción entre paciente y terapeuta durante tales períodos puede ser tan poderoso y amenazante como el de las tormentas manifiestas. El terapeuta puede sentirse aburrido hasta el punto de desesperarse, enfurecerse o sentir indiferencia, y puede llegar a reconocer que se ha alcanzado un impasse, por lo tanto tiende a intentar analizar e interpretar el escenario que está siendo representado mediante la conducta del paciente hasta darse cuenta de que la información significativa aquí proviene de estas reacciones contratransferenciales y de la comunicación no verbal del paciente. Esto normalmente conduce a la emergencia sorprendente del afecto violento que había enmascarado la rígida monotonía, un afecto violento que a menudo se siente en primer lugar en la contratransferencia y que luego emerge rápidamente en la interacción terapéutica, una vez que la contratransferencia se utiliza para interpretar la transferencia.

Diversos autores coinciden en afirmar que el marco de referencia para el abordaje terapéutico de estos pacientes es la psicoterapia grupal. Sin embargo, es necesario considerar estas conceptualizaciones teóricas para comprender el funcionamiento mental de estos pacientes y de

esta manera, desarrollar abordajes psicoterapéuticos específicos. En este punto, es interesante rescatar lo que plantea dio Bleichmar (1988) acerca de las actividades programadas en el marco del tratamiento debido a que en estos pacientes, el agrupamiento parece conducir inevitablemente al predominio de la impulsión motriz, de la acción transgresora, de la desorganización y de la lucha fraticida si no se incorporan marcos, un sistema de representación reglado o una ficción sistematizada. Por otra parte, Sujoy (1990) destaca que actualmente ha virado el concepto de igualar asociación libre con acción libre y la puesta de límites ya no es pensada como una intervención pedagógica y cercenante sino como una intervención necesaria terapéuticamente, ya que permite la emergencia mediatisada del material inconsciente. La continencia y la limitación necesaria en el grupo es lo que provee la base para que se pongan en marcha las tendencias progresivas, las cuales implican el desarrollo de nuevas funciones, la posibilidad de simbolización y el establecimiento de algún tipo de estrategia diferente para enfrentar lo desconocido.

Desde la salud mental, estos desarrollos nos llevan a vislumbrar las dificultades correspondientes al área asistencial debido a que este tipo de pacientes tiende a generar disturbios tanto en los consultorios como en las diversas instituciones que los asisten.

A modo de síntesis, esta caracterización que hemos presentado, nos muestra que en los adolescentes violentos se observa una limitación de la capacidad elaborativa del psiquismo, un desmantelamiento de la subjetividad, la reiteración de situaciones amenazantes y disruptivas de su historia, el volumen real de agresión, destrucción y odio que vuelcan contra los que tratan de modificarlos, la carencia de expresión verbal, las perturbaciones específicas en su sistema de control, en el yo y en el superyo, la falta de reconocimiento del terapeuta, la insistencia en no tener nada que decir, los límites difusos entre el mundo externo e interno de la mente y las relaciones objetales marginales que suelen establecer, entre otras. A estas dificultades se le agrega una de fundamental importancia: la deserción temprana a los tratamientos clásicos, íntimamente vinculada a estas características intrapsíquicas e intersubjetivas que dificultan el establecimiento de vínculos estables con el terapeuta y con los otros participantes del grupo. Para abordar a este tipo de pacientes y para evitar la deserción al inicio del tratamiento (Quiroga, González, Pérez Caputo, 2003, 2004), se desarrolló el dispositivo Grupo de Terapia Focalizada- GTF (Quiroga, Paradiso, Cryan, et.al., 2003, 2004, 2006) que presentaremos a continuación.

4. Abordaje Terapéutico Grupal Focalizado y Modulizado

El dispositivo *Grupo de Terapia Focalizada- GTF* consiste en la conformación de grupos cerrados, con temática focalizada y orientación psicodinámica que constan de diez sesiones de una vez por semana de una hora y media de duración. Estas diez sesiones se distribuyen en una *Primera sesión*: multifamiliar, compuesta por los adolescentes, sus padres, el terapeuta del grupo de adolescentes, el terapeuta del grupo paralelo de padres y los observa-

dores; *Segunda a octava sesión:* Grupo de Terapia Focalizada- GTF y Grupo de Terapia Focalizada para Padres- GTFP; *Novena sesión:* multifamiliar; *Décima sesión:* sesión de cada adolescente con su familia. En estas diez sesiones se logra completar el proceso diagnóstico y se realiza una primera evaluación de los efectos terapéuticos alcanzados a partir del dispositivo GTF. Esta primera evaluación de los pacientes se realiza una vez finalizado el GTF con el objetivo de decidir si son derivados a un Grupo Terapéutico de Largo Plazo (GTL), a Terapia Individual, a Terapia Familiar, a Servicios externos de cuidado intensivo o a la Repetición del Primer Módulo GTF. Con respecto a los **objetivos** del dispositivo GTF para adolescentes con conducta antisocial y autodestructiva, los mismos son:

- a. Comprender el motivo de consulta o “conciencia de enfermedad”
- b. Esclarecer los patrones de interacción, formas de comunicación y tipicidades en el funcionamiento grupal
- c. Esclarecer los obstáculos del grupo al establecimiento del encuadre y la transgresión a los límites
- d. Describir y comprender la composición familiar
- e. Trabajar la relación del síntoma con los vínculos familiares.

Para el tratamiento de adolescentes violentos de 13 a 15 años con Trastorno Negativista Desafianta y Trastorno Disocial, estos objetivos fueron operacionalizados a través de intervenciones específicas en cada una de las sesiones. Para ello, se construyó una **guía terapéutica** en la que se fijaron los objetivos a trabajar en cada sesión, el desarrollo de los mismos y las técnicas específicas para alcanzarlos. Esta sistematización se debe fundamentalmente a las características intrapsíquicas e intersubjetivas que presentamos de estos pacientes así como en las dificultades que presentan para verbalizar sus conflictos, lo cual se manifiesta en el “no tener nada que decir” dado que en su mayoría son derivados por instituciones externas y no registran las problemáticas que los afectan. Asimismo, esta sistematización provee un marco de contención estable que regula los desbordes pulsionales que conlleva la actuación violenta. Sin embargo, es importante aclarar que el marco de referencia es psicodinámico, y que tanto los objetivos como las técnicas apuntan a seguir la lógica de la constitución del aparato psíquico y a comprender las fallas en la constitución de la subjetividad. Esto implica considerar que en los casos en que los pacientes intervienen espontáneamente o surgen problemáticas urgentes a resolver, se da prioridad a los mismos, retomando lo pautado en la guía terapéutica sólo en los casos en que sea posible. Esta guía terapéutica será presentada en el próximo apartado.

Con respecto al estilo de trabajo en estos grupos, predomina una interacción entre terapeuta, coterapeuta y pacientes, donde las **técnicas de intervención** están centradas 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. En este sentido, la *clarificación* es una técnica en la cual el terapeuta invita al paciente a explicar, explorar y/o ampliar la información expresada en forma vaga, poco clara o contradictoria. En los adolescentes violentos, en los cuales el uso de la palabra no ha alcanzado el estatus que posee la acción, esta técnica permite comprender el relato de situaciones confusas, logrando un ordenamiento en el discurso del paciente que facilite la posibilidad de insight sobre lo sucedido. La *confrontación*, en cambio, apunta a que el paciente pueda observar los aspectos incongruentes de lo que ha comunicado, que se encuentran disociados intrapsíquicamente. Dado que estos pacientes se caracterizan por mentir u ocultar hechos, en el discurso suelen encontrarse diversas explicaciones contradictorias; esta técnica permite confrontar al paciente tanto con su realidad objetiva como con su realidad psíquica. A través del *señalamiento* se busca destacar los componentes significativos del discurso que no son considerados relevantes por el paciente. En este punto, esta técnica permite señalar tanto las situaciones de riesgo a las que están expuestos estos pacientes así como también las modificaciones en su comportamiento a lo largo del dispositivo. Por último, la puesta de límites resulta de fundamental importancia en estos pacientes dado que es lo que permite que se establezca un encuadre seguro y estable con normas consensuadas que le permita al paciente sentir el “marco de contención” que brinda el dispositivo.

En relación con el grupo paralelo de padres GTFP, si bien excede el marco de esta presentación, resulta importante aclarar que el mismo cuenta con objetivos y técnicas específicas que apuntan a concientizar a los padres no sólo acerca de las patologías que presentan sus hijos sino también las que presentan ellos mismos y que son transmitidas transgeneracionalmente. La detección clínica de patologías y Trastornos severos de Personalidad de los padres de adolescentes violentos (Quiroga y Cryan, 2009b) nos llevó a comenzar a sistematizar el dispositivo GTFP y a evaluar la eficacia terapéutica del mismo dado que lo consideramos de fundamental importancia en el abordaje terapéutico de adolescentes violentos.

5. Guía Terapéutica del Dispositivo Grupo de Terapia Focalizada- GTF para Adolescentes Violentos

En este apartado se presentará la guía terapéutica del dispositivo GTF que se ha desarrollado para el abordaje de los adolescentes violentos con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafianta y Trastorno Disocial. Se describirán las diez sesiones del GTF incluyendo los objetivos específicos de cada una de las sesiones, el desarrollo de los mismos y las técnicas específicas que se han implementado en función de lograr estos objetivos. Al término de este apartado se incluirá un cuadro que sintetiza esta guía terapéutica.

La **primera sesión** es multifamiliar, lo cual implica un primer encuentro en el que participan los adolescentes, sus padres, los terapeutas y los observadores. El principal objetivo es comprender el motivo de consulta o “concién-

cia de enfermedad". El desarrollo de este objetivo incluye, en principio, la realización de las presentaciones de los terapeutas, del equipo de trabajo (observadores), de los pacientes y de los padres. Asimismo se explicita la modalidad de trabajo (dispositivo GTF) y se establece el encuadre del mismo (enfatizando en la importancia de la asistencia y la puntualidad tanto de los padres como de los adolescentes). La principal temática a abordar es el motivo de consulta, que en principio tiende a ser explicado por los padres y luego por los adolescentes. Con respecto a la técnica específica de esta sesión, la misma consiste en la elaboración de una lámina grupal con material gráfico (recortes de diarios, revistas, marcadores, lápices) de temática libre, que permite la observación de la interacción entre los padres y los adolescentes.

A partir de la **segunda sesión**, los adolescentes y los padres comienzan a trabajar en grupos paralelos. Los objetivos de esta sesión en el grupo de adolescentes son comprender el motivo de consulta o "conciencia de enfermedad" así como también esclarecer los obstáculos del grupo al establecimiento del encuadre y la transgresión a los límites. Para el desarrollo de estos objetivos, en primer lugar se apunta a establecer el encuadre, para lo cual se fijan ciertas normas que deben ser respetadas por todos los integrantes del grupo (secreto grupal, asistencia, puntualidad, escucharse, respetarse y cuidado de la institución). En segundo lugar, se invita a los pacientes a verbalizar el motivo de consulta por el cual fueron derivados, aclarando previamente el rol del terapeuta como coordinador del grupo. Con respecto a la técnica específica, al finalizar la sesión se les entrega una tarjeta y se les pide que escriban las razones por las que fueron derivados al tratamiento y aquellas cuestiones que consideran que deberían cambiar y/o mejorar. Una vez finalizada la actividad, la misma puede ser compartida en grupo en forma voluntaria.

En la **tercera sesión**, siguen siendo prioritarios los objetivos de la sesión anterior, es decir, comprender el motivo de consulta o "conciencia de enfermedad" y esclarecer los obstáculos del grupo al establecimiento del encuadre y la transgresión a los límites. A estos dos objetivos, se les agrega un tercero que es esclarecer los patrones de interacción, formas de comunicación y tipicidades en el funcionamiento grupal. En este sentido, para el desarrollo de estos objetivos, se invita a los pacientes a recordar los temas que fueron hablados en la última sesión. En segundo lugar, se resalta la importancia del trabajo grupal y de la participación en el grupo. Con respecto a la técnica específica, a partir de una serie de láminas o figuras en las que se muestran diferentes tipos de grupos que son descriptos por los pacientes, se les pide su opinión acerca de qué tipo de grupo quieren formar ellos. Para finalizar, se realiza una lámina grupal en la que los pacientes participan pegando las láminas o figuras y escribiendo las frases que fueron surgiendo, para finalmente elegir un nombre que identifique al grupo.

En la **cuarta sesión**, los objetivos son los mismos que en la tercera sesión, razón por la cual la sesión se inicia recordando los temas hablados en la sesión anterior. Sin

embargo, en esta sesión se comienza a profundizar acerca del motivo de consulta, solicitando ejemplos de situaciones problemáticas e intentando clarificar aquellos aspectos confusos del relato. Asimismo, se invita a los pacientes a pensar en posibles soluciones o modos diferentes de resolver problemas y/o conflictos que no incluyan comportamientos violentos. Con respecto a la técnica específica, a partir de la enunciación de los problemas que constituyen el motivo de consulta, se realiza una lámina en la cual se escriben los mismos así como también las ideas que van surgiendo para solucionarlos. A través de esta actividad, se realizan señalamientos puntuales acerca de la importancia de lograr acuerdos para que la producción grupal sea realizada por todos los integrantes. En la **quinta sesión**, se comienza a trabajar un objetivo que hasta el momento no había sido incluido, que es describir y comprender la composición familiar. Por lo tanto, una vez que los temas hablados en la sesión anterior fueron recordados, se introduce el tema de los vínculos familiares. Para ello, se les solicita a los pacientes que expresen cómo piensan que es su familia, con quién viven, cómo se llevan con cada uno de los miembros de su familia, si pueden hablar con ellos, si comparten actividades, etc. Con respecto a la técnica específica, se realiza un árbol genealógico (Quiroga y Cryan, 2006 b) de manera individual, en el cual se utilizan "papelitos" de distintos colores recortados en forma rectangular, en el que se escribe el nombre de sus familiares, el parentesco y una cualidad que los describa.

En la **sexta sesión** se continúa con el objetivo anterior que es describir y comprender la composición familiar y se agrega un nuevo objetivo que apunta a trabajar la relación del síntoma con los vínculos familiares. Para ello, se retoma lo explicitado en la sesión anterior acerca de la familia y se profundiza en aquellos aspectos familiares que pueden influir en la aparición del síntoma. En este punto, resulta importante indagar la identificación del paciente con diferentes miembros de la familia, lo cual se realiza a través de actividades de la vida cotidiana que realizan solos o acompañados, hobbies, gustos, preferencias, etc. Con respecto a la técnica específica, en una tarjeta de "goma eva" se les pide que escriban o dibujen algo que los identifique y que funcione a la manera de un distintivo personal (cuadros de fútbol, grupos de música, algún animal o un objeto).

En la **séptima sesión**, los objetivos se centran en profundizar la relación del síntoma con los vínculos familiares, el motivo de consulta o "conciencia de enfermedad" y los patrones de interacción, formas de comunicación y tipicidades en el funcionamiento grupal. El desarrollo de estos objetivos apunta a recordar las diferentes temáticas verbalizadas en sesiones anteriores, promoviendo especialmente la comunicación interpersonal entre los miembros del grupo. Para lograr esta interacción, se estimula a los pacientes a preguntar y/o a emitir opinión acerca de lo que le sucede a los otros que conforman el grupo. Con respecto a la técnica específica, se realiza una lámina grupal sin ningún tipo de consigna, lo cual obliga a los participantes a lograr consenso acerca de lo que desean expresar

en la misma a través del diálogo.

La **octava sesión** constituye la última sesión del dispositivo en la que los adolescentes y los padres trabajan en grupos en forma paralela. Por ello, en esta sesión los cinco objetivos del *GTF* son retomados para evaluar lo que se ha logrado a partir de la verbalización de diversos temas en sesiones anteriores. En este punto, se indaga si el grupo ha sido útil para lograr un principio de toma de conciencia de las situaciones problemáticas a resolver por las cuales fueron derivados a tratamiento. Asimismo, se analiza si se han logrado cambios o si se desea logrados. Con respecto a la técnica específica, se les entrega una tarjeta y se les solicita que escriban, de manera individual, qué cambios han notado en este tiempo y cuáles desean realizar.

La **novena sesión** es nuevamente multifamiliar al igual que la primera, por lo cual en la misma participan los adolescentes, los padres, los terapeutas de ambos grupos y los observadores. El objetivo de esta sesión apunta a evaluar los cinco puntos fundamentales del *GTF* en los adolescentes y sus padres, así como observar si ha habido alguna modificación en el vínculo entre ambos. El desarrollo de estos objetivos se realiza a través de indagar cómo han vivido las sesiones en el grupo, cómo se sintieron, qué pudieron verbalizar, pensar y/o cambiar en los grupos paralelos del dispositivo. La manifestación de las intervenciones de los adolescentes y sus padres permite observar tanto la interacción como la comunicación paterno-filial. Con respecto a la técnica específica, se realiza una lámina grupal en la que se promueve la participación de todos los integrantes, ya sea escribiendo algo de lo que pudieron pensar o cambiar o pegando recortes de revista que representen sus sentimientos o deseos actuales.

Por último, la **décima sesión** es vincular, por lo cual el funcionamiento de la misma es diferente a las sesiones anteriores. En esta sesión se realiza una entrevista individual por separado de cada adolescente con su madre, padre o adulto responsable del tratamiento, en la cual se evalúan los cinco objetivos fundamentales del *GTF*. Por otra parte, el objetivo fundamental de esta sesión es completar el proceso diagnóstico y realizar un pronóstico de la situación, para así poder efectuar la derivación correspondiente. El desarrollo de estos objetivos incluye la delimitación de la situación de riesgo en la que se encuentra el adolescente, el vínculo que existe entre el adolescente y sus padres y la contención familiar en relación con el motivo de consulta. Con respecto a la técnica específica, se promueve la posibilidad de que se establezca un diálogo entre padres e hijos y en el caso que sea necesario, se confrontan ambos discursos. Un disparador que se utiliza es preguntar a los adolescentes y a sus padres qué es lo que más y lo que menos les gusta del otro para lograr un registro que incluya no sólo los aspectos negativos sino también los positivos.

En el siguiente cuadro se sintetiza esta guía terapéutica, en el que se incluyen los objetivos específicos, el desarrollo de los mismos y la técnica específica para cada una de las sesiones del dispositivo *GTF*. (Ver Tabla pág. 78)

6. Conclusiones

En este trabajo presentamos la guía terapéutica del dispositivo *GTF* para adolescentes violentos con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial, la cual fue desarrollada, supervisada e investigada a lo largo de la última década.

La literatura presentada nos muestra que el desarrollo de guías clínicas para poblaciones específicas constituye una herramienta indispensable en la elección de tratamientos eficaces en relación con la evidencia alcanzada. En este sentido, se han desarrollado guías clínicas para diferentes patologías y en distintos campos a nivel internacional (Roth, Fonagy, et.al., 2004, Bernardi, et.al., 2004, Garay y Korman, 2008) y se han desarrollado terapias manualizadas que han demostrado ser efectivas para distintos trastornos (Kernberg, Clarkin y otros, 1975, 1999, 2001, 2006, 2007; Fonagy, Bateman y Allen, 2004, 2006, 2007, 2008, Linehan, 1987, 1990, 1993, 2001). Sin embargo, en nuestro medio la situación es muy diferente, probablemente debido a las dificultades que conlleva realizar estudios de eficacia terapéutica que incluyan análisis de proceso y de resultados para patologías específicas y en contextos delimitados. Una de las principales causas que desalientan la realización de este tipo de estudios es la complejidad que conlleva la conformación y dirección de grupos de profesionales que se comprometan a trabajar en un proyecto de investigación a lo largo de muchos años. Por otro lado, nos encontramos con la resistencia que aún existe en relación con lo que implica realizar investigación empírica en psicoterapia, esto es, uso de instrumentos objetivos, grabación y transcripción de las sesiones, adaptación al castellano de métodos de proceso, evaluación de las sesiones por jueces externos, etc. Si a esto le sumamos que el desarrollo de las guías tiene tres destinatarios principales (técnicos que prestan asistencia, administradores de salud y usuarios y medios de difusión) y que el proceso de desarrollo de las guías implica una serie de pasos reglados, la situación se complica aún más.

A pesar de ello, en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, se desarrolló un dispositivo específico para el abordaje de la violencia juvenil, que incluye la guía terapéutica que presentamos en este trabajo. Esta modalidad de abordaje surgió a partir de considerar las dificultades que surgen en la clínica de estos pacientes, que se caracterizan por presentar una limitación de la capacidad elaborativa del psiquismo, un desmantelamiento de la subjetividad, la reiteración de situaciones amenazantes y disruptivas de su historia, el volumen real de agresión, destrucción y odio que vuelcan contra los que tratan de modificarlos, la carencia de expresión verbal, las perturbaciones específicas en su sistema de control, en el yo y en el superyo, la falta de reconocimiento del terapeuta, la insistencia en no tener nada que decir, los límites difusos entre el mundo externo e interno de la mente, las relaciones objetales marginales que suelen establecer y la deserción temprana a los tratamientos clásicos, entre otras. En este punto, coincidimos con la literatura que afirma que el marco de referencia para el abordaje terapéutico de

estos pacientes es la psicoterapia grupal, destacando las conceptualizaciones teóricas que plantea dio Bleichmar (1988) acerca de las actividades programadas en el marco del tratamiento y Sujoy (1990) acerca de la importancia de la continencia y la limitación necesaria en el grupo que provee la base para que se pongan en marcha las tendencias progresivas.

En relación con la creación de esta guía terapéutica, podemos afirmar que la misma se basó en un estudio local y fue aplicada a una población específica de adolescentes tempranos violentos con alto riesgo psicosocial, a partir de la consideración de que tanto los problemas de los pacientes como las técnicas psicoterapéuticas varían en función de factores socioculturales, históricos o geográficos (Bernardi, et.al., 2004).

Los resultados obtenidos hasta el momento nos permiten pensar que el dispositivo *GTF* con objetivos predeterminados y con actividades específicas para cada una de las sesiones, constituye un marco de contención estable en contraposición a la realidad disruptiva y cambiante en la que viven los adolescentes violentos que formaron parte de este estudio. Esto nos alienta a continuar con la profundización de esta tarea, no sólo para reducir el alto grado de violencia que presentan estos pacientes y sus familias sino también para prevenir la aparición de patologías de mayor gravedad. El riesgo de vida que presentan las patologías del acto, en especial en la población de los adolescentes, requiere de la continuación del desarrollo e investigación de este tipo de técnicas que permitan optimizar el abordaje, teniendo como meta última la transformación del acto en verbalizaciones coherentes y transformadoras de los vínculos patológicos en conductas saludables.

En futuros trabajos se mostrarán nuevos análisis del dispositivo *GTF* así como también de las distintas sesiones que conforman el mismo.

TABLA

Sesión	Objetivos específicos	Desarrollo de los objetivos	Técnica específica
1º sesión (Multifamiliar)	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender el motivo de consulta 	<ul style="list-style-type: none"> • Presentaciones • Modalidad de trabajo • Encuadre • Motivo de consulta 	<ul style="list-style-type: none"> • Lámina grupal con material gráfico de temática libre
2º sesión Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender el motivo de consulta • Esclarecer los obstáculos del grupo al establecimiento del encuadre y la transgresión a los límites 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento del encuadre (normas) • Rol del terapeuta • Motivo de consulta 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta individual (razones de derivación; aspectos a cambiar y/o mejorar)
3º sesión Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender el motivo de consulta • Esclarecer los obstáculos del grupo al establecimiento del encuadre y la transgresión a los límites • Esclarecer los patrones de interacción, formas de comunicación y tipicidades en el funcionamiento grupal 	<ul style="list-style-type: none"> • Importancia del trabajo grupal y participación en el grupo 	<ul style="list-style-type: none"> • Descripción de diferentes tipos de grupo mostrados en una serie de láminas o figuras • Lámina grupal (tipos de grupo, frases, nombre del grupo)
4º sesión Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender el motivo de consulta • Esclarecer los obstáculos del grupo al establecimiento del encuadre y la transgresión a los límites • Esclarecer los patrones de interacción, formas de comunicación y tipicidades en el funcionamiento grupal 	<ul style="list-style-type: none"> • Profundización del motivo de consulta • Soluciones o modos diferentes de resolver problemas y/o conflictos 	<ul style="list-style-type: none"> • Lámina grupal (problemas y soluciones)
5º sesión Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Describir y comprender la composición familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Composición familiar • Descripción de los miembros de la familia • Vínculos familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Árbol genealógico individual
6º sesión Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Describir y comprender la composición familiar • Trabajar la relación del síntoma con los vínculos familiares 	<ul style="list-style-type: none"> • Profundización de los vínculos familiares • Identificación con miembros de la familia • Actividades cotidianas 	<ul style="list-style-type: none"> • Distintivo personal elaborado en tarjeta de goma eva
7º sesión Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar la relación del síntoma con los vínculos familiares • Comprender el motivo de consulta • Esclarecer los patrones de interacción, formas de comunicación y tipicidades en el funcionamiento grupal 	<ul style="list-style-type: none"> • Diferentes temáticas de sesiones anteriores • Comunicación interpersonal entre los miembros del grupo • Estimulación a preguntar y/o a emitir opinión acerca de lo que le sucede a los otros 	<ul style="list-style-type: none"> • Lámina grupal sin ningún tipo de consigna (consenso a través del diálogo)
8º sesión Adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> • Comprender el motivo de consulta • 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 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de logros a partir de la verbalización de diversos temas • Utilidad del grupo para lograr un principio de toma de conciencia de las situaciones problemáticas a resolver • Análisis de cambios logrados o deseados 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarjeta individual (cambios realizados y deseados)
9º sesión Multifamiliar	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los cinco objetivos fundamentales del dispositivo GTF • Observar modificaciones en el vínculo paterno-filial 	<ul style="list-style-type: none"> • Indagación de vivencia grupal (verbalizaciones, sentimientos, pensamientos, cambios) • Interacción y comunicación paterno-filial 	<ul style="list-style-type: none"> • Lámina grupal con material gráfico (pensamientos, cambios, sentimientos y deseos)
10º sesión Vincular	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los cinco objetivos fundamentales del GTF • Completar el proceso diagnóstico • Realizar el pronóstico • Efectuar la derivación correspondiente 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista individual (adolescente- adulto) por separado • Delimitación de la situación de riesgo • Vínculo existente entre el adolescente y sus padres • Contención familiar en relación con el motivo de consulta 	<ul style="list-style-type: none"> • Diálogo entre padres e hijos • Pregunta disparadora: aspectos positivos y negativos del otro

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allen, J. & Fonagy, P. (2006) *Handbook of Mentalization Based Treatment* Wiley y Son, Ltd.
- Allen, J. Fonagy, P. & Bateman, A. (2008) *Mentalizing in clinical practice* American Psychiatric Publishing Inc.
- Balint, M. (1982) *La falta básica*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder Mentalization-Based Treatment*. Oxford University Press
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007) *Mentalization based treatment for borderline personality disorder. A practical guide. Second Edition*. Oxford University Press
- Benyakar, M. (2003) *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismo y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Biblos
- Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J.C & Villalba, L. (2004) Guía clínica para la psicoterapia. *Rev. Psiquiatr. Uruguay* 68 (2):99-146
- Clarkin, J.F., Yeomans, F. & Kernberg, O. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: John Wiley & Sons.
- Clarkin, J., Foelsch, P., Levy, K., Hull, J., Delaney, J. & Kernberg, O.F. (2001) The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *J Personal Disord.* 15(6): 487-495
- Clarkin, J.F., Yeomans, F. & Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy of borderline personality: Focusing on object relations*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Clarkin, J.F., Levy K.N., Lenzenweger, M.F. & Kernberg, O.F. (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry* (164): 922-928.
- dio Bleichmar, E. (1988) Psicoterapia de grupos de niños. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, vol. XI, N° 1. pp 29-40
- Field, M. & Lohr, K. (1990) *Clinical practice guidelines: directions for anew program*. Washington: National Academy Press; 1990. En Garay, C. & Korman, G. "Guías clínicas en salud mental: la situación en Argentina" *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* Vol. XIX, 491-495, 2008
- Fonagy, P, Steele, M., Steele, H. & Target, M. (1998) *Reflective Functioning Manual, Version 5.0: For application to Adult Attachment Interviews*. University College London, London, United Kingdom.
- Fontao, M. & Mergenthaler, E. (2005a) Aplicación del Modelo de Ciclo Terapéutico a la Investigación de microprosesos en la psicoterapia de grupo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. XIV (1), 53-63
- Fontao, M. & Mergenthaler E. (2005b) El concepto de "insight" en la psicoterapia de grupo: Aporte a su clarificación mediante el uso de métodos de análisis de texto computarizado y un modelo de la actividad verbal en los procesos terapéuticos". *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología* 10(3): 55-71.
- Garay, C. & Korman, G. (2008) Guías clínicas en salud mental: la situación en Argentina. *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* Vol. XIX, 491-495
- Giovacchini, P. (1989) El adolescente borderline como objeto transicional: una variación común. En Brandt, L, Giovacchini, P., et.al *Adolescentes borderline*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Kaës, R. (1976) *El aparato psíquico grupal*, Barcelona: Granica, 1977
- Kaës, R. & Puget, J. (1988) *Violencia de estado y psicoanálisis*. Buenos Aires: CEA, 1991
- Kernberg, O.A. (1975) A systems approach to priority setting of interventions in groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 25, 251-275 en Rutan, J.S y Stone, W.N. *Psychodynamic Group Psychotherapy*. Second Edition, New York: The Guilford Press, 1993
- Kernberg, O.F. (1989) The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior. En Kernberg, O.F. (Ed.), *Narcissistic personality disorder: Psychiatric clinics of North America* (pp. 553-570). Philadelphia: Saunders.
- Kernberg, O.F. (1994). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Kernberg, P.F.; Weiner, A. & Bardenstein, K. (2000) *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: Basic Books.
- Khan, M. (1963) The concept of cumulative trauma. *The privacy of the self*. Londres: Hogarth; New York: Int Univ. Press, 1974
- Linehan, M. M. (1987) Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 261-276.
- Linehan, M. M. & Wagner, A. W. (1990) Dialectical behavior therapy: A feminist-behavioral treatment of borderline personality disorder. *The Behavior Therapist*, 13, 9-14.
- Linehan, M. M. (1993) *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*, Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 2003
- Linehan, M. M., Cochran, B. & Kehrer, C. (2001) Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. En David H. Barlow (Comp.) *Clinical Handbook of Psychological Disorders*, New York : The Guilford Press
- Masterson, J.F. (1975) *Tratamiento del adolescente fronterizo*. Buenos Aires: Colección Paidós-Asappia
- Mergenthaler, E. (1996a) Emotion/Abstraction Patterns in psychotherapy. *International Journal of Psychology*, 31(3&4), 472.
- Mergenthaler, E. (1996b) Emotion-Abstraction Patterns in Verbatim Protocols: A New Way of describing psychotherapy Processes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64 (6) 1306-1318
- Mergenthaler, E. (1998) Cycles of Emotion-Abstraction Patterns: A Way of Practice Oriented Process Research?. *The British Psychological Society - Psychotherapy Section Newsletter*, 24,16-29.
- Mergenthaler, E. (2008) Resonating minds: A school-independent theoretical conception and its empirical application to psychotherapeutic processes, *Psychotherapy Research*, 18:2,109-126
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2006) *The guidelines manual*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. 2006. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/>. En Garay, C. & Korman, G. "Guías clínicas en salud mental: la situación en Argentina" *Vertex Rev. Arg. de Psiquiat.* Vol. XIX, 491-495, 2008
- Quiroga, S. (2003) *Manual de Función Reflexiva para la aplicación de la Entrevista de Apego en el Adulto*. (Manuscrito no publicado) Buenos Aires
- 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"* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 95-97
- 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*" Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 66-68.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2004) Adolescentes con conducta anti-social y autodestructiva: estudio epidemiológico y nuevas técnicas terapéuticas. *XII Anuario de Investigaciones*, pp. 25-32. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Quiroga, S., Paradiso, L., Cryan, G., Auguste, L. & Zaga, D. (2004) Abordaje terapéutico para adolescentes tempranos con conductas perturbadoras: Trastorno Negativista Desafianta y Trastorno Disocial. *Memorias de las XI Jornadas de Investigación: "Psicología, sociedad y cultura"* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 71-73
- 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"* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 43-44
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2005b) Estudio Sociodemográfico y Epidemiológico de una Población Adolescentes en Riesgo Psicosocial. *Memorias de las XII Jornadas de Investigación: "Avances, Nuevos Desarrollos e Integración Regional"*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, pp. 78-80
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2006b) Estudio de la construcción mental de los vínculos intergeneracionales en el abordaje psicotterapéutico grupal de adolescentes con conductas antisociales. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente: Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente
- Quiroga, S., Paradiso, L. & Cryan, G. (2006) Resultados de la Psicoterapia Grupal Psicodinámica Focalizada- GTF en una Muestra de Adolescentes con Conductas Perturbadoras y Padres con Trastornos de la Personalidad. *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores del Mercosur: "Paradigmas, métodos y técnicas"* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 59-61
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2007c) Manifestaciones de la Violencia en Adolescentes de Alto Riesgo. *Memorias de las XIV Jornadas de Investigación Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur "La investigación en psicología, su relación con la práctica profesional y la enseñanza"*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 104-106
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2007d) Adaptación del Modelo de Ciclos Terapéuticos (TCM) a una población de alto riesgo psicosocial. *XV Anuario de Investigaciones*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Tomo I, pp. 31-41
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2008a) Análisis de proceso en una población adolescente de alto riesgo psicosocial: criterios para la categorización de palabras utilizados en la adaptación del modelo de ciclos terapéuticos-TCM. *Memorias de las XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR "Problemáticas Actuales. Aportes de la Investigación en Psicología"* Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Tomo I, pp. 66-68
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2008c) Grupos de Terapia Focalizada (GTF): Un Dispositivo para Abordar la Problemática de la Violencia Juvenil. *Premio Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires 2008 "Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología"*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 59-80
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2009b) Análisis del Macroproceso Terapéutico del Dispositivo Grupo de Terapia Focalizada-GTF para Adolescentes Tempranos Violentos. *XVI Anuario de Investigaciones*, pp. 73-83. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2010a) Eficacia Terapéutica de un Dispositivo Grupal para el Abordaje Terapéutico de la Violencia Juvenil. Publicación on-line Enero en <http://www.depsicotterapias.com>
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2010c) Implementación de redes Sociales para Adolescentes con Conductas Antisociales y Autodestructivas. *Premio Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires 2010 "Aportes de la Investigación en Psicología Social con Impacto en el Abordaje de Problemáticas de Salud, trabajo, Educación o Justicia"*, pp.11-31. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2010d) Análisis del Microproceso Terapéutico del Dispositivo Grupo de Terapia Focalizada-GTF para Adolescentes Tempranos Violentos. *XVII Anuario de Investigaciones*, pp. 73-83. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Redl, F. y Wineman, D. (1959) *Niños que odian. La desorganización y desequilibrio de los controles de la conducta*. Buenos Aires: Ediciones Hormé
- Roth A, Fonagy P, Parry G, Target M & Woods R. (2004) *What works for whom? A critical review of Psychotherapy research. 2nd ed.* En Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J.C & Villalba, L. "Guía clínica para la psicoterapia" *Rev. Psiquiatr. Urug.* 68 (2):99-146
- Sacktett, D.L., Richardson, W.S., Rosenberg, W. & Haynes, R.B. (1997) *Evidence-based medicine*. New York: Churchill: Livingstone. En Bernardi, R., Defey, D., Garbarino, A., Tutté, J.C & Villalba, L. "Guía clínica para la psicoterapia" *Rev. Psiquiatr. Urug.* 68 (2):99-146, 2004
- Sujoy, O. (1990) Factores curativos en los grupos terapéuticos de niños y adolescentes. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, vol. XIII, Nº 3-4, pp 25-36
- Taragano, F.E., De Ustarán, J., García Elorrio, E. & Geddes, J. (2002) *Guía del Manejo de la Depresión en la Atención Primaria*. Buenos Aires, Instituto Universitario CEMIC. En Garay, C. & Korman, G. "Guías clínicas en salud mental: la situación en Argentina" *Vertex Rev. Arg. de Psiquiatr.* Vol. XIX, 491-495, 2008
- Toranzo, E.; Taborda, A.; Ross, T.; Mergenthaler, E.; Fontao, M. (2007) Foco, Interacción Grupal y Patrones Verbales en Grupos de Padres: Estudio Piloto. *Memorias de las XIV Jornadas de Investigación Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur "La investigación en psicología, su relación con la práctica profesional y la enseñanza"*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología Tomo I, pp. 127-129

Fecha de recepción: 20 de abril de 2011

Fecha de aceptación: 20 de octubre de 2011