

# ADOLESCENTES TEMPRANOS VIOLENTOS: ANÁLISIS DEL MACROPROCESO TERAPÉUTICO UTILIZANDO EL MODELO DE CICLO TERAPÉUTICO-TCM\*

## *VIOLENT EARLY ADOLESCENTS: THERAPEUTIC MICROPROCESS ANALYSIS APPLYING THE THERAPEUTIC CYCLE MODEL-TCM*

Susana Quiroga\*\* y Glenda Cryan\*\*\*

### Resumen

El dispositivo diagnóstico-terapéutico Grupo de Terapia Focalizada-GTF fue creado y desarrollado en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, de la Sede Regional Sur de la UBA (directora: Prof. Dra. Susana Quiroga) para el abordaje de los adolescentes violentos. El análisis del macroproceso terapéutico considerando solo el texto de los pacientes fue realizado utilizando el Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM (Mergenthaler, 1996a, 1996b, 1998, 2008). Este análisis mostró que: 1) el cambio terapéutico se registró en las primeras sesiones del dispositivo con la aparición del patrón *Connecting* y del *Ciclo Terapéutico*, que remite en forma directa a la activación de la emoción y de los procesos reflexivos, y 2) la producción de narrativas se logró en las sesiones en las que tanto la emoción como la abstracción mostraron niveles bajos, es decir, en las que predominó el patrón *Relaxing*; los contenidos de estas sesiones fueron referentes a la familia y los vínculos familiares.

---

\* Los resultados presentados forman parte de la Tesis de Doctorado de la doctora Glenda Cryan, realizada mediante la obtención de una beca de investigación en el marco de los Proyectos UBACYT 2004-2007 P069 "Análisis de Proceso y de Resultados de Terapia Grupal Focalizada de Corto Plazo para Adolescentes con Conducta Antisocial y Autodestructiva" y 2008-2010 P049 "Análisis de Proceso y de Resultados de Terapia Grupal Focalizada de Corto Plazo para Adolescentes con Conducta Antisocial y Autodestructiva y sus Padres" (directora: Prof. Dra. Susana Quiroga), subsidiados por la Universidad de Buenos Aires.

\*\* Doctora en Filosofía y Letras con Orientación en Psicología de la UBA (1983). Licenciada en Psicología por la Facultad de Filosofía y Letras de la UBA. Miembro Titular en Función Didáctica (APA) y *Full Member of the International Psychoanalytic Association (IPA)*. Categorizada como Investigadora Categoría I (CIN). Investigadora certificada en la University College London. Profesora Titular Consulto de la UBA. Directora del Programa de Actualización en Clínica Psicoanalítica de las Patologías Actuales. Directora del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, de la Sede Regional Sur de la UBA. Directora de los Proyectos UBACYT 2004-2007 P069 y 2008-2010 P049. Autora de: *Del goce orgánico al hallazgo de objeto y Patologías de la autodestrucción*. Dirección: Gallo 1463, Piso 4° A (C1425EFE), Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Tel.: 4824-4447. E-mail: suquirola@ciudad.com.ar

\*\*\* Doctora en Psicología por la UBA; Licenciada en Psicología por la UBA. 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. Dirección: José María Cortina 1083 (C1407BYS) Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Tel.: 4567-5834. E-mail: gcryan@psi.uba.ar

**Palabras clave:** Grupo de Terapia Focalizada, adolescentes violentos, análisis del macroproceso terapéutico.

### Summary

The therapeutic-diagnostic device Therapy Focus Group (*Grupo de Terapia Focalizada-GTF*) was created and developed within the Clinical Psychology Program for Adolescents, South Region Premises, UBA (Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA) (Director: Prof. Dr. Susana Quiroga) to deal with violent adolescents.

The therapeutic macroprocess analysis, considering only the text of the patients, was employed using the Therapeutic Cycle Model-TCM (Mergenthaler, 1996a, 1996b, 1998, 2008). This analysis showed that: 1) therapeutic change was registered in the first sessions of the device with the emergence of the *Connecting* pattern and the *Therapeutic Cycle*, which leads in a direct way to the activation of emotion and reflexive processes and 2) the production of narrative was achieved in the sessions in which emotion as well as abstraction evidenced low levels, that is to say, in sessions in which the *Relaxing* pattern predominated: the contents of these sessions referred to the family and the family ties.

**Key words:** Therapy Focus Group, violent adolescents, therapeutic macroprocess analysis.

### 1. Introducción

En este trabajo presentaremos el análisis del macroproceso terapéutico de un dispositivo diagnóstico-terapéutico denominado Grupo de Terapia Focalizada-GTF. Este dispositivo fue creado y desarrollado en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, de la Sede Regional Sur de la UBA (directora: Prof. Dra. Susana Quiroga) para abordar la problemática de la violencia juvenil. Este análisis fue realizado utilizando el Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM (Mergenthaler, 1996a, 1996b, 1998, 2008).

Al considerar la problemática de la violencia juvenil, resulta imprescindible considerar que los adolescentes violentos presentan dificultades técnicas y metodológicas para su abordaje. Esto se debe a que los mismos se caracterizan por presentar desconexión afectiva y cognitiva y conductas amenazantes de odio y descalificación del otro combinadas con estados de vacío mental y desvitalización. Dado que este tipo de pacientes suele iniciar el tratamiento psicoterapéutico derivados por instituciones externas (Quiroga y Cryan, 2007c, 2008c) el inicio del mismo constituye un momento de alto riesgo de deserción (Quiroga, González, Pérez Caputo et al., 2003, 2004).

En este sentido, el dispositivo GTF (Quiroga y Cryan, 2004, 2008c, Quiroga, Paradiso, Cryan, et al., 2003, 2004, 2006) fue pensado para evitar la deserción al inicio del tratamiento debido a las características de los pacientes y sus familias y a las dificultades

que presentan para establecer vínculos estables, asumir las funciones parentales y al desconocimiento de las consecuencias futuras de sus patologías.

Para evaluar el grado de eficacia terapéutica del dispositivo GTF se realizó una investigación empírica, de carácter exploratorio, que incluyó el análisis de proceso y de resultados. Dicho estudio fue realizado a través de los Proyectos UBACYT 2004-2007 P069 y 2008-2010 P049 (directora: Prof. Dra. Susana Quiroga), en los cuales se enmarcó una Beca de Doctorado (Dra. Glenda Cryan). En líneas generales, nos propusimos evaluar no solo el grado de eficacia de una psicoterapia focalizada que considera las lógicas previas al desarrollo de la verbalización sino también conocer el proceso que lleva a producir el cambio terapéutico. En este punto, entendemos que esta investigación puede ser considerada como un primer paso que facilite la comprensión de la violencia juvenil y que evalúe la eficacia terapéutica de un dispositivo específico desarrollado para abordar terapéuticamente a los adolescentes violentos. A continuación, expondremos brevemente algunas cuestiones referidas a la investigación empírica en psicoterapia y específicamente enfocada a la violencia juvenil.

En relación con la investigación empírica en psicoterapia, la misma ha avanzado notablemente en los últimos años a través de tres generaciones de estudios de resultados que finalmente condujeron a una cuarta generación que se focaliza en el estudio de proceso (Wallerstein, 2001). Entre las principales investigaciones internacionales en psicoterapia de orientación psicodinámica (Quiroga y Cryan, 2007c) se destacan las realizadas por Wallerstein (1986), Luborsky y Crits-Cristoph (1990), Kantrowitz (1996), Fonagy (1999, 2002) Sandell et al. (2005), Bucci (2002a), Ablon y Levy (2002), Carlberg et al. (2002), Lamnidis et al. (2005) así como también las investigaciones que han permitido el desarrollo de *Terapias Manualizadas* (Kernberg, Clarkin y otros, 1975, 1999, 2001, 2006, 2007; Fonagy, Bateman y Allen, 2004, 2006, 2007, 2008; Linehan, 1987, 1990, 1993, 2001). En nuestro país se destacan las siguientes: Liberman (1970), Fernández Alvarez (1992), López Moreno (2002), Hagelin, et.al. (2002), Leibovich de Duarte (2002), Maldavsky (2004), Quiroga et al. (2005) Rousos et al. (2006) y Cervone et al. (2007), entre otras.

En relación con la problemática de la violencia juvenil debemos señalar que a pesar del aumento sostenido de la misma y de la gravedad que reviste la misma a nivel individual, familiar, escolar y urbano, al iniciar esta investigación no hallamos tratamientos terapéuticos de orientación psicodinámica que hubieran corroborado la eficacia terapéutica a través de estudios empíricos de proceso y de resultados. Los principales estudios (Quiroga y Cryan, 2009b) se han centrado en estudiar la eficacia de los tratamientos en cuanto a la reincidencia en el delito y las medidas de adaptación psicológica, adaptación institucional, adaptación escolar y adaptación laboral, conformando una *psicología del comportamiento delictivo* (Redondo Illescas y Sánchez Meca, 2008).

Es por ello que coincidimos con Kazdin (2001) cuando señala que la mayor deficiencia en la investigación de la terapia del niño y el adolescente continúa siendo la falta de atención a la teoría e investigación de las bases que conducen a que se produzca el cambio terapéutico, lo cual apunta a comprobar cómo el tratamiento conduce al cambio, a través de qué procesos o mecanismos (Kazdin, 1999; Rapport, 2001).

En los próximos apartados presentaremos la caracterización intrapsíquica e intersubjetiva de los adolescentes violentos y el dispositivo GTF con objetivos y técnicas específicas para el tratamiento de este tipo de patologías. En segundo lugar, presentaremos los fundamentos teóricos del Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM y los principales estudios realizados con el mismo. Por último, se presentará el objetivo de este trabajo, la metodología, los principales resultados del macroproceso terapéutico (considerando solo el texto de los pacientes), las conclusiones y discusión.

## **2. Caracterización Intrapsíquica e Intersubjetiva de los Adolescentes Violentos**

En principio, considerando los desarrollos que forman parte de la presente investigación, Quiroga y Cryan (2004, 2005b, 2007c, d) 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 cualidad 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 acumulativo* (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 solo 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 suceda 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 equívoco 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 objetales marginales que suelen establecer. Por otra parte, explicita 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 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 periodos 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 periodos 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.

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 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 fratricida 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 mediada 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.

A continuación presentaremos el dispositivo diagnóstico-terapéutico Grupo de Terapia Focalizada-GTF que se desarrolló en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA para el abordaje terapéutico de los adolescentes



tempranos violentos con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial.

### 3. 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 y los observadores; *Segunda a octava sesión*: Grupo de Terapia Focalizada-GTF y Grupo de Orientación a Padres-GOP; *Novena sesión*: multifamiliar; *Décima sesión*: sesión de cada adolescente con su familia.

Una vez finalizado el GTF, se realiza una evaluación de los pacientes para ser 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:

- 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 Desafiante 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 dificultades de los pacientes para verbalizar sus conflictos intrapsíquicos, 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 solo 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.

#### 4. Fundamentos teóricos del Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM

Para realizar el análisis de proceso en esta investigación se utilizó el Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM (*Therapeutic Cycle Model*) de Mergenthaler (1996a, b, 1998, 2008) y su método de los Patrones de Emoción-Abstracción. Este modelo permite analizar el proceso psicoterapéutico e identificar los “momentos claves” en el marco de una sesión y del tratamiento (Fontao y Mergenthaler, 2005a, b). El término “momento clave” se refiere a una o más sesiones del tratamiento o segmentos de una sesión en los que tiene lugar un cambio terapéutico (Mergenthaler, 1996b).

Este modelo se apoya sobre dos conceptos centrales, la *regulación emocional* y la *regulación cognitiva* considerados por Karasu (1986) y Grawe (1997), entre otros, como mecanismos básicos de cambio terapéutico. Es por ello que para estudiar los efectos de la verbalización en psicoterapia, se han incorporado diferentes conceptos tanto de la psicología cognitiva como de la psicodinámica para ser aplicados en nuevos contextos (Mergenthaler y Gril, 1996). Por lo tanto, se puede afirmar que el TCM constituye un método para el análisis de proceso que, a través de métodos computarizados, permite realizar el análisis del discurso de las sesiones psicoterapéuticas.

La hipótesis de este modelo plantea que es una condición necesaria la coincidencia temporal del tono emocional y abstracto para que emerja una “buena hora” o sesión

clave (*good hour or key session*) o un “buen momento” o momento clave (*good moment or key moment*) dentro de una sesión. (Mergenthaler, 1996 b).

El discurso del paciente y del terapeuta se analiza siguiendo el criterio de la predominancia de tonos. En función de la predominancia de tonos, es posible identificar cuatro casos denominados *Patrones de Emoción-Abstracción* (EAP-*Emotion-Abstraction Patterns*), que se describen a continuación:

***Patrón A. Relaxing:*** Los valores de las variables *Tono Emocional* y *Abstracción* son inferiores a la media.

***Patrón B. Reflecting:*** Los valores de la variable *Tono Emocional* son inferiores a la media y los de la variable *Abstracción* son superiores a la media.

***Patrón C. Experiencing:*** Los valores de la variable *Tono Emocional* son superiores a la media y los de la variable *Abstracción* son inferiores a la media.

***Patrón D. Connecting:*** Los valores de las variables *Tono Emocional* y *Abstracción* son superiores a la media.

El TCM asume que los *Patrones de Emoción-Abstracción* no aparecen en el material verbal de una sesión en forma azarosa, sino que corresponden a una determinada sucesión temporal esperable. Esta *secuencia ideal* denominada *Ciclo Terapéutico* se compone de cinco fases que se describen a continuación (Mergenthaler, 1996a; Gril y Mergenthaler, 1998; Fontao y Mergenthaler, 2005b, Quiroga y Cryan, 2007d, 2009b):

***Patrón A. Relaxing:*** Describe un estado en el cual la emoción subyacente no encuentra expresión en el plano verbal y los procesos reflexivos tampoco ocupan el primer plano. El paciente está en un estado de “relajación mental”, asocia libremente o juega con los pensamientos pasando de un tema a otro.

***Patrón C. Experiencing:*** Los contenidos emocionales logran abrirse camino a la verbalización, mientras que los procesos reflexivos aún no entran en escena. En esta fase el paciente se refiere a aspectos de su síntoma, relata situaciones interpersonales actuales conflictivas o traumáticas, o bien un recuerdo de intenso valor afectivo.

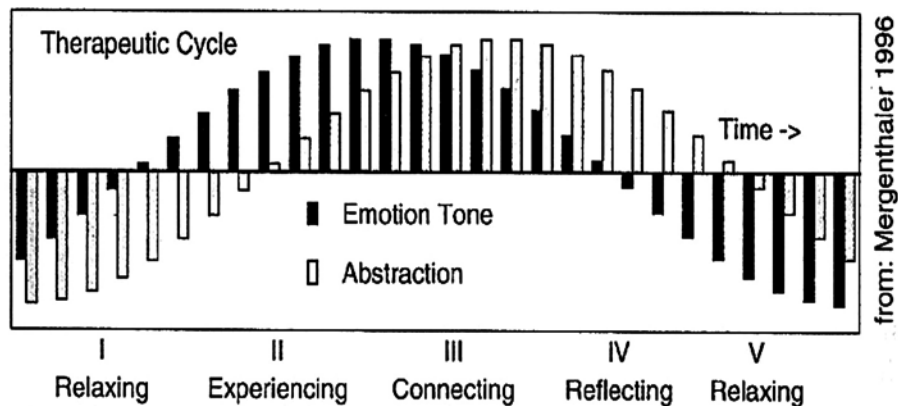
***Patrón D. Connecting:*** Se refiere al momento en el cual el paciente accede a la emoción dominante y a su manifestación verbal, y a la vez puede reflexionar sobre la misma. El TCM asume que este “momento clave” conduce a cambios en los esquemas emocionales (que determinan la forma en que el paciente procesa la experiencia afectiva), como producto de una toma de conciencia o *insight* emocional.

**Patrón B. Reflecting:** Una vez concluida la fase anterior, se espera una disminución de la intensidad afectiva en el discurso, mientras que los procesos reflexivos sobre el *insight* recientemente vivenciado siguen su curso y tiñen el tono de las expresiones verbales.

**Patrón A. Relaxing:** Finalmente, en la quinta fase el paciente retorna al estado inicial del *Ciclo Terapéutico* de manera de poder relajarse luego del trabajo de elaboración mental llevado a cabo, y eventualmente prepararse para el próximo.

En el gráfico siguiente se puede observar esta secuencia ideal denominada *Ciclo Terapéutico*:

**Gráfico TCM**



Otra variable que se contempla en este modelo es el *Estilo Narrativo*. El mismo funciona como un indicador verbal de la presencia de narrativas, las cuales son concebidas como acciones plasmadas en palabras.

Este modelo puede ser aplicado al análisis de una psicoterapia completa: *macroproceso terapéutico* o de una sesión individual: *microprocesos terapéuticos* (Fontao y Mergenthaler, 2005a). Desde la perspectiva de los microprocesos, el *Ciclo Terapéutico* no necesariamente aparece en todas las sesiones, aún en el caso de una psicoterapia exitosa. Desde el punto de vista de los macroprocesos terapéuticos, es esperable que el *Ciclo Terapéutico* aparezca con mayor frecuencia en la fase intermedia y avanzada de una psicoterapia (no así en la fase inicial o final), en las cuales el trabajo terapéutico alcanza su mayor intensidad. Al comienzo de la psicoterapia, el pasaje de una fase a la siguiente requiere de intervenciones específicas por parte del terapeuta, tendientes a favorecer la verbalización de las emociones y/o los procesos reflexivos. En etapas

más avanzadas del tratamiento, cuando el paciente “ha aprendido” a trabajar en la psicoterapia o bien los mecanismos que obstaculizan el acceso a sus emociones o el despliegue de los procesos reflexivos han sido neutralizados, el paciente puede completar un *Ciclo Terapéutico* haciendo uso exclusivamente de sus propios recursos.

Con respecto a las investigaciones empíricas que han utilizado el Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM para evaluar el comportamiento de los patrones de emoción y abstracción, Mergenthaler (2002) enumera la diversidad de aplicaciones que se han realizado con el mismo: *a. Orientaciones terapéuticas*: Baucom y Stern, EE.UU. (psicoanálisis); Avila-Espada, España (psicoanálisis); Vidal-Didier, España (psicoanálisis); Fontao, Argentina (psicoterapia de grupo); Semerari y Nicolo, Italia (terapia cognitivo-conductual); Greenberg et al., Canadá (terapia de proceso experiencial; terapia centrada en el cliente); Glasman y Beutler, EE.UU. (terapia narrativa constructiva de apoyo); Overbeck y Stirn, Alemania (supervisión); *b. Materiales textuales de otras fuentes psicoterapéuticas*: Stirn, Alemania (prosa: análisis de dos novelas escritas por pacientes con anorexia nerviosa); Kilian, Alemania (análisis de correspondencia de la Segunda Guerra Mundial) y Grulke, Alemania (entrevista con pacientes antes de operaciones de trasplante de médula ósea); *c. Aspectos diagnósticos*: Pfäfflin, Alemania (psicoterapia con abusadores sexuales); Varvin, Noruega (psicoterapia con una víctima de torturas); Kraemer y Liehl, Alemania (psicoterapia con pacientes esquizofrénicos); Kernberg, EE.UU. (psicoanálisis con pacientes borderline) y Schors, Alemania (psicoterapia breve con un paciente con cefaleas); *d. Comparación de metodologías*: Kalmykova y Tchesnova, Rusia (regulaciones interpersonales de interacciones utilizando SASB); Gril y Altman, Uruguay (conducta de apego madre-bebé durante las consultas psicoterapéuticas); Buchheim, Alemania (entrevista de apego en el adulto); Lepper, Inglaterra (análisis del discurso); Frommer, Alemania (validación de traducciones) y Bailey, EE.UU. (anotaciones de proceso comparadas con transcripciones verbatim).

En nuestro país, se realizaron dos estudios previos a la presente investigación que implicaron la adaptación del TCM al castellano y a la psicoterapia grupal. En el primer estudio se aplicó a psicoterapia grupal de orientación psicodinámica de largo plazo para adolescentes tardías femeninas con Trastornos de la Alimentación (Fontao y Mergenthaler, 2005a, b). En el segundo estudio se aplicó a un grupo de madres de niños con déficit atencional (Toranzo, Taborda, et al., 2007). A pesar de la diversidad de aplicaciones, el TCM no había sido aún aplicado a una población de adolescentes de alto riesgo psicosocial (Quiroga y Cryan, 2007d, 2008a).

## **5. Análisis de proceso de Grupos de Terapia Focalizada-GTF**

### *5.1. Objetivos*

#### Objetivo General

Realizar el análisis *de proceso y de resultados* terapéuticos de Grupos de Terapia Focalizada-GTF para adolescentes violentos de 13 a 15 años con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial.

Objetivo Específico del Presente Trabajo

Realizar el análisis del macroproceso terapéutico del texto de los pacientes (excluyendo el discurso del terapeuta) de dos grupos GTF de adolescentes tempranos violentos.

## 5.2. Metodología

### 5.2.1. Universo y Muestras

**Universo de Análisis:** adolescentes tempranos de ambos sexos.

**Muestra General:** adolescentes violentos de 13 a 15 años con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial.

**Muestra Análisis de Resultados:** 42 adolescentes de 13 a 15 años consultantes al Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, de la Sede Regional Sur de la UBA, que tras haber completado el proceso de admisión cumplieran con los criterios diagnósticos enunciados.

**Muestra Análisis de Proceso Terapéutico:** dos grupos GTF, conformados por casi el 30% de los pacientes (N= 11) de la muestra total que se conformó para el Análisis de Resultados (N=42).

### 5.2.2. Criterios de Exclusión

Se excluyeron de la muestra los pacientes que a pesar de cumplir con los criterios diagnósticos del DSMIV para Trastorno Negativista Desafiante 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

### 5.2.3. Instrumento de la Investigación

El Análisis de Proceso Terapéutico se realizó utilizando el Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM (Mergenthaler, 1996a, 1996b, 1998, 2008; Adaptación argentina para procesos grupales generales y específicos: Fontao y Mergenthaler, 2005a, b; Toranzo, Taborda, Ross, Mergenthaler y Fontao, 2007; Quiroga y Cryan, 2007d, 2008a).

## 5.3. Procedimiento

Los pacientes consultantes al Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, de la Sede Regional Sur de la UBA, 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 cumplieran con los criterios diagnósticos especificados en el DSM-IV para Trastorno Negativista Desafiante 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 Desafiante y Trastorno Disocial. La muestra final estuvo conformada por 42 pacientes 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 audiograbadas para su posterior análisis con el Consentimiento Informado de los padres y/o adultos responsables a cargo de los adolescentes. Este análisis se realizó utilizando las siete sesiones de los GTF en las que participaban solo los adolescentes. Se excluyeron las sesiones multifamiliares (primera y novena sesión) y la vincular (décima sesión), debido a que en las mismas participaban otros miembros de la familia que no fueron incluidos en esta investigación. Las siete sesiones de los dos grupos GTF seleccionados fueron transcritas *verbatim*, de acuerdo con las normas internacionales de desgrabación (Mergenthaler y Gril, 1996).

Para cada uno de los grupos GTF se realizó el análisis del macroproceso (análisis del dispositivo) y el análisis del microproceso (análisis intrasesión) en una única sesión del dispositivo (sesión 7). Asimismo, dentro del análisis del macroproceso y del microproceso se distinguió entre el texto completo (pacientes y terapeuta) y el texto de los pacientes.

## 6. Resultados

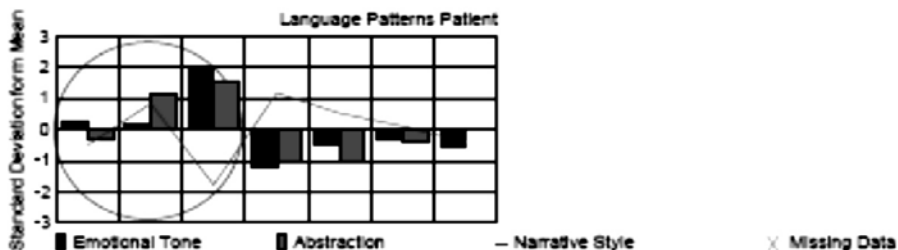
Antes de presentar los resultados del macroproceso considerando el texto de los pacientes, haremos una breve referencia a los resultados obtenidos en el macroproceso considerando el texto completo (Quiroga y Cryan, 2009b), para luego poder compararlos. A modo de síntesis, el análisis del macroproceso considerando el texto completo mostró que: 1. en la primera mitad del dispositivo se apreció la presencia de sesiones que indicaban una combinación de elevado tono emocional y elevada abstracción (patrón *Connecting*), 2. en la segunda mitad del dispositivo se detectó que

el nivel del tono emocional y de la abstracción fue menor a la media del dispositivo (patrón *Relaxing*), y 3. los patrones que implican un claro predominio del tono emocional o de la abstracción (patrones *Experiencing* y *Reflecting*), fueron escasos y poco marcados. Uno de los hallazgos más destacados del análisis del macroproceso fue que la presencia de sesiones claves surgieron en un tramo inhabitual (primera mitad del dispositivo) comparado con la terapia clásica o la secuencia ideal planteada desde el Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM. Esto nos permitió comprobar que en los adolescentes violentos con Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial, el proceso terapéutico que conduce al cambio no responde al modelo tradicional.

A continuación se presentan los gráficos, las tablas y el análisis correspondiente al macroproceso considerando el texto de los pacientes para ambos grupos seleccionados (GTF 7 y GTF 9).

**Grupo de Terapia Focalizada-GTF 7**

**Gráfico 1: Patrones de emoción-abstracción, estilo narrativo y emoción positiva y negativa para las sesiones 2 a 8 del GTF 7 (texto pacientes, valores z, n=7)**



En la siguiente tabla se observan los *Patrones de Emoción-Abstracción* predominantes en cada una de las sesiones del GTF 7:

Sesión	Patrón	Tono Emocional - Abstracción
2	Experiencing	Elevado Tono Emocional - Baja Abstracción
3	Connecting	Elevado Tono Emocional - Elevada Abstracción
4	Connecting	Elevado Tono Emocional - Elevada Abstracción
5	Relaxing	Bajo Tono Emocional - Baja Abstracción
6	Relaxing	Bajo Tono Emocional - Baja Abstracción
7	Relaxing	Bajo Tono Emocional - Baja Abstracción
8	Relaxing	Bajo Tono Emocional - Baja Abstracción

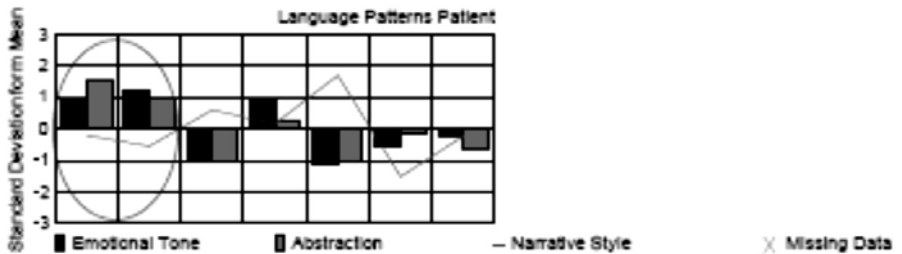


En el Gráfico 1, correspondiente al texto de los pacientes, se puede apreciar que en la primera mitad del dispositivo GTF (sesiones 2 a 4), se observó una única sesión (sesión 4) en la que se visualiza claramente el patrón *Connecting* (lo cual es similar a lo que se presentaba en el texto completo). En las sesiones 2 y 3 se registró el patrón *Experiencing* y *Connecting* respectivamente, aunque es interesante destacar que en ambas sesiones el tono emocional no supera una desviación estándar.

Al igual que en el texto completo, la segunda mitad del dispositivo GTF (sesiones 5 a 8), se caracterizó por el patrón *Relaxing* y el pico de la actividad narrativa se apreció en la sesión 5.

### Grupo de Terapia Focalizada-GTF 9

**Gráfico 2: Patrones de emoción-abstracción, estilo narrativo y emoción positiva y negativa para las sesiones 2 a 8 del GTF 9 (texto pacientes, valores z, n=7)**



En la siguiente tabla se observan los *Patrones de Emoción-Abstracción* predominantes en cada una de las sesiones del GTF 9:

Sesión	Patrón	Tono Emocional - Abstracción
2	Connecting	Elevado Tono Emocional - Elevada Abstracción
3	Connecting	Elevado Tono Emocional - Elevada Abstracción
4	Relaxing	Bajo Tono Emocional - Baja Abstracción
5	Connecting	Elevado Tono Emocional - Elevada Abstracción
6	Relaxing	Bajo Tono Emocional - Baja Abstracción
7	Relaxing	Bajo Tono Emocional - Baja Abstracción
8	Relaxing	Bajo Tono Emocional - Baja Abstracción

En el Gráfico 2, correspondiente al texto de los pacientes, en la primera mitad del dispositivo GTF (sesiones 2 a 4) se observó que las dos primeras sesiones se caracterizaron

por el patrón *Connecting*, siendo el tono emocional y la abstracción iguales o superiores a la media del dispositivo; luego se visualizó la presencia del patrón *Relaxing*.

Con respecto a la segunda mitad del dispositivo GTF (sesiones 5 a 8), se observaron algunas diferencias en la aparición de los patrones de emoción-abstracción con respecto al texto completo. El patrón *Relaxing* domina claramente el tramo del dispositivo entre las sesiones 4 y 8, especialmente en las sesiones 4 y 6. La sesión 5 caracterizada por el patrón *Connecting* presenta un pico de emoción (en torno de una desviación estándar) acompañado de abstracción apenas superior a la media.

Al igual que en el texto completo, el pico de la actividad narrativa se apreció en la sesión 6.

## 7. Conclusiones

Al realizar el análisis del macroproceso considerando el texto de los pacientes en los grupos GTF 7 y GTF 9, pudimos verificar varias similitudes y algunas diferencias en relación con el análisis del macroproceso considerando el texto completo (pacientes y terapeuta).

En primer lugar, en ambos grupos se pudo apreciar la presencia de sesiones con el patrón *Connecting* al igual que en el texto completo. Esto indica que, en comparación con el resto del dispositivo, en dichas sesiones se produjo una combinación de elevado tono emocional y elevada abstracción. En ambos grupos, la presencia de sesiones con el patrón *Connecting* se registró en la primera mitad del dispositivo. Dado que esto se verificó tanto en el texto de los pacientes como en el texto completo, se podría afirmar que en este punto, la intervención del terapeuta no modifica radicalmente la tendencia observada en los pacientes.

En segundo lugar, se puede observar que el segundo patrón que aparece con más frecuencia fue el patrón *Relaxing* al igual que en el texto completo, especialmente en la segunda mitad del dispositivo. Esto indica que en estas sesiones el nivel del tono emocional y de la abstracción fue menor a la media del dispositivo.

En tercer lugar, los patrones *Experiencing* y *Reflecting*, que implican un claro predominio del tono emocional o de la abstracción, fueron escasos y poco marcados; la variable dominante no alcanzó una desviación estándar.

Con respecto al **Grupo de Terapia Focalizada-GTF 7**, en la sesión 4 del mismo se observó un *Connecting* acentuado (tono emocional y abstracción superiores a una desviación estándar) tanto en el texto de los pacientes como en el texto completo. En la sesión siguiente (sesión 5) se observó el único pico de la actividad narrativa. La segunda mitad del dispositivo estuvo dominada por el patrón *Relaxing*.

El patrón *Connecting*, que según el Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM sugiere la existencia de un momento clave en el proceso, se presentó en esta sesión 4 en la cual se comienza a profundizar acerca del motivo de consulta, solicitando ejemplos de situaciones problemáticas e intentando clarificar aquellos aspectos confusos del relato. Asimismo, en esta sesión se invita a los pacientes a pensar en posibles soluciones o modos diferentes de resolver problemas y/o conflictos que no incluyan comportamientos violentos. La presencia del patrón *Connecting* en esta sesión permite pensar que el trabajo focalizado sobre el motivo de consulta y la interacción grupal se acompañó de procesos emocionales y de reflexión más intensos que en otros tramos del dispositivo.

Con respecto a la producción de narrativas, la misma se correspondió en este grupo con la focalización sobre la composición familiar. El pico de actividad narrativa acompañado del patrón *Relaxing* en la sesión 5 sugiere que el tratamiento se realizó por medio de narrativas, en forma de episodios relacionales y de recuerdos concretos, de descripciones de acciones y sus resultados. Este punto resulta de fundamental importancia en este tipo de pacientes, en los cuales a diferencia de lo que se plantea en el TCM, la posibilidad de verbalizar y de aumentar las narrativas aparecen cuando no hay un claro predominio de la emoción y/o de la abstracción. Por otra parte, el contenido vinculado a la familia resulta significativo en pacientes en los cuales hay un alto predominio de ausencia real de ambos progenitores.

Con respecto al **Grupo de Terapia Focalizada-GTF 9**, las dos sesiones iniciales (sesiones 2 y 3) se caracterizaron por el patrón *Connecting* (en el texto de los pacientes ambas variables alcanzan en ambas sesiones una desviación estándar). El pico de actividad narrativa acompañado del patrón *Relaxing* fue similar al GTF 7; en este grupo se localizó en la sesión 6.

El patrón *Connecting* se presentó en las primeras sesiones del dispositivo, en las cuales se apunta a establecer el encuadre y a verbalizar el motivo de consulta por el cual fueron derivados (sesión 2) y a resaltar la importancia del trabajo grupal y de la participación en el grupo (sesión 3). Es interesante destacar que la sesión 2 corresponde al primer encuentro del grupo con el terapeuta sin la presencia de la familia, lo cual parece representar un momento clave en el dispositivo, cuya intensidad no se repitió en el curso del proceso.

Con respecto a la producción de narrativas, el pico de actividad se localizó en la sesión 6, en la cual se indaga la identificación del paciente con diferentes miembros de la familia. El foco de esta sesión, determinado por el objetivo de trabajar la relación del síntoma con los vínculos familiares pareciera realizarse mediante la producción de narrativas lo cual es similar al fenómeno observado en la sesión 5 del GTF 7. Esto sugiere que en este grupo de pacientes, la comprensión y descripción en forma discriminada de los vínculos familiares sucede a través de narrativas, en forma de episodios

relacionales y de recuerdos concretos, de descripciones de acciones y sus resultados. Al igual que en el GTF 7 la posibilidad de verbalizar y de aumentar las narrativas se registró cuando no hay un claro predominio de la emoción y de la abstracción. Asimismo, el contenido de esta sesión vuelve a estar relacionado a los vínculos familiares, lo cual sugiere el lugar de fundamental importancia que tiene la familia para los adolescentes violentos.

## 8. Discusión

Los estudios epidemiológicos señalan que la violencia es uno de los principales problemas de salud pública de nuestro tiempo y que los adolescentes y los adultos jóvenes son tanto las principales víctimas como los principales perpetradores de violencia (Mercy, Butchart, Farrington y Cerdá, 2002; Butchart, Phinney, Check y Villaveces, 2004; Alleyne, 2002; Yunes y Zubarew, 1999; Pinhei, 2006; Waiselfisz, 2008; Tamm, 2003; Urra, 2007, Vasile, Reyes y Elbert, 2000; Falbo, 2008; Beloff y Palmieri, 2003; Marconi, 2003; Mariani, 2003; Palmieri, Pol, Wagmeister y Lanziani, 2008; Spinelli, Alazraqui, Macías, Zunino y Nadalich, 2005; Vázquez, 2001; Kornblit, 2008).

Sin embargo, un dato que llama la atención es que independientemente de los estudios epidemiológicos y estadísticos que se realizan habitualmente por diversos organismos, no existe en nuestro país un adecuado conocimiento de la frecuencia de los trastornos psicopatológicos asociados a la violencia en niños y jóvenes. Esta situación lleva a que las acciones vinculadas con la violencia juvenil tiendan a focalizarse en actualizar permanentemente la epidemiología, en analizar los factores que participan en la etiología, en realizar acciones preventivas para evitar que la violencia juvenil se propague y en plantear debates acerca de “posibles soluciones” para los adolescentes violentos, tales como edad de imputabilidad, responsabilidad de los padres, detenciones en comisarías o juzgados, institutos de menores, derivación a tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, etc.

A pesar de estas acciones positivas, desde nuestra disciplina se registra un déficit en dos áreas fundamentales que hacen al quehacer profesional: el diagnóstico y el abordaje terapéutico.

Con respecto al diagnóstico, se detecta una proliferación de términos que aluden a la violencia juvenil (problemas de conducta, trastornos de la conducta, conductas perturbadoras, conductas disruptivas, conductas externalizadas, agresión, delincuencia, comportamiento delictivo, etc.) en los cuales muchas veces se dificulta la posibilidad de discriminar las diversas manifestaciones que incluye la misma. Esto hace que en muchos casos, la violencia juvenil sea considerada como una entidad en sí misma, desconociendo en muchos casos que detrás de ella se encuentra un adolescente que presenta un trastorno psicopatológico y que requiere de un diagnóstico específico para que pueda ser abordado terapéuticamente.

Con respecto al abordaje terapéutico, se observa que ante las dificultades tanto técnicas como metodológicas que presenta el tratamiento de este tipo de pacientes no se han desarrollado abordajes específicos que hayan demostrado ser eficaces. Esto remite a la carencia existente de estudios de investigación empírica que analicen los resultados y el proceso en psicoterapia para la violencia juvenil.

A los déficits mencionados acerca del diagnóstico y de los estudios empíricos de abordajes terapéuticos específicos, desde la salud mental se vislumbran dificultades correspondientes al área asistencial. Este tipo de pacientes tienden a generar disturbios tanto en los consultorios como en las diversas instituciones que los asisten, lo cual se debe fundamentalmente a las características propias de la franja etárea de la adolescencia y a las dificultades propias que presentan los adolescentes violentos para su abordaje.

Estas dificultades han sido desarrolladas en el segundo apartado de este trabajo *Caracterización intrapsíquica e intersubjetiva de los adolescentes violentos*, que muestra que en este tipo de pacientes 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.

En este punto, tal como se expresó al comienzo del trabajo, el dispositivo Grupo de Terapia Focalizada-GTF fue pensado para evitar la deserción al inicio del tratamiento debido a las dificultades de estos pacientes y sus familias de establecer vínculos estables, asumir las funciones parentales y al desconocimiento de las consecuencias futuras de sus patologías.

Al realizar el análisis de proceso de este dispositivo, pudimos comprobar que en los adolescentes violentos el proceso terapéutico que conduce al cambio no responde al modelo tradicional, lo cual puede ser considerado como un hallazgo de esta investigación. Mientras que en el Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM se postula que las sesiones claves suelen generarse en el curso del tratamiento (en la fase intermedia y avanzada del proceso terapéutico), mediante la producción de narrativas y la activación de la emoción que es lo que permite la aparición de procesos reflexivos, en los adolescentes violentos con Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial esta secuencia fue diferente. En el GTF las sesiones claves se registraron en la primera mitad del dispositivo, a partir de la aparición del patrón *Connecting* y del *Ciclo Terapéutico*, que remite en forma directa a la activación de la emoción y de

los procesos reflexivos. A partir de la producción de estas sesiones claves, comenzó a predominar el patrón *Relaxing* que probablemente haya sido lo que facilitó el aumento de las narrativas. En este punto, es posible pensar que el momento de *insight* haya estado vinculado por un lado, con la presencia del terapeuta y de los integrantes del grupo que conforman un marco de contención y por otro, con la toma de conciencia del motivo de consulta por el cual fueron derivados. Esto se corresponde desde el punto de vista clínico con la necesidad de considerar especialmente los primeros encuentros con los pacientes, ya que es en estas primeras sesiones donde se registró el cambio terapéutico.

Por otra parte, la caracterización psicodinámica de estos adolescentes permite observar que los altos niveles de agresión impiden la posibilidad de verbalizar al mismo tiempo que generan un predominio de conductas de actuación en la fase inicial del tratamiento. Como este dispositivo considera las lógicas previas al desarrollo de la verbalización, puede ser considerado como un resultado positivo que se haya logrado la producción de narrativas en el transcurso del mismo, especialmente en las sesiones en las que tanto la emoción como la abstracción mostraron niveles bajos, es decir, en las que predominó el patrón *Relaxing*. Por ello, es importante destacar el rol que ocupa el terapeuta en la realización de las tareas destinadas a fomentar la producción de narrativas, cuyos contenidos fueron referentes a la familia y a los vínculos familiares (Quiroga y Cryan, 2006b).

En futuros trabajos se mostrarán otros análisis realizados con el TCM así como también los datos obtenidos en el análisis de resultados de este dispositivo combinados con el análisis de proceso.

### **Bibliografía**

Ablon, J.S. & Levy, R. (2002). MGH Naturalistic study of brief psychodynamic psychotherapy for panic disorder. En Fonagy, P. *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* (2<sup>nd</sup> Edition). London: International Psychoanalytic Association-IPA.

Allen, J. & Fonagy, P. (2006). *Handbook of Mentalization Based Treatment*. New York: John Wiley and Sons, Inc.

Allen, J.; Fonagy, P. & Bateman, A. (2008). *Mentalizing in clinical practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.

Alleyne, G. (2002). *La salud en las Américas* (Vol. I, 587). Organización Panamericana de la Salud-OPS.

Balint, M. (1982). *La falta básica*. Buenos Aires: Paidós.

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 borderline personality disorder. A practical guide* (2<sup>nd</sup> Edition). Oxford: Oxford University Press.

Beloff, M. y Palmieri, G. (2003). *Situación de niños, niñas y adolescentes privados de libertad en la Provincia de Buenos Aires* (pp. 155-157). Buenos Aires: Centro de Estudios Legales y Sociales-CELS.

Benyakar, M. (2003). *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismo y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Biblos.

Bucci, W. (2002a). The challenge of diversity in modern psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology*, 19, 216-226.

Butchart, A.; Phinney, A.; Check, P. & Villaveces, A. (2004). *Prevención de la violencia: guía para aplicar las recomendaciones del Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* (pp. 1-9). Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia, Organización Mundial de la Salud-OMS.

Carlberg, G. (2002). Erica process and outcome study (EPOS) of goal directed, time-limited child psychotherapy with parental counseling. En Fonagy, P. *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* (2<sup>nd</sup> Edition). London: International Psychoanalytic Association-IPA.

Cervone, N.; Luzzi, A.M.; Slapak, S.; Belmes, D.; Ramos, L.; Wainszelbaum, D.; Padawer, M.; Grigoravicius, M. & Frylinsztein, C. (2007). Proceso Psicoterapéutico: Estudio de Caso en Psicoterapia Psicoanalítica. *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"* (T. I, pp. 34-36). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

Clarkin, J.F.; Yeomans, F. & Kernberg, O. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: John Wiley & Sons, Inc.

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, DC: 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*, XI(1), pp. 29-40.

Falbo, M.C. (2008). *Estadísticas Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires*. Departamento de Estadísticas de la Procuración General de la Suprema Corte de Justicia. Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires, www.scba.gov.ar

Fernández Álvarez, H. (1992). *Fundamentos de un modelo integrativo de psicoterapia*. Buenos Aires: Paidós-Psiquiatría, Psicopatología y Psicopatología.

Fonagy, P. (1999). *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. London: International Psychoanalytic Association-IPA.

Fonagy, P. (2002). *An Open door Review of Outcomes Studies in Psicoanálisis*. (2<sup>nd</sup> Revised Edition). London: International Psychoanalytic Association.

Fontao, M. & Mergenthaler, E. (2005a). Aplicación del Modelo de Ciclo Terapéutico a la Investigación de microprocesos en la psicoterapia de grupo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 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.

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.

Grawe, K. (1997). Resarch- Informed Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 7(1), 1-19.

Gril, S. & Mergenthaler, E. (1998). Psicoterapia e investigación empírica. *Revista de Investigación*, 1(1), 29-35.

Hagelin, A.; Acosta Güemes, S.; Tebaldi, E.; Tebaldi, R.; Hodari, M.E.; Weissman, J.C. (2002). The Buenos Aires study-empirical study of a six year successful psychoanalytic therapy of a patient with anorexia nervosa (BAS). En Fonagy, P. *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* (2<sup>nd</sup> Edition). London: International Psychoanalytic Association-IPA.

Kaës, R. (1976). *El aparato psíquico grupal*. Barcelona: Granica, 1977.

Kaës, R. & Puget, J. (1988). *Violencia de estado y psicoanálisis*. Buenos Aires: CEA, 1991.

Kantrowitz, J. (1996). *The Patient's Impact on the Analyst*. Hillsdale: Analytic Press.

Karasu, T. (1986). The Specificity Versus Nspecificity Dilema: Toward Identifying Therapeutic Change Agents. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.

Kazdin, A. (1999). (Carencia) actual del estado de la teoría en la investigación de psicoterapia del niño y del adolescente. *Journal of Child Clinical Psychology*, 28, pp. 533-543.

Kazdin, A. (2001). Estado actual de la investigación psicoterapéutica del niño y del adolescente. *Psicología Iberoamericana*, 9(4), 63-73.

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. *Psychodinamic Group Psychotherapy* (2<sup>nd</sup> Edition). New York: The Guildford 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: 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. En *The privacy of the self* (1974). Londres: Hogarth; New York: Int. Univ. Press.

Kornblit, A. (2008). *Violencia Escolar y Climas Sociales*. Buenos Aires: Biblos.

Lamnidis, N. (2005). Types of interventions which have an impact on the level of collaboration during the initial phase of psychoanalytic psychotherapy of borderline patients. *Research Database*. London: International Psychoanalytic Association-IPA.

Leibovich de Duarte, A. (2002). Empirical studies on clinical inference: Similarities and differences in the clinical work of psychotherapists with different theoretical approaches and levels of experience. En Fonagy, P. *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* (2<sup>nd</sup> Edition). London: International Psychoanalytic Association-IPA.

Lieberman, D. (1970). *Lingüística, interacción comunicativa y proceso psicoanalítico* (3 tomos). Buenos Aires: Galerna-Nueva Visión.

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* (2003). Barcelona: Paidós Ibérica.

Linehan, M.M.; Cochran, B. & Kehrer, C. (2001). Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder (Cap. 11). En Barlow, David H. (comp.). *Clinical Handbook of Psychological Disorders*. New York: The Guilford Press.

Lopez Moreno (2002). Applying clinical and empirical approaches in research on psychic change in long-term treatments. En Fonagy, P. *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* (2<sup>nd</sup> Edition). London: International Psychoanalytic Association-IPA.

Luborsky, L. & Crits-Cristoph, P. (1990). *Understanding Transference. The Core Conflictual Relationship Theme Method*. Nueva York: Basic Books.

Maldavsky, D. (2004). *La investigación psicoanalítica del lenguaje: Algoritmo David Lieberman*. Buenos Aires: Lugar.

Marconi, E. (2003). *Indicadores de mortalidad*. Dirección de Estadísticas e Información en Salud-DEIS. [www.deis.gov.ar](http://www.deis.gov.ar)

Mariani, E. (2003). El fenómeno delictivo en Buenos Aires: seguridad ciudadana y rol de la policía. *Revista IIDH Edición Especial sobre Justicia y Seguridad*, 38, 153-198.

Masterson, J.F. (1975). *Tratamiento del adolescente fronterizo*. Buenos Aires: Paidós-Asappia.

Mercy, J.; Butchart, A.; Farrington, D. & Cerdá, M. (2002). *Primer Informe sobre la violencia y la salud* (pp. 25-55). Organización Mundial de la Salud-OMS.

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. & Gril, S. (1996). Descripción de las reglas para la transcripción de sesiones de psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 5(2), 163-176.

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. et al. (2002). The therapeutic cycles model (TCM) in psychotherapy research: theory and measurement. En Fonagy, P. *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis* (2<sup>nd</sup> Edition). London: International Psychoanalytic Association-IPA.

Mergenthaler, E. (2008). Resonating minds: A school-independent theoretical conception and its empirical application to psychotherapeutic processes. *Psychotherapy Research*, 18 (2), 109-126.

Palmieri, G.; Pol, L.; Wagmaister, F. y Lanziani, A. (2008). *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2008* (pp. 91-142). Centro de Estudios Legales y Sociales-CELS. Buenos Aires: Siglo XXI Editores.

Pinhei, P. (2006). *La violencia contra niños, niñas y adolescentes* (pp. 36-70). Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas.

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"* (T. I, pp. 66-68). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

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"* (T.I, pp. 95-97). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

Quiroga, S. & Cryan, G. (2004). Adolescentes con conducta antisocial 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.; 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"* (T. I, pp. 43-44). 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 Desafiante y Trastorno Disocial. *Memorias de las XI Jornadas de Investigación: "Psicología, sociedad y cultura"* (T. I, pp. 71-73). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

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"* (pp. 78-80). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

Quiroga, S.; Fontao, M.I.; Pérez Caputo, M.C.; Paradiso, L.; Cryan, G.; Garber, C.; Piatti, G.; Dominguez, M. & Angel Torres, M.E. (2005). Comparative study of two types of group psychotherapeutic approaches for eating disorders: PDT (Psychodynamic Therapy) and CBT (Cognitive Behavioural Therapy). *Research Database*. London: International Psychoanalytic Association-IPA.

Quiroga, S. & Cryan, G. (2006b). Estudio de la construcción mental de los vínculos intergeneracionales en el abordaje psicoterapéutico 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. ISSN: 1575-5967.

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"* (T. I, pp. 59-61). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

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* (pp. 31-41). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología,

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"* (T. I, pp. 66-68). Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología,

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. (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.

Rapport, M.D. (2001). Uniendo teoría y práctica: entendimiento conceptual de tratamientos para niños con trastornos de déficit de atención/hiperactividad (ADHD), trastorno de obsesión-compulsión (OCD), autismo y depresión. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 3-7.

Redl, F. y Wineman, D. (1959). *Niños que odian. La desorganización y desequilibrio de los controles de la conducta*. Buenos Aires: Hormé.

Redondo Illescas, S. & Sánchez Meca, J. (2008). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la delincuencia juvenil. En Pérez Alvarez, M.; Fernández Hermida, J.; Fernández Rodríguez, C. & Amigo Vázquez, I. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y Adolescencia*. España: Ediciones Pirámide.

Roussos, A.; Waizmann, V.; Etchebarne, I.; Dorfman Lerner, B. & O'Connell, M. (2006). Psychoanalytic intervention research program. *Research Database* London: International Psychoanalytic Association-IPA.

Sandell, R.; Lazar, A.; Grant, J.; Carlsson, J.; Schubert, J. & Falkenström; F. (2005). Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (STOPPP). *Research Database*. London: International Psychoanalytic Association-IPA.

Spinelli, H.; Alazraqui, M.; Macías G.; Zunino M.G. & Nadalich, J.C. (2005). *Muertes violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Una mirada desde el Sector Salud* (pp. 17-33). Representación OPS/OMS en Argentina: Buenos Aires: Publicación Nº 60.

Sujoy, O. (1990). Factores curativos en los grupos terapéuticos de niños y adolescentes. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, XIII(3-4), 25-36.

Tamm, P. (2003). Diagnóstico sobre la situación de niñas, niños y adolescentes en 21 países de América Latina. *Informe de Noticias Aliadas para Save the Children Suecia* (pp. 33-45). Suecia: Save the Children.

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"* (T. I, pp. 127-129). Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

Urra, J. (2007). *El pequeño dictador*. Madrid: Esfera de libros.

Vasile, V.; Reyes, F. & Elbert, L. (2000). *Estudio sobre menores en conflicto con la ley penal*. Secretaría de Política Criminal y Asuntos Penitenciarios, Dirección Nacional de Política Criminal, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina. [www.jus.gov.ar](http://www.jus.gov.ar)

Vázquez, M. (2001). *Aspectos epidemiológicos y socioculturales de la mortalidad por causas violentas en adolescentes varones residentes en el Gran Buenos Aires*. Maestría en Ciencias Sociales y Salud. CEDES-FLACSO/ Organización Panamericana de la Salud-OPS.

Waiselfisz, J. (2008). *Mapa de la violencia* (pp. 98-108). Organización de Estados Iberoamericanos para el Estudio de la Ciencia y la Cultura-OEI.

Wallerstein, R.S. (1986). *Forty-two Lives in Treatment: A Study in Psychoanalysis and Psychotherapy*. *Nueva York: Guilford Press*.



Wallerstein, R.S. (2001). The generations of psychotherapy research: an Overview. *Psychoanalytic Psychology*, 18, 243-267.

Yunes, J. y Zubarew, T. (1999). “Mortalidad por Causas Violentas en Adolescentes y Jóvenes: Un Desafío para la Región de las Américas. *Revista Bras. Epidemiol.*, 1, (3), 102-171.

*Fecha de recepción: 07/11/10*

*Fecha de aceptación: 05/12/10*