

# Anuario de Investigaciones

Anuario de Investigaciones

ISSN: 0329-5885

anuario@psi.uba.ar

Universidad de Buenos Aires  
Argentina

Cryan, Glenda; Quiroga, Susana  
Estudio sobre la capacidad de mentalización en Grupos de Terapia Focalizada para  
adolescentes violentos  
Anuario de Investigaciones, vol. XX, 2013, pp. 17-28  
Universidad de Buenos Aires  
Buenos Aires, Argentina

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139949033>

- 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

# ESTUDIO SOBRE LA CAPACIDAD DE MENTALIZACIÓN EN GRUPOS DE TERAPIA FOCALIZADA PARA ADOLESCENTES VIOLENTOS

MENTALIZATION CAPACITY STUDY IN FOCALISED THERAPY GROUP FOR VIOLENT ADOLESCENTS

Cryan, Glenda<sup>1</sup>; Quiroga, Susana<sup>2</sup>

## RESUMEN

La Función Reflexiva o mentalización se define como la capacidad de comprender e interpretar las conductas propias y de los otros como expresiones de estados mentales: sentimientos, fantasías, deseos, motivaciones, pensamientos y creencias (Fonagy, et.al, 2002).

El análisis de la Función Reflexiva en el dispositivo Grupo de Terapia Focalizada- GTF demostró que los adolescentes violentos presentan un bajo nivel de mentalización, reflejado en la oscilación entre el rechazo y la evasión de las intervenciones terapéuticas vinculadas a los estados mentales (puntaje -1) y las explicaciones de desconocimiento o de recuerdos distorsionados hacia los mismos (puntaje 1).

El objetivo del presente trabajo es analizar diversas viñetas clínicas de sesiones del dispositivo GTF donde se muestra el grado de funcionamiento reflexivo o mentalización de los adolescentes violentos.

El análisis de estas viñetas permite observar la dificultad de estos adolescentes para reflexionar ante situaciones traumáticas tempranas y actuales (fuga del hogar, muerte de ambos padres, peleas físicas y verbales con progenitores, hermanos y/o grupos rivales). Las respuestas de los pacientes apuntaban al uso de mecanismos de evasión, hostilidad, distracción del terapeuta, brindar explicaciones bizarras, de desconocimiento o generalizadas, que muestran la imposibilidad de este grupo de comprender los estados mentales propios y ajenos.

## Palabras clave:

Mentalización - Grupo de Terapia Focalizada - Adolescentes Violentos

## ABSTRACT

Reflective Function or mentalization is the capacity to understand and interpret one's own and other's behaviours as expressions of mental states: feelings, fantasies, desires, motivations, thoughts and beliefs (Fonagy, et.al, 2002).

Analysis of Reflective Function in Focalised Therapy Group -FTG device have shown that violent adolescents have a low level of mentalization, which was reflected in the oscillation between the rejection and the avoidance of the therapeutic interventions related to the mental states (score -1 ) and the explanations of not knowing or evoking distorted memories of them(score 1).

The purpose of this paper is to analyze different clinical vignettes of FTG device' sessions to show the level of reflective functioning or mentalization of violent adolescents.

Analysis of these vignettes demonstrated the difficulty of these adolescents to reflect on early and actual traumatic situations (running away, death of both parents, physical and verbal fights with parents, brothers and /or rival groups).

The patients' answers were based on avoidance, hostility, distraction of the therapist and various bizarre, ignored and generalized explanations, demonstrating the impossibility of understanding the mental states of themselves and others.

## Key words:

Mentalization - Focalised Therapy Group - Violent Adolescents

<sup>1</sup>Dra. en Psicología, UBA. Miembro de la Carrera del Investigador Científico del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Docente de la Cátedra I de Psicología Evolutiva II: Adolescencia. Directora Proyecto UBACyT 2013-2016. Investigadora formada en el Proyecto UBACyT Análisis de Proceso Y Resultados de Terapia Grupal Focalizada para Adolescentes con Vulnerabilidad Psicosocial y Padres con Trastornos Graves de la Personalidad. E-mail: gryan@psi.uba.ar

<sup>2</sup>Profesora Emérita, UBA. Dra. en Filosofía y Letras con Orientación en Psicología, UBA. Lic. en Psicología, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Directora del Proyecto UBACyT Análisis de Proceso Y Resultados de Terapia Grupal Focalizada para Adolescentes con Vulnerabilidad Psicosocial y Padres con Trastornos Graves de la Personalidad. Autora de Del goce orgánico al hallazgo de objeto y Patologías de la Autodestrucción. E-mail: susy@psi.uba.ar

## 1. INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente trabajo es analizar diversas viñetas clínicas de sesiones del dispositivo Grupo de Terapia Focalizada-GTF que muestran el grado de funcionamiento reflexivo o mentalización de los adolescentes violentos. 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, aquellas en las cuales la verbalización ha fallado y en su lugar aparecen transformaciones de lo psíquico en 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, de la Universidad de Buenos Aires (Directora: Prof. Dra. Susana E. Quiroga) y cuentan con objetivos y técnicas predeterminadas. Para el tratamiento de adolescentes violentos de 13 a 15 años con Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial, se desarrolló una guía terapéutica en la que se fijaron los objetivos a trabajar en cada una de las sesiones, el desarrollo de los mismos y las técnicas específicas para alcanzarlos (Quiroga y Cryan, 2011d). Desde el año 2001 se está realizando una investigación empírica que incluye el estudio de proceso y de resultados para estudiar la eficacia terapéutica del dispositivo GTF, cuya finalidad es mejorar el diagnóstico y la atención de los adolescentes violentos y con ello evitar que conductas violentas de mayor gravedad se perpetúen transgeneracionalmente.

En el marco del análisis de proceso, se realizó un análisis de la Función Reflexiva, la cual se define como la capacidad de comprender e interpretar las conductas propias y de los otros como expresiones de estados mentales: sentimientos, fantasías, deseos, motivaciones, pensamientos y creencias (Fonagy, et.al, 2002). Este análisis de la Función Reflexiva que se realizó en distintas sesiones de Grupos de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos (Quiroga y Cryan, 2011c, 2012e, 2013) demostró el bajo nivel de mentalización de los mismos. Esta baja mentalización se vio reflejada en la oscilación entre el rechazo y la evasión de las intervenciones terapéuticas vinculadas a los estados mentales y las explicaciones de desconocimiento o de recuerdos distorsionados hacia los mismos.

En principio, presentaremos los desarrollos teóricos realizados por Peter Fonagy acerca del concepto de mentalización y su relación con la aparición de conductas violentas. A continuación describiremos el dispositivo GTF y la metodología empleada para la recolección y análisis del material clínico. Por último, se mostrarán las viñetas de distintas sesiones en las que se puede observar el bajo nivel de mentalización de los adolescentes violentos y la discusión del artículo.

## 2. MENTALIZACIÓN Y VIOLENCIA

La *Función Reflexiva* o *mentalización* se define como la capacidad de comprender e interpretar las conductas propias y de los otros como expresiones de estados mentales tales como sentimientos, fantasías, deseos, motiva-

ciones, pensamientos y/o creencias (Fonagy, et.al, 2002). El concepto de *mentalización* fue introducido en la literatura psicoanalítica algo tardíamente en el contexto de estudios sobre el desarrollo mental infantil, y de allí ha sido exportado al ámbito de la psicoterapia (Martínez, 2011). Su origen se basa en el intento de Peter Fonagy y otros autores por comprender y abordar la patología borderline (Fonagy, 1991; Fonagy, et.al., 1995), basándose en conceptos psicoanalíticos y en la teoría del apego (Main, 1991) articulados con los desarrollos sobre teoría de la mente (Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985, Baron-Cohen, 1995). En los últimos años, este concepto ha cobrado gran importancia debido a las múltiples investigaciones y desarrollos teóricos que generaron un complejo cuerpo de conocimientos científicos.

La capacidad de mentalización es un logro del desarrollo que se da en el contexto de un *vínculo afectivo seguro* durante los primeros años de vida a partir de la calidad de las experiencias interpersonales tempranas vividas con los objetos primarios de apego (Fonagy, 2006; Main, 1991). En sus primeras investigaciones, Fonagy se centró en evaluar a las madres previo al nacimiento del hijo observando que aquellas que poseían un *apego seguro*, mostraban mayor capacidad para generar un ambiente adecuado para el desarrollo de su bebé (Fonagy, Steele, Moran, Steele, & Higgitt, 1991).

En este punto, nos parece importante hacer referencia brevemente a la Teoría del Apego de Bowlby (1973, 1989) quien consideró fundamental la relación primaria del bebé con sus figuras de apego (generalmente padres o sustitutos). Ainsworth (1978, 1985) tomando las ideas de Bowlby caracterizó tres patrones principales de apego: *apego seguro* en el cual los niños lloran poco cuando la madre no está y se muestran contentos cuando exploran el contexto en presencia de la misma y dos tipos de *apego inseguro*: a- aquellos que no pueden explorar el contexto en ausencia de la madre y continúan llorando aún en brazos de la misma (ansioso resistente), y b- aquellos que parecen no detectar la presencia o ausencia de sus madres a través de conductas emocionalmente indiferentes (ansioso evitativo). Un cuarto tipo descripto por Main y Solomon (1990) es el *apego desorganizado o desorientado* en el cual los niños exhiben conductas aparentemente no dirigidas hacia un fin y manifiestan el deseo de escapar de la situación aún en presencia de los cuidadores a través de la inmovilización y el golpeteo con las manos y la cabeza. Por último, para evocar pensamientos, sentimientos y recuerdos sobre experiencias tempranas de apego y evaluar el estado mental del sujeto respecto del apego George, Kaplan y Main (1985) crearon la Entrevista de Apego en el Adulto (AAI).

Retomando el concepto de mentalización, cabe aclarar que esta capacidad no se encuentra presente desde el comienzo de la vida, sino que requiere varios años de desarrollo, maduración cerebral y experiencia interpersonal, incluyendo una serie compleja de pasos evolutivos, la presencia de un contexto intersubjetivo de *apego seguro* y el entrelazamiento con la evolución de la *agencia del self* y el *sentimiento de sí*.

La comprensión de la mente del niño depende del desarrollo para encontrarse a sí mismo representado en la mente del cuidador (Fonagy, 1999). La capacidad de la madre para contener en su propia mente complejos estados mentales (emociones, sentimientos e intenciones) le permite, a su vez, comprender y contener tanto la experiencia afectiva como emocional de su bebé (Fonagy & Target, 1997; Fonagy, et.al., 2002). En consecuencia, el desarrollo de la capacidad de mentalización en un niño depende de la interacción con la mente de los padres o cuidadores, quienes a su vez deben poseer una adecuada capacidad de mentalización (Fonagy, 2006).

Los niños en los cuales predomina como contexto una relación de *apego seguro*, con padres sensibles a sus necesidades y con una elevada capacidad mentalizadora, tienen mayores posibilidades de lograr un elevado funcionamiento reflexivo, mientras que los niños con *apego inseguro evitativo o resistente* o con *apego desorganizado* verán afectada de alguna manera su capacidad de mentalizar (Fonagy, 1999, Fonagy, et.al., 2002, Fonagy, 2003). En ausencia de vínculos afectivos seguros en que las llamadas figuras de apego no logran ejercer tareas que estimulen la capacidad mentalizadora en los niños, los mismos tendrán dificultad para discernir tanto sus propios estados mentales como los estados mentales de los otros sujetos. Tampoco podrán diferenciar los estados internos de los externos: yo-no yo (Allen, 2001; Fonagy, 2003). Las dificultades para mentalizar generan consecuencias en la vida adulta. En este sentido, Fonagy, Bateman y Bateman (2011) detectaron que el déficit en la mentalización constituye el núcleo central que subyace a una serie de trastornos mentales. Entre ellos se incluyen los Trastornos de la Conducta Alimentaria (Skarderud, 2007), la Depresión (Taubner, Kessler, Buchheim, Kachele, y Staun, 2011), los Trastornos de Ansiedad (Rudden, Milrod, Aronson, & Target, 2008) y los Trastornos de Personalidad (Fonagy et al., 2002). En esta misma línea, Fonagy sostiene en distintos artículos que existe una relación indisoluble entre la aparición de conductas violentas y un déficit en la mentalización. A continuación se expondrán las principales ideas al respecto.

En principio, el autor plantea que como consecuencia del fracaso en la mentalización ciertos tipos de violencia se podrían asociar con una “*desconexión moral*” (Fonagy, 1999) que en términos psicoanalíticos lo expresaríamos como un déficit en la constitución del Superyo. Las razones por las cuales los autores (Fonagy, Target, Steele y Steele, 1997; Fonagy et al., 1997c) sostienen que se produce este fracaso son las siguientes 1- aquellos sujetos que presentan fallas en la constitución de su propia identidad suponen con frecuencia que no son responsables de sus acciones, 2- aquellos sujetos con capacidad de mentalización poseen la facultad de anticipar las consecuencias psicológicas que pueden producir en los demás, 3- por el contrario, la capacidad limitada de estos sujetos para mentalizar trae como consecuencia que el otro sea tratado como si fuera un objeto físico 4- el déficit en la capacidad de mentalización podría causar cierta superficialidad en la Función Reflexiva que conduce a la cons-

trucción de una serie de racionalizaciones distorsionadas. Esto conduce a que los hombres violentos interpreten una conducta, inaceptable, trasgresora y/o cruel como si fuera moralmente aceptable.

En un texto posterior, Fonagy (2001) retoma y profundiza estas ideas, enumerando tres procesos que vinculan la violencia con una falla significativa en el proceso de mentalización. En primer lugar, plantea que los sujetos carentes de un sentido de su propia identidad sienten que, debido a la deficiencia que presentan en su capacidad de unir intención con acción, no son responsables del resultado de sus actos. Esto los conduce a la imposibilidad de crear un *sentido de la agencia*, el cual se define como “la capacidad de comprender el sentido de si mismo como efectivo y responsable de las propias acciones” (Hauser, et.al., 2006). En segundo lugar, la capacidad de mentalización representa un elemento considerablemente significativo para construir la anticipación del efecto psicológico que un acto tiene sobre otro. Esta falla selectiva en el pensamiento anticipativo tiene su origen, como más arriba se expresó, en un tipo de vínculo de apego en el que los contactos o encuentros físicos con la madre (o sustitutos) eran frágiles, fútiles o vanos en lugar de estar basados en sentimientos, emociones y pensamientos. En tercer lugar, las limitaciones en la mentalización causan inconsistencia dentro del sistema de representaciones, específicamente en relación con los estados mentales. Los sentimientos o pensamientos no son experimentados como reales o significativos sino como cambiantes e inestables o en otras ocasiones, pueden ser desestimados. En estos casos, la consecuencia de estos mecanismos produce un estado mental en el que predomina el mecanismo de disociación o escisión imposibilitando al sujeto de su capacidad de pensar, y por lo tanto de mentalizar.

En relación con el desencadenamiento de los actos violentos, Fonagy (2004) sostiene que el camino común de la violencia es a través de una inhibición momentánea de la capacidad de mentalización, cuya base requiere de una de las siguientes condiciones: 1) una condición biológica donde los estados intencionales (deseos, necesidades, sentimientos, creencias y razones) no son respondidos comúnmente por el propio sujeto (“*No puedo reconocerme*”), 2) una historia personal que lleva a que el sujeto en el tiempo actual no reconozca los estados intencionales debido a que los mismos a su tiempo no fueron respondidos (“*Yo no soy reconocido*”), 3) un entorno social determinado, donde el sujeto entiende que se fusionó excesivamente con otras subjetividades y siente una necesidad primaria de rescatarse a si mismo como un sujeto cuyas acciones propias y las de los otros son significativas en base a estados mentales intencionales. Esto podría suceder en los casos en que se da una separación temporal de un grupo extenso como por ejemplo la familia extensa, o la tribu o una organización militar (“*No puedo ser reconocido*”).

En este punto, el autor señala que cada forma o tipo de violencia supone un grado diferenciado de inhibición de la mentalización. Los factores que influyen en este grado de inhibición son 1) el sentimiento de anonimato, 2) la proxi-

midad física de la víctima, 3) el tiempo que se necesita para llevar a cabo el acto, 4) el tiempo de contacto visual que el acto violento conlleva, ya que como plantean Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste y Plumb (2001) es a través de los ojos que los estados intencionales normalmente son comprendidos. Es probable que las formas de violencia que requieren un grado mayor de mentalización sean practicadas por un mayor número de sujetos y en una amplia gama de contextos y por lo tanto, implican un mayor grado de peligrosidad. Por ejemplo, matar a un sujeto usando el propio cuerpo (acogotar con las manos, matar a patadas o golpes de puño) lleva más tiempo que hacerlo con un cuchillo. A su vez, matar con un cuchillo supone una mayor proximidad con el cuerpo del sujeto que el uso de un revólver. A su vez, usar un revólver requiere una inhibición mayor de la mentalización que matar a través de una bomba.

Desde otro punto de vista, en el campo de la psicopatología se encuentran trastornos en los que prevalece la violencia en diversos aspectos tales como la impulsividad, la autodestructividad y el suicidio u homicidio (Fonagy et al., 2002; Bateman y Fonagy, 2004, 2007; Fonagy y Bateman, 2006, 2007; Levinson y Fonagy, 2004). Dentro de estos trastornos se destacan el Trastorno Antisocial de la Personalidad y el Trastorno Borderline de la Personalidad en los cuales el proceso de mentalización se encuentra completamente inhibido debido a que los individuos tienden a interpretar mal los estados intencionales o motivaciones de los otros (Bateman y Fonagy, 2010). En estos sujetos predomina una pérdida de flexibilidad y una rigidez en los vínculos que incrementa su vulnerabilidad a tener una descompensación psíquica al exponerse a un sentimiento de humillación, que sólo puede ser evitado a partir de la violencia y del control del otro sujeto.

A partir de estos conceptos teóricos se desarrolló un Tratamiento basado en la Mentalización-MBT (Bateman y Fonagy, 1999, 2001, 2004, 2007, 2009; Allen y Fonagy, 2006; Allen, Fonagy y Bateman, A., 2008), el cual sugiere que la mejora de la mentalización es un mecanismo central de cambio con este grupo de pacientes. Para el análisis y puntuación de la mentalización, Fonagy, Steele, Steele, and Target (1998) desarrollaron un manual y una escala llamada Escala de Función Reflexiva, que para su construcción se aplicó a la Entrevista de Apego en el Adulto (AAI). En estudios recientes, esta escala comenzó a ser aplicada como una medida de proceso terapéutico en distintos trastornos (Levy, et.al., 2006; Karlsson y Kermott, 2006; Vermote et al. 2010; Gullestad y Wilberg, 2011). En el próximo apartado se describirá el dispositivo Grupo de Terapia Focalizada- GTF, cuyo análisis de proceso incluyó la aplicación de la Escala de Función Reflexiva.

### 3. ABORDAJE TERAPÉUTICO GRUPAL FOCALIZADO Y MODULIZADO

Los adolescentes violentos suelen presentar dificultades tanto técnicas como metodológicas para los abordajes terapéuticos psicodinámicos clásicos. En este punto, es importante considerar las características intrapsíquicas e intersubjetivas de estos pacientes. Considerando los de-

sarrollos que forman parte de la presente investigación, Quiroga y Cryan (2004, 2005b, 2007c, 2007d) afirman que 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 (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. Es por ello que en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur de la Universidad de Buenos Aires (Directora: Prof. Dra. Susana Quiroga) se desarrolló un dispositivo específico para abordar terapéuticamente a los adolescentes violentos.

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 observadores; *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 (GTLp), 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:

- 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.*

Para el tratamiento de adolescentes violentos de 13 a 15 años con Trastorno Negativista Desafiantes 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* (Quiroga y Cryan, 2011d) 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 de estos pacientes así

como a 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.

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.

Si bien no es el objetivo del presente trabajo, queremos señalar que este dispositivo ha sido objeto de investigación desde el año 2001, obteniendo resultados positivos tanto en el Análisis de Proceso (Quiroga y Cryan, 2009b, 2010d, 2011b, 2011c, 2012e) como en el Análisis de Resultados (Quiroga y Cryan, 2008c, 2009a, 2010a, 2010b,

2010c, 2012c).

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, 2009c) nos llevó a comenzar a sistematizar el dispositivo GTFP y a evaluar la eficacia terapéutica del mismo (Quiroga, et.al. 2010, 2011) dado que lo consideramos de fundamental importancia en el abordaje terapéutico de estos pacientes.

#### **4. MENTALIZACION EN GRUPOS DE TERAPIA FOCALIZADA- GTF PARA ADOLESCENTES VIOLENTOS**

##### **4.1 OBJETIVOS**

###### *Objetivo general*

Comprobar la eficacia terapéutica del dispositivo diagnóstico-terapéutico Grupo de Terapia Focalizada- GTF a través del análisis de resultados y proceso terapéutico.

###### *Objetivo específico de este artículo*

Analizar diversas viñetas clínicas de sesiones del dispositivo Grupo de Terapia Focalizada-GTF que den cuenta del grado de funcionamiento reflexivo o mentalización de los adolescentes violentos.

##### **4.2 METODOLOGÍA**

La **metodología** se basa en el análisis de proceso terapéutico de caso único. El análisis de la Función Reflexiva de las viñetas se realizó a través de los protocolos de sesiones de un Grupo de Terapia Focalizada-GTF que fueron transcritas *verbatim* de acuerdo con las normas internacionales de desgrabación (Mergenthaler y Gril 1996).

###### **4.2.1 Participantes y Muestras**

**Participantes:** Adolescentes violentos de 13 a 15 años consultantes al Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur de la Universidad de Buenos Aires, que tras haber completado el proceso de admisión cumplían con los criterios diagnósticos de Trastorno Negativista Desafiantes y Trastorno Disocial

**Muestra:** un grupo GTF conformado por 6 adolescentes

###### **4.2.2 Criterios de Exclusión**

Se excluyeron de la muestra los pacientes que a pesar de cumplir con los criterios diagnósticos del DSMIV para Trastorno Negativista Desafiantes y Trastorno Disocial, presentaban: 1) adicción severa a sustancias tóxicas (drogas, alcohol), 2) debilidad mental, 3) analfabetismo, 4) trastornos psiquiátricos mayores (esquizofrenia, paranoia, depresión psicótica) y 5) ausencia de un adulto responsable del tratamiento

###### **4.2.3 Instrumentos**

El instrumento utilizado para analizar el grado de funcionamiento reflexivo o mentalización es el Manual de Función Reflexiva- RF (Fonagy, Steele, Steele y Target, 1998). Este instrumento ha sido adaptado y validado al castella-

no (Quiroga, 2003). Para realizar esta validación, se tradujo el manual original escrito en lengua inglesa al castellano, se realizaron las pruebas pilotos correspondientes con una muestra de profesionales seniors, se obtuvieron las pruebas de confiabilidad interna y se realizó la validación en población no clínica (compuesta por sujetos adultos entre 18 y 50 años) a través de la correlación intraclass que informa el grado de acuerdo entre jueces. Los coeficientes de acuerdo (superiores al 90%) señalan que el Manual de Función Reflexiva- *RF* en lengua castellana posee una confiabilidad adecuada. La aplicación de este manual a psicoterapia grupal para adolescentes violentos también se realizó por consenso entre varios jueces entrenados para tal fin.

Este manual tiene una evaluación de la Función Reflexiva que va de -1 como el grado menor de mentalización al 9 que es el mayor grado de mentalización. Los puntajes posibles son -1 (*RF Negativa*), 1 (*RF Ausente pero no rechazada*), 3 (*RF Dudosa o Baja*), 5 (*RF Definida o Común*), 7 (*RF Pronunciada o Notable*) y 9 (*RF Completa o Excepcional*); los puntajes en números pares se reservan para los casos en que una transcripción particular se ubica entre dos clases. Los criterios de evaluación que deben cumplir los pasajes para ser calificados con cada uno de los puntajes fueron publicados en un trabajo anterior (Quiroga y Cryan, 2012e). Dado que los adolescentes violentos presentaron puntajes -1 y 1 se explicitarán estos criterios en el próximo apartado.

#### 4.3 Procedimiento

Los adolescentes consultantes al Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur de la Universidad de Buenos Aires fueron evaluados por profesionales de la Unidad de Admisión a través de un proceso diagnóstico. El mismo incluyó una entrevista clínica semidirigida a padres, una entrevista abierta al adolescente y la administración de cuestionarios objetivos en el que se evaluaban diferentes factores psicopatológicos. Una vez realizado el Proceso Diagnóstico, se realizó la firma del *Consentimiento Informado* de los padres y/o adultos responsables a cargo de los adolescentes, debido a que los mismos eran menores de edad. Asimismo se les informó sobre las características del tratamiento.

Los adolescentes que cumplían con los criterios diagnósticos especificados en el DSMIV para Trastorno Negativista Desafianta y Trastorno Disocial y que sus padres acordaban con las normas explicitadas, fueron incluidos en la Unidad de Violencia de dicho Programa y distribuidos en los grupos *GTF*, los cuales estaban conformados por un mínimo de 6 pacientes y un máximo de 8.

En el período 2001-2005 se realizaron 9 Grupos de Terapia Focalizada-*GTF* para adolescentes tempranos violentos con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafianta y Trastorno Disocial. La muestra final estuvo conformada por 42 adolescentes que completaron las 10 sesiones del *GTF* y la evaluación psicométrica final. El análisis de proceso se realizó en dos Grupos de Terapia Focalizada-*GTF* seleccionados al azar: *GTF 7* y *GTF 9* (N=11). Las sesiones fueron audioregistradas para su posterior análisis con el *Consentimiento Informado* de los padres y/o adul-

tos responsables a cargo de los adolescentes. Las sesiones de los grupos *GTF* seleccionados fueron transcriptas *verbatim*, de acuerdo con las normas internacionales de desgrabación (Mergenthaler y Gril, 1996). Las unidades de análisis (*viñetas clínicas*) estuvieron compuestas por segmentos de 150 palabras cada uno, las que se analizaron con la Función Reflexiva. Para cada grupo *GTF* se realizó el análisis del macroproceso (análisis del dispositivo) y el análisis del microproceso (análisis intrasesión).

#### 5. ANALISIS DE VIÑETAS CLÍNICAS

En este apartado se mostrarán las viñetas clínicas correspondientes a distintas sesiones del dispositivo *GTF 9*, en las que se observa el bajo nivel de mentalización de los adolescentes violentos a partir del análisis de la Función Reflexiva. Se explicitan los criterios para otorgar los puntajes alcanzados por los pacientes (-1 y 1) para una mejor comprensión. Las intervenciones de la terapeuta son señaladas como *T*: mientras que las intervenciones del paciente son señaladas como *P*: (en los casos en que participan más pacientes se señalan como *P2*, *P3*, etc.).

##### 5.1 Función Reflexiva Negativa (Puntaje -1)

Este puntaje se otorga cuando los pasajes son evidentemente antirreflexivos o bizarros/inapropiados. Un pasaje antirreflexivo expresa hostilidad o una evasión activa en respuesta a una oportunidad para la reflexión; el sujeto puede expresar abiertamente hostilidad al criticar al entrevistador o la tarea que tiene que hacer o distraer al entrevistador en ocasiones a través de reacciones no verbales. Las explicaciones bizarras del comportamiento invocan estados mentales en sí mismos o en otros que van más allá de la psicología de sentido común o de un insight teórico pobemente aplicado.

##### Viñeta Clínica 1

El siguiente ejemplo corresponde a un paciente de 14 años que se había fugado del hogar luego de una discusión con su padre. Luego de estar dos días durmiendo en una plaza en la localidad de Dock Sud, fue encontrado por la policía a partir de una denuncia que realiza la madre. La semana anterior a esta sesión no concurrió al tratamiento debido a que tenía que presentarse ante el juez de menores que intervino en el caso. A continuación se reproduce el diálogo textual entre la terapeuta que intenta abordar el tema de la fuga y el paciente que rechaza sistemáticamente todas las preguntas:

*T: ¿fuiste a ver al juez?*

*P: ¿me das una mentita? (dirigiéndose a otro paciente del grupo)*

*T: ¿fuiste a ver al juez?*

*P: no, todavía no, no! dame una! (refiriéndose a la pastilla)*

*T: no se puede comer acá, guarden las mentitas para después, ahora tenemos que escucharnos cuando hablan... bueno, ¿qué pasó entonces estos días?*

*P: y nada, todavía tengo que ir a hablar con el juez*

*T: tenés que ir a hablar con el juez, y en tu casa ¿qué pasó?*

*P: ¿cuándo?*

T: y en estos días cuando volviste a tu casa después que te encontró la policía

P: no, nada, la otra vez lo que pasó con mi papá

T: a ver, ¿qué pasó con tu papá? ¿querés contarnos?

P: no sé que me había dicho, yo entré a re insultarlo, todo

T: ¿vos lo re insultabas?

P: sí

T: a ver, ¿qué te dijo por ejemplo?

P: yo qué sé, no me acuerdo, ¿para qué querés saber vos?"

### Viñeta Clínica 2

En relación con los vínculos que establecen los pacientes con sus familiares, se estaba abordando el motivo por el cual comienzan las peleas, siendo uno de los más frecuentes las bromas y cargadas. La terapeuta intenta indagar la situación de un paciente de 13 años que suele pelearse física y verbalmente con su hermano mayor de 16 años por situaciones domésticas vinculadas a la organización de las tareas. A continuación se reproduce el diálogo textual.

"P: y algunas veces me peleo con mi hermano

T: ¿con tu hermano de cuántos años?

P: y tengo: el más grande dieciséis, somos tres

T: ¿y con ése te peleas?

P: sí

T: ¿por qué te peleas?

P: algunas veces, la otra vuelta me peleé porque me dijo "sacá el perro" porque quería que saque el perro de él a pasear

T: ¿y entonces?

P: y le empecé a pegar y se quiere hacer el famoso ahí

T: el famoso se quiere hacer, a ver, ¿cómo es eso?

P: claro, porque tiene un grupo, no quiere hacer nada, sólo lalalala (comienza a cantar)

T: ¿no quiere hacer nada tu hermano?

P2: ¿cómo se llama el grupo?

P: no sé

P3: ¿pero de qué música es?, ¿es de cumbia?

P: no, no es de cumbia ... todos santiagueños

P3: santiagueños, ¿es un grupo de folclore?

P: sí

T: m-hm ¿y quiere ser famoso tu hermano?

P: se quiere hacer el famoso, y sí tiene la re plata"

Las dos viñetas clínicas presentadas fueron calificadas como pasajes en los que predomina la *Función Reflexiva Negativa* debido a que los mismos son antirreflexivos y bizarros /inapropiados.

En el primer ejemplo hay una evasión activa cuando el paciente le pide a su compañero una pastilla en lugar de responder a la pregunta que le hace la terapeuta en relación con la causa por la cual se había fugado de su hogar, intentando de este modo distraerla del tema que se estaba abordando. Asimismo se observa cierta hostilidad hacia la terapeuta cuando la increpa preguntando para qué quiere saber lo que sucedió en su casa que generó la fuga del hogar.

En el segundo ejemplo también se observa una evasión

activa del tema que se estaba abordando (las peleas con su hermano mayor) cuando el paciente introduce el tema del grupo musical, desviando la atención del grupo a través del canto. La explicación del comportamiento acerca del hermano que quiere ser famoso y tiene dinero no sólo no invoca estados mentales sino que resulta bizarra e inapropiada, logrando minimizar el tema de las peleas y los sentimientos que puede generar en el paciente esta relación fraterna.

### 5.2 Función Reflexiva Ausente pero no rechazada (Puntaje 1)

Este puntaje se otorga cuando el sujeto no menciona estados mentales a pesar de tener una clara oportunidad para realizarlo. Los pasajes pueden ser sociológicos, excesivamente generalizados, concretos o llamativamente egocéntricos, lo cual indica que el sujeto está lejos de comprender los estados mentales de aquellos que están alrededor suyo.

### Viñeta Clínica 1

En la siguiente viñeta clínica se presenta un fragmento textual de un paciente de 14 años derivado a tratamiento por la institución escolar por problemas de conducta y problemas familiares. Ambos padres fallecieron: la madre cuando él tenía dos meses por un cáncer de útero y el padre cuando él tenía 6 años se suicidó a partir de protagonizar un accidente en el que muere una mujer embarazada. Cuando fallece su papá vive por un tiempo con una tía paterna hasta que finalmente empieza a convivir con una de sus dos hermanas llamada Laura (21 años). En el siguiente fragmento se considera la posibilidad de que el paciente pueda convivir con su otra hermana Paula (19 años) dado que las peleas con su hermana conviviente son reiteradas debido a sus problemas de conducta que incluyen que el paciente esté varias horas fuera de su domicilio sin informar dónde y con quién.

"T: ¿vos podrías estar con Paula?

P: ¿bajo el cargo de Paula?

T: sí

P: no creo

T: no, ¿te gustaría seguir estando con Laura?

P: no, pero aparte con Paula no quiero

T: no querés estar con Paula

P: no

T: ¿por qué?

P: me llevo mucho mejor pero no

T: vos querés estar con Laura... ¿y vos le decís a tu hermana lo que pensás de ella? por ejemplo que querés estar con ella

P: t-t (mueve la cabeza de un lado al otro negando)

T: ¿ella lo sabe?

P: (no responde)

T: ¿vos pensás que le gustaría saberlo?

P: qué sé yo

T: ¿Uds qué piensan? (dirigiéndose a los compañeros del grupo) a la gente ¿le gusta saber lo que uno piensa o no?

P2: capaz que no se lo dice porque es la hermana, no sé, porque hay otra relación entre hermanos para hablar,

*capaz que le cuesta*

*T: él dice que a veces cuesta hablar con los hermanos, a ustedes les cuesta?*

*P2: sí, a mí sí*

*T: y a vos te cuesta?*

*P: a mis hermanas yo no les digo que las quiero pero las quiero ... yo hago cosas en mi casa, el otro día saqué la basura a la calle para ayudarla pero no me dijo nada"*

### **Viñeta Clínica 2**

En el siguiente fragmento textual se hace referencia a las situaciones de riesgo a las que están expuestos los pacientes, especialmente los fines de semana cuando salen con sus amigos, consumen alcohol y terminan peléandose en la calle con otros grupos rivales. En este caso, se observa que el paciente destaca que lo que pudo hablar y escuchar en el grupo le resultó útil para no pelearse y no involucrarse en una pelea como habitualmente solía hacer.

*"T: o sea, que todos han salido en el fin de semana, y de las situaciones de riesgo que hablamos la semana pasada ¿se acuerdan?*

*P: yo las puse en práctica*

*T: a ver, ¿qué pusiste en práctica?*

*P: no me metí en líos*

*T: no te metiste en líos, a ver ¿cómo es éso?*

*P: el sábado en el boliche me querían pegar*

*T: sí*

*P: los del rojo, ¿vieron que yo les conté que tenía bardo?*

*T: sí*

*P: y estaba bailando, así estaba con mi novia, viene un amigo me dice "che mirá Mariano" miré para allá y estaban todos los del rojo y... mi novia me abrazó para que no me agarre y no me metí*

*T: bueno, eso es algo importante, ¿no?, ¿cómo te sentiste cuando no te metiste?*

*P: mal, porque me tuve que ir temprano porque me querían cagar a palos*

*T: ¿por qué te querían pegar?*

*P: y ... porque ya me conocen*

*T: m-hm bueno, pero conocían una parte de Mariano, ésa que siempre se metía en problemas, por ahí ahora está apareciendo otra parte de Mariano, ¿no?*

*P: ¡re gato!, es verdad eso, ni yo me reconocí"*

Las dos viñetas clínicas presentadas fueron calificadas como pasajes en los que predomina la *Función Reflexiva Ausente pero no rechazada* debido a que los estados mentales no son mencionados a pesar de tener la posibilidad de hacerlo.

En la primera viñeta se observa que el paciente está lejos de comprender el estado mental de su hermana, preocupada por los problemas de conducta reiterados de él y sus compañías. El paciente y sus hermanas han pasado por situaciones traumáticas reiteradas entre las que se encuentra la muerte de ambos padres. Al preguntársele si logra manifestarle a su hermana que lo tiene a su cargo lo que piensa de ella, el paciente responde con cierto desconocimiento ("qué sé yo"). Un compañero realiza una

intervención generalizada considerada de tipo sociológico acerca de las dificultades para hablar entre hermanos que en el paciente evoca un recuerdo distorsionado en el que predomina un hecho concreto (*sacar la basura*) para expresar afecto y para ayudar al otro.

En la segunda viñeta se observa que el paciente tampoco puede hacer referencia a los estados mentales propios ni de los otros que lo rodean, en este caso, su amigo, su novia y "*los del rojo*" (en referencia a un equipo de fútbol de la zona). Se destaca como positivo que pudo evitar la pelea a partir del abrazo de su novia, a pesar de que aún no logró reconocerse a sí mismo ni reflexionar sobre esta actitud. Por último, la explicación generalizada acerca de las razones por las que le querían pegar ("*porque ya me conocen*") no favorece la posibilidad de reflexionar y de comprender los estados mentales de los otros.

### **6. DISCUSIÓN**

El análisis de la Función Reflexiva en el dispositivo *GTF* demostró que los adolescentes violentos presentan un bajo nivel de mentalización, reflejado en la oscilación entre el rechazo y la evasión de las intervenciones terapéuticas vinculadas a los estados mentales (puntaje -1) y las explicaciones de desconocimiento o de recuerdos distorsionados hacia los mismos (puntaje 1). Para ilustrar estos puntajes, se presentaron viñetas clínicas en las cuales se observa la dificultad de estos adolescentes para reflexionar ante situaciones traumáticas tempranas y actuales (fuga del hogar, muerte de ambos padres, peleas físicas y verbales con progenitores, hermanos y/o grupos rivales). Las respuestas de los pacientes se basaron en la evasión, la hostilidad, la distracción del terapeuta y diversas explicaciones bizarras, de desconocimiento o generalizaciones de tipo sociológico, que dejan al descubierto la imposibilidad de comprender los estados mentales propios y de los otros.

Estas dificultades para la mentalización nos llevan a considerar dos conceptualizaciones teóricas de Fonagy planteadas en el segundo apartado: por un lado, la mentalización como un logro del desarrollo que se da en el marco de un *vínculo de apego seguro* y por otro lado, la inhibición momentánea en la capacidad de mentalizar en la aparición de conductas violentas.

En relación con el primer punto, es importante destacar que para lograr el desarrollo de la Función Reflexiva se requiere la interacción con la mente de los padres o cuidadores, quienes a su vez deben poseer una adecuada capacidad de mentalización (Fonagy, 2006). En los adolescentes violentos, los vínculos con las figuras parentales suelen ser lábiles e inseguros, lo cual está relacionado con la incapacidad de los padres para estimular el desarrollo de la mentalización, determinado por una transmisión transgeneracional. Estos padres en los cuales se observa un alto porcentaje de Trastornos Borderline de la Personalidad (Quiroga y Cryan, 2009c) no poseen una adecuada capacidad de mentalización, por lo cual no han podido alojar a su hijo en su mente ni comprender el comportamiento del mismo a la luz de estados mentales como emociones, sentimientos e intenciones (Fonagy & Target,

1997; Fonagy, et al., 2002).

En relación con el segundo punto, resulta interesante la vinculación que realiza Fonagy (2004) entre la aparición de conductas violentas y la inhibición momentánea en la capacidad de mentalizar. En el discurso de los adolescentes violentos, se observa que esta inhibición en la mentalización se manifiesta en la falta de responsabilidad de sus acciones, la imposibilidad de anticipar las consecuencias de sus actos, el trato hacia el otro como si fuera un objeto físico y la reinterpretación de conductas inaceptables a través de explicaciones racionalizadas y/o distorsionadas (Fonagy, Target, Steele y Steele, 1997; Fonagy et al., 1997c.).

En esta situación, en la cual la restringida capacidad de analizar los problemas psicológicos conlleva la predominancia de actos violentos, resulta fundamental estimular a pensar en las conductas más que en cambiarlas, aunque habitualmente los cambios en el comportamiento siguen a cambios en el pensamiento y en las representaciones, a partir de que los pacientes aprenden a leer las intenciones y los estados mentales sin distorsionarlos (Slade, et.al., 2005).

El dispositivo Grupo de Terapia Focalizada- GTF considera las lógicas previas al desarrollo de la verbalización en pacientes en los que la mentalización no ha sido lograda ni aún en los niveles más bajos. La actitud activa del terapeuta y el uso de técnicas específicas apunta a lograr la generación y el mantenimiento del encuadre y la relación de acciones con contenidos representacionales expresados en palabras que lleven a la identificación de estados intencionales propios. El dispositivo paralelo Grupo de Terapia Focalizada para Padres-GTFP, apunta al desarrollo de una adecuada capacidad de mentalización de los padres que les permita representar los estados mentales y los procesos emocionales por los cuales sus hijos fueron derivados a tratamiento terapéutico. En futuros trabajos se mostrarán otros análisis de ambos dispositivos que permitan continuar profundizando este modo de abordaje terapéutico.

## REFERENCIAS BIBIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. (1985). "Attachments across the lifespan". *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 61, 792-812, en Bowlby, J. *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós, 1988
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E. & Wall, S. (1978) *Patterns of attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ.: Erlbaum, en Bowlby, J. *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Paidós, 1988
- Allen, J. (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester, UK: Wiley. En Martínez, C. Mentalización en Psicoterapia: Discusión Sobre lo Explícito e Implícito de la Relación Terapéutica. *Terapia Psicológica*, Vol. 29, N° 1, 97-105, 2011
- 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.
- Baron-Cohen, S. (1995) *Mindblindness : An Essay On Autism and Theory of Mind*. MIT Press paperback edition, 1997.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A.M. & Frith, U. (1985) Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21; 37-46.
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y. & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J. Child Psychol. Psychiatry*, 42 (2): 241-51. En Fonagy, P. Early-life trauma and the psychogenesis and prevention of violence. *Ann.N.Y.Acad.Sci*, 1036: 181-200, 2004
- Bateman, A. & Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder – a randomised controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563\_1569.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36\_42.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007) *Mentalization based treatment for borderlene personality disorder. A practical guide. Second Edition*. Oxford University Press
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355\_1364.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2010) Comorbid antisocial and borderline personality disorders: mentalization-based treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 59:2, 477-495
- Bowlby, J. (1973), *La separación afectiva*, Buenos Aires, Paidós, 1976. En Marrone, M. *La teoría del apego: un enfoque actual*. Psimática. Madrid.España, 2001
- Bowlby, J. (1989) *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Editorial Paidós Main, 1991).
- Fonagy, P. (1991) Thinking about thinking: some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psychoanalysis*, 72: 639-656.
- Fonagy, P. (2001, March) The Psychoanalysis of Violence. Paper presented at the DSPP professional seminar "Preventing Mass Murder in Schools: Understanding Violent Children from

- Peaceful Families".
- Fonagy, P. (2003). Towards a developmental understanding of violence. *The British Journal of Psychiatry*, 183: 190-192
- Fonagy, P. (2003). The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health Journal*, 24, 212-239. En Martínez, C. Mentalización en Psicoterapia: Discusión Sobre lo Explícito e Implícito de la Relación Terapéutica. *Terapia Psicológica*, Vol. 29, N° 1, 97-105 , 2011
- Fonagy, P. (2004) Early-life trauma and the psychogenesis and prevention of violence. *Ann.N.Y.Acad.Sci*, 1036: 181-200.
- Fonagy, P. (2006) The Mentalization-Focused Approach to Social Development. En Allen, J.G. y Fonagy, P. *Handbook of Mentalization-Based Treatment*. Wiley and Sons, Ltd
- Fonagy, P. & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and Psychopathology*, 9: 679-700. En Fonagy, P. The Psychoanalysis of Violence. Paper presented at the DSPP professional seminar "Preventing Mass Murder in Schools: Understanding Violent Children from Peaceful Families", 2001.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2006). Mechanisms of change in mentalization-based treatment of BPD. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 411\_430.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16, 83\_101.
- Fonagy, P., Bateman, A. & Bateman, A. (2011) The widening scope of mentalizing: a discussion. *Psychology and Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 84, 98-110. En Gullestad, F.S., Wilberg, T., Klungsøyr, O., Johansen, M.S., Urnes, O. & Karterud, S. Is treatment in a day hospital step-down program superior to outpatient individual psychotherapy for patients with personality disorders? 36 months follow-up of a randomized clinical trial comparing different treatment modalities. *Psychotherapy Research*, 22 (4), 426-41
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G.S., Steele, H. & Higgitt, A.C. (1991b) Measuring the ghost in the nursery: a summary of the main findings of the Anna Freud Centre/University College London parent-child study. *Bulletin of the Anna Freud Centre*, 14, 115-131
- Fonagy, P., Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., Steele, H., Target, M., Steele, M. & Higgit, A. (1995) Attachment, borderline states and the representations of emotions and cognitions in self and other. En *Rochester Symposium on Developmental Psychopathology: Cognition and Emotion*, ed. D. Cicchetti & S. Toth. Rochester, NY: Univ Rochester Press, pp. 371-414.
- Fonagy, T., Target, M., Steele, M. & Steele, H. (1997). The development of violence and crime as it relates to security of attachment. In JD Osofsky (Ed.). *Children in a violent society* (pp 150-177). New York: Guilford Press. In Fonagy, P. Male perpetrators of violence against women: An attachment theory perspective. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 1, 7-27, 1999.
- Fonagy, P., Target, M., Steele, M., Steele, H., Leigh, T., Levinson, A. & Kennedy, R. (1997c). Morality, disruptive behavior, borderline personality disorder, crime and their relationship to security of attachment. In L. Atkinson & K. J. Zucker (Eds.), *Attachment and psychopathology* (pp. 223-274). New York: Guilford Press. In Fonagy, P. Male perpetrators of violence against women: An attachment theory perspective. *Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 1, 7-27, 1999.
- 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.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press
- George C., Kaplan N. & Main M., (1985) *Adult Attachment Interview*. University of California Press, Berkeley.
- Gullestad, F. & Wilberg, T. (2011): Change in reflective functioning during psychotherapy-A single-case study, *Psychotherapy Research*, 21:1, 97-111
- Hauser. S.T, Allen, J.P. & Golden, E. (2006). *Out of the Woods: Tales of Teen Resilience*. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Kaës, R. & Puget, J. (1988) *Violencia de estado y psicoanálisis*. Buenos Aires: CEA, 1991
- Karlsson, R. & Kermott, A. (2006) Reflective-functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 65\_84. En Gullestad, F. & Wilberg, T. Change in reflective functioning during psychotherapy-A single-case study, *Psychotherapy Research*, 21:1, 97-111, 2011
- 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.
- Levinson, A. & Fonagy, P. (2004). Offending and attachment: The relationship between interpersonal awareness and offending in a prison population with psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 12, 225\_251.
- Levy, K.N., Meehan, K.B., Kelly, K.M., Reynoso, J.S., Weber, M., Clarkin, J. & Kernberg, O.F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 24, 1027\_1040. En Gullestad, F. & Wilberg, T. Change in reflective functioning during psychotherapy-A single-case study, *Psychotherapy Research*, 21:1, 97-111, 2011
- Main, M. (1991) Metacognitive knowledge, metacognitive monitoring and singular (coherent) vs multiple (incoherent) models of attachment, en Parkes, C.M., Stevenson-Hinde, J., Marris, P. *Attachment Across the Life Cycle*, London, Routledge, pp. 127-159.
- Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during Ainsworth Strange Situation. En M. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research and intervention* (pp. 121-160). Chicago: University of Chicago Press
- Martínez, C. (2011). Mentalización en Psicoterapia: Discusión Sobre lo Explícito e Implícito de la Relación Terapéutica. *Terapia Psicológica*, Vol. 29, N° 1, 97-105
- Mergenthaler, E. & Gril, S. (1996) Descripción de las reglas para la transcripción de sesiones de psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 5(2), pp. 163-176.
- 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. & 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. & Cryan, G. (2005b) Estudio Sociodemográfico y Epidemiológico de una Población Adolescentes en Riesgo Psico-

- social. *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. (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. ISSN 1667-6750
- 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, pp. 31-41
- 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"*, pp. 59-80. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2009a) Percepción Subjetiva de Ayuda en Grupos de Adolescentes Violentos *Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVI Jornadas de Investigación. Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur "Psicología y Sociedad Contemporánea: Cambios Culturales"*. Tomo I, pp. 93-96. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- 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. (2009c) Trastornos de Personalidad en Padres de Adolescentes Violentos con Diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiantes y Trastorno Disocial. *XVI Anuario de Investigaciones* pp. 85-94. 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.depsicoterapias.com>
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2010b) Análisis Cuantitativo y Cualitativo de Sucesos de Vida Traumáticos en Adolescentes Violentos. *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR "Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales"*, Tomo I, pp. 92-94. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2010c) Evolución de la Desesperanza en Grupos de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos. *Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias Afines*. Vol. 7, pp. 103-111. Universidad Nacional de Mar del Plata. 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. 69,78. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S., Pérez Caputo, M.C., Grubisich, G., Colugio, A. & Cryan, G. (2010) Evolución de la Depresión en Padres de Adolescentes Violentos en el Dispositivo Grupo de Terapia Focalizada para Padres- GTFP *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR "Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales"*, Tomo I, pp. 95-98. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2011b) Adolescentes Tempranos Violentos: Análisis del Macroproceso Terapéutico utilizando el Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Vol. 15 N° 1 *Procesos y Resultados*, pp. 200-229.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2011c) Análisis de la Función Reflexiva-RF en Grupos de Adolescentes Violentos y su Comparación con el Modelo de Ciclo Terapéutico- TCM. *Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR "Interrogantes y Respuestas de la Psicología a las Problemáticas Sociales Actuales"*. Tomo I, pp. 282-284. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2011d) Guía Terapéutica del Dispositivo Grupos de Terapia Focalizada- GTF para Adolescentes Violentos. *XVIII Anuario de Investigaciones*, pp. 69-80. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S., Copo, G., Cryan, G., Tocci, R., Gunter, G. & Villalba, R. (2011) Estudio de la Ansiedad en Padres de Adolescentes Violentos a través del Dispositivo GTFP. *Psicodiagnóstico, Demandas Actuales, Prevención*. Compilador: Marcelo Ale, pp.252-256 Ediciones Noagraf. Tucumán, Argentina
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2012c) Evolución de la Depresión Clínica en Grupos de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos" *Investigaciones en Psicología Año 17, 3*, pp. 107- 127. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2012e) Análisis de Proceso en Grupos de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos: Función Reflexiva-RF y Modelo de Ciclo Terapéutico- TCM. *XIX Anuario de Investigaciones*. pp. 261-272. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2013) Análisis de la Función Reflexiva-RF en Sesiones de Grupos de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos. *Manuscrito no publicado*
- Rudden, M., Milrod, B., Aronson, A. & Target, M. (2008). Reflective functioning in panic disorder patients: Clinical observations and research design. In F.N.Busch (Ed.), *Mentalization.Theoretical considerations, research findings and clinical implications* (pp.133-158).New York: The Analytic Press. En Gullesstad, F.S., Wilberg, T., Klungsøyr, O., Johansen, M.S., Urnes, O. & Karterud, S. Is treatment in a day hospital step-down program superior to outpatient individual psychotherapy for patients with personality disorders? 36 months follow-up of a randomized clinical trial comparing different treatment modalities. *Psychotherapy Research*, 22 (4), 426-41
- Skárderud, F. (2007) Eating one's words, part I: "Concretised metapshors" and reflective function in anorexia nervosa- an interview study. *Eur Eat Disord Rev*, 15 (3), 163-74. En Gullesstad, F.S., Wilberg, T., Klungsøyr, O., Johansen, M.S., Urnes, O. & Karterud, S. Is treatment in a day hospital step-down program superior to outpatient individual psychotherapy for patients with personality disorders? 36 months follow-up of a randomized clinical trial comparing different treatment modalities. *Psychotherapy Research*, 22 (4), 426-41
- Slade, A., Grienberger, J., Bernbach, E., Levy, D. & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment and Human*

*Development*, 7, 3, 283-298. En Martínez, C. Mentalización en Psicoterapia: Discusión Sobre lo Explícito e Implícito de la Relación Terapéutica. *Terapia Psicológica*, Vol. 29, N° 1, 97-105, 2011

Taubner, S., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H. & Staun, L. (2011) The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression. *Psychiatry*, 74(1): 49-57. En Gullestad, F.S., Wilberg, T., Klungsøy, O., Johansen, M.S., Urnes, O. & Karterud, S. Is treatment in a day hospital step-down program superior to outpatient individual psychotherapy for patients with personality disorders? 36 months follow-up of a randomized clinical trial comparing different treatment modalities. *Psychotherapy Research*, 22 (4), 426-41

Vermote, R., Lowyck, B., Luyten, P., Vertommen, H., Corveleyn, J., Verhaest, Y., Stobants, R., Vandeneede, B., Vansteelandt, K. & Peuskens, J. (2010) Process and outcome in psychodynamic hospitalization-based treatment for patients with a personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2, 110\_115. En Gullestad, F. & Wilberg, T. Change in reflective functioning during psychotherapy-A single-case study, *Psychotherapy Research*, 21:1, 97-111, 2011

Fecha de recepción: 31 de mayo de 2013

Fecha de aceptación: 30 de septiembre de 2013