



Analisis de la Función Reflexiva-RF en Sesiones de Grupo de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos

Glenda Cryan¹

Susana Quiroga

Conicet-Universidad de Buenos Aires, Argentina

Resumen

En este artículo se realizó el análisis de la Función Reflexiva o mentalización en la segunda y octava sesión de un dispositivo específico de corto plazo y orientación psicodinámica desarrollado para el abordaje terapéutico de la violencia juvenil al que denominamos Grupo de Terapia Focalizada- *GTF*.

Los resultados indican que los adolescentes violentos presentan un bajo nivel de mentalización, el cual se vio reflejado 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. Si bien no fue posible desarrollar una mayor actividad reflexiva o capacidad de mentalización en esta instancia del tratamiento, el análisis de proceso permitió observar que en la octava sesión del dispositivo *GTF* hubo un mayor porcentaje de segmentos en los que no se rechazó la posibilidad de reflexionar en comparación con la segunda sesión.

Palabras clave:

Función Reflexiva, Grupo de Terapia Focalizada, Adolescentes Violentos

Abstract

In this article the analysis of the Reflective Functioning or Mentalization in the second and eighth session of a specific short-term psychodynamic-oriented device developed for the therapeutic approach of juvenile violence, which is called Focalised Therapy Group -*FTG*-, was carried out.

The results 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 and the explanations of not knowing or evoking distorted memories of them.

Even if it was impossible to develop a higher reflective activity or mentalization capacity at this stage of the treatment, the process analysis let us observe that in the eighth session of the *FTG* there was a higher percentage of segments in which the possibility to reflect was not rejected in comparison to the second session.

Keywords:

Reflective Functioning, Focalised Therapy Group, Violent Adolescents

¹ Esta investigación fue financiada por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y la Universidad de Buenos Aires (UBA). Correspondencia: Dra. Glenda Cryan Cuenca 1340. Depto 18 (1416) CABA. TE: 3973-4409, E-mail: gcryan@psi.uba.ar

REFLECTIVE FUNCTIONING -RF ANALYSIS IN THE SESSIONS OF FOCALISED THERAPY GROUP OF VIOLENT ADOLESCENTS

En este artículo nos proponemos realizar el análisis de la Función Reflexiva- RF en la segunda y octava sesión de un dispositivo específico de corto plazo y orientación psicodinámica desarrollado para el abordaje terapéutico de la violencia juvenil al que denominamos Grupo de Terapia Focalizada- GTF.

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, Gergely, Jurist y Target, 2002).

Debido a que la capacidad para la mentalización se desarrolla 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), diversas investigaciones se están centrado en estudiar las consecuencias de un déficit en dicha capacidad. En un trabajo reciente, Gullestad, et.al. (2012) afirman que el déficit en la mentalización es característico de una serie de trastornos (Fonagy, Bateman y Bateman, 2011), entre los que se incluyen Trastornos de la Alimentación (Skarderud, 2007), Depresión (Taubner, Kessler, Buchheim, Kachele, y Staun, 2011), Trastornos de Ansiedad (Rudden, Milrod, Aronson, & Target, 2008) y Trastornos de Personalidad (Fonagy et al., 2002). Los Trastornos Borderline de la Personalidad han sido los más estudiados por Fonagy, quien propone que el déficit en la capacidad de mentalizar constituye el problema central que subyace a muchos de los síntomas y manifestaciones conductuales de este trastorno. El autor propone que el fracaso para retener la mentalización en un estado emocional particularmente excitado suele generar vulnerabilidad interpersonal, fluctuaciones emocionales severas, impulsividad, autolesiones, suicidio y violencia, características esenciales de los Trastornos Borderline de la Personalidad (Fonagy et al., 2002; Bateman y Fonagy, 2004, 2006; Fonagy y Bateman, 2006, 2007; Levinson y Fonagy, 2004). En este punto, es importante destacar que a partir de estas conceptualizaciones teóricas, desarrolló un programa de psicoterapia manualizado para abordar los Trastornos Borderline de la Personalidad denominado 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 en principio se aplicó a la Entrevista de Apego en el Adulto (AAI), pero que en estudios recientes comenzó a ser aplicada como una medida de proceso terapéutico.

Sin embargo, es interesante destacar el planteo de Gullestad y Wilberg (2011) quienes señalan que a pesar del interés clínico creciente en el constructo de mentalización, todavía hay muy poca investigación empírica sobre la mentalización y su relación con la psicopatología o la psicoterapia. Entre los principales estudios se destacan los realizados por Levy, et.al., Karlsson y Kermott, Vermote et al. y Gullestad y Wilberg, que describiremos brevemente. Levy, et al. (2006) compararon la Terapia Dialéctica Conductual, la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y la Psicoterapia de Apoyo para el tratamiento de pacientes con Trastorno Borderline de la Personalidad y encontraron una mejoría estadísticamente significativa en la Función Reflexiva en el grupo de Psicoterapia Focalizada en la Transferencia en comparación con los otros dos grupos. Karlsson & Kermott (2006) realizaron dos estudios en los que utilizaron la Función Reflexiva como una medida de proceso terapéutico: en el primero, compararon el nivel de la misma en las sesiones 4 y 12 en una muestra de 29 casos de Psicoterapia de corto plazo Cognitivo-conductual y 35 casos de Psicoterapia de corto plazo Interpersonal y demostraron que el nivel de Función Reflexiva disminuyó en el grupo de Psicoterapia Interpersonal y permaneció estable en el grupo de Psicoterapia Cognitivo-conductual; en el segundo estudio, la muestra se conformó con 30 casos de Psicoterapia Psicodinámica de corto plazo en el que se demostró que la Función Reflexiva también permaneció estable. Vermote, et.al. (2010) aplicaron la Función Reflexiva al Inventario de Relaciones Objetales (ORI) en una muestra de 44 pacientes que completaron un promedio de aproximadamente 12 meses de hospitalización basada en Psicoterapia Psicodinámica para Trastornos



de la Personalidad. Durante el tratamiento y el año de follow-up, los resultados revelaron que no hubo un aumento significativo de la Función Reflexiva. Gullestad y Wilberg (2011) estudiaron los cambios observados en un caso único de psicoterapia; en una paciente con diagnóstico de Trastorno Borderline de la Personalidad analizaron un cambio positivo en la Función Reflexiva desde el comienzo de la terapia con un puntaje de 3 (RF dudosa o baja) hacia la evaluación final 36 meses después con un puntaje de 5 (RF definida o común).

El objetivo del presente trabajo es analizar la Función Reflexiva en sesiones del dispositivo Grupo de Terapia Focalizada-GTF para detectar el grado de representación que los adolescentes violentos tienen acerca de sí mismos y de los otros y analizar si se producen cambios en la mentalización durante el mismo. En este punto, entendemos que resulta interesante comprender el grado de mentalización de los adolescentes violentos y su evolución a partir de considerar el planteo de Fonagy (2004) acerca del concepto de violencia y su relación con el concepto de mentalización. El autor 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 sí 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 temporaria de un grupo extenso como por ejemplo la familia extensa, o la tribu o una organización militar ("No puedo ser reconocido").

En la misma línea, Bateman y Fonagy (2010) sostienen que el proceso de mentalización se interrumpe en los individuos con Trastorno Antisocial de la Personalidad comórbido y Trastorno Borderline de la Personalidad, ya que los mismos tienden a interpretar mal los motivos de los otros. La pérdida de flexibilidad y la rigidez en las relaciones hacen que la persona se vuelva vulnerable a tener un colapso cuando la representación esquemática ha sido impugnada. Esta situación expone a sentimientos de humillación, que sólo pueden ser evitados a partir de la violencia y del control de la otra persona. A continuación se presentará el dispositivo Grupo de Terapia Focalizada-GTF con objetivos y técnicas predeterminadas para el abordaje terapéutico de la violencia juvenil, el cual fue desarrollado a partir de considerar las dificultades técnicas y metodológicas que presentan los adolescentes violentos para los abordajes terapéuticos psicodinámicos clásicos.

Abordaje Terapéutico Grupal Focalizado y Modulizado

Considerando los desarrollos 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 cualidad 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:

- 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 (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 este artículo, 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 adolescentes violentos.

Método

La metodología se basa en el análisis de proceso terapéutico de caso único. Este análisis 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).

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 Desafiante y Trastorno Disocial

Muestra Análisis de Proceso Terapéutico. Un Grupo de Terapia Focalizada GTF conformado por 6 adolescentes

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

Instrumento

El instrumento utilizado para realizar el análisis de proceso es el Manual de Función Reflexiva- RF (Fonagy, Steele, Steele y Target, 1998; traducción y adaptación al castellano: Quiroga, 2003). Este manual permite analizar la Función Reflexiva-RF (Fonagy, 1991; Fonagy y Higgitt, 1989) que se refiere al proceso psicológico que fundamenta la capacidad de mentalizar un concepto. Esto implica que la Función Reflexiva o mentalización es la expresión activa de la capacidad psicológica íntimamente relacionada con la representación del sí mismo (Fonagy y Target, 1995, 1996; Target y Fonagy, 1996) e involucra tanto la propia reflexión como el componente interpersonal que idealmente provee al individuo la capacidad de distinguir:

- 1) realidad interna de externa,
- 2) modos de funcionamiento reales o aparentes,
- 3) procesos emocionales y mentales intrapsíquicos provenientes de las comunicaciones interpersonales.

Debido a los orígenes inherentes a lo interpersonal acerca de cómo la capacidad reflexiva se desarrolla y se expresa hacia uno mismo, el manual se refiere a la función reflexiva y no a la función

autoreflexiva (Fonagy, Steele, Moran, Steele & Higgitt, 1991b) ya que el último término es fácilmente reducible a la autoreflexión, que es solamente una parte de lo que abarca este concepto.

En este manual se describe el modo de calificar la Función Reflexiva en una escala que se despliega entre el -1 como mínimo y el 9 como máximo. A continuación describiremos brevemente los criterios que deben cumplir los pasajes para ser calificados con cada uno de los puntajes.

Puntaje -1: RF Negativa. 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 pobremente aplicado.

Puntaje 1 RF: Ausente pero no rechazada. 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.

Puntaje 3: RF Dudosa o Baja. Este puntaje se otorga en aquellos casos en los que se trata de una afirmación “enfascada o enlatada” que no está sostenida por una reflexión genuina. Las afirmaciones son banales y superficiales, la función reflexiva puede ser por sugerencia (pero no es clara) o un cliché usado como una afirmación propiamente reflexiva. Asimismo, en esta categoría se incluyen las afirmaciones sobreanalíticas, aquellas que están definidamente mentalizadas pero son excesivas e irrelevantes a la tarea.

Puntaje 5: RF Definida o Común. Este puntaje se otorga cuando los pasajes tienen una característica que haga a la reflexión explícita, ya sea a la naturaleza o a las propiedades de los estados mentales, o a la relación de los mismos con el comportamiento o con el entrevistador. En esta categoría, el estado mental es más o menos simple, se describe clara y brevemente y se reflexiona sobre él sin invocar una reafirmación de lo que se podría esperar socialmente.

Puntaje 7: RF Pronunciada o Notable. Este puntaje se otorga a pasajes que contengan una de las siguientes características: 1- contiene una afirmación sofisticada sobre los estados mentales, 2- el punto de vista de los estados mentales es inusual y sorprendente para el evaluador, 3- el pasaje puede ser complejo o elaborado dado que el estado mental de la persona o del otro está descrito con inusual detalle, 4- los estados mentales están ubicados dentro de una secuencia causal, 5- la perspectiva interaccional de los estados mentales que alude a captar los estados mentales como impactando unos con otros en una forma causal, 6- si un sujeto reconoce una situación particularmente difícil con los pensamientos o sentimientos apropiados a ella

Puntaje 9: RF Completa o Excepcional. la diferencia con la categoría anterior se basa en la sofisticación que se demuestra, el grado de complejidad que se presenta, la totalidad de la relación causal, el grado de sorpresa que el evaluador experimenta en la comprensión del sujeto, lo intrincado de la interacción entre los estados mentales mostrados, etc.

La presentación de las categorías en números impares contempla los casos en los que el evaluador no puede decidir entre dos categorías adyacentes. En esa situación en la que tiene la certeza de que una transcripción particular se ubica entre dos clases, se debe asignar un número par entre ambas.

Este instrumento ha sido adaptado y validado al castellano por la Dra. Susana Quiroga (2003) quien se encuentra habilitada para evaluar narrativas por la University College London desde el año 2006. Para realizar la 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 intraclases que informa el grado de acuerdo entre jueces. Los coeficientes de acuerdo (superiores al 90%) señalan que el Manual de 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 entra varios jueces entrenados para tal fin.



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 cumplieran con los criterios diagnósticos especificados en el DSMIV 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 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 audiograbadas para su posterior análisis con el Consentimiento Informado de los padres y/o adultos responsables a cargo de los adolescentes. Las sesiones de los 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 este trabajo se presenta el análisis del microproceso de la segunda y octava sesión del GTF 9, correspondientes a la primera y última sesión en las que participan sólo los adolescentes.

Resultados

A continuación mostraremos el análisis de proceso de la segunda y octava sesión del *GTF 9* a las que se les aplicó la Función Reflexiva.

Análisis de la Función Reflexiva- RF en la Segunda Sesión del GTF

La segunda sesión del dispositivo *GTF* constituye la primera sesión en la que los adolescentes comienzan a trabajar solos en el grupo, sin la presencia de sus padres y/o adultos responsables (los cuales conforman el grupo paralelo denominado *GTFP*). El principal objetivo de esta sesión consiste en la verbalización del motivo de consulta por el que fueron derivados a tratamiento terapéutico.

Al analizar la Función Reflexiva en esta sesión se puede observar que la mentalización de los adolescentes violentos es baja, con la predominancia de segmentos con puntaje igual a -1, lo cual significa que la Función Reflexiva es Negativa (señalado en el gráfico por debajo de la media). En estos segmentos predomina el rechazo o la evasión de las intervenciones terapéuticas vinculadas a los estados mentales.

Sólo en 22 de 68 fragmentos (15%) no se rechazó la posibilidad de reflexionar. Estos segmentos fueron evaluados con puntaje igual a 1, lo cual significa que la Función Reflexiva está Ausente pero no rechazada (señalado en el gráfico por encima de la media). En estos casos se destacan por un lado, las explicaciones de desconocimiento que pueden corresponder a juicios desmentidos, y por el otro lado, los recuerdos distorsionados o puestos al servicio personal. Desde el punto de vista clínico, estos segmentos

corresponden a fragmentos en los que se logra verbalizar el motivo de consulta, relatos descriptivos de situaciones de las que aún no es posible lograr la reflexión.

Es interesante destacar que la reflexión acerca de los estados mentales propios o de los otros no fue alcanzada en ningún segmento de la sesión, ni siquiera en sus puntajes más bajos.

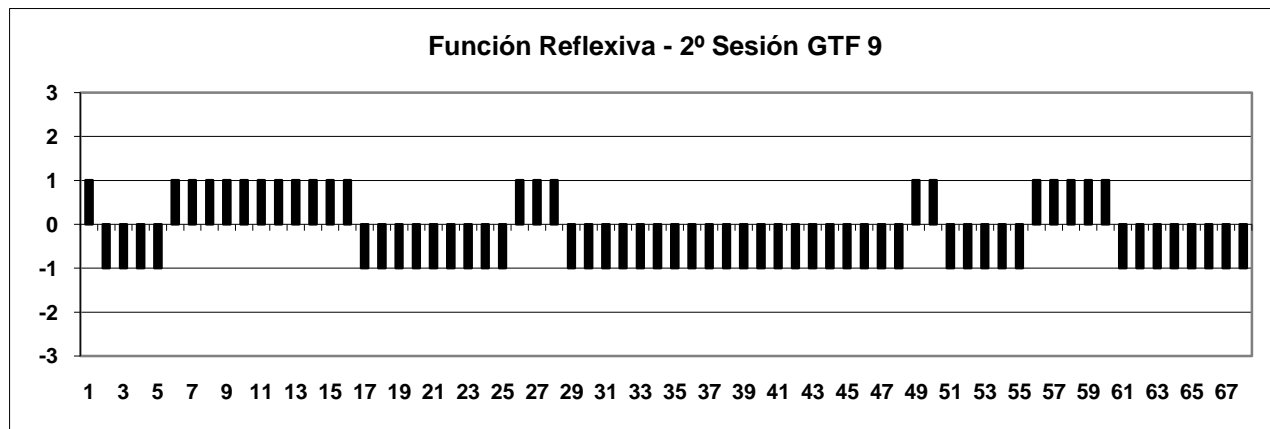


Gráfico 1. Función Reflexiva de la segunda sesión del GTF 9

Análisis de la Función Reflexiva- RF en la Octava Sesión del GTF

La octava sesión constituye la última sesión del dispositivo en la que los adolescentes y los padres trabajan en grupos en forma paralela. Por ello, en esta sesión los cinco objetivos del GTF son retomados para evaluar lo que se ha logrado a partir de la verbalización de diversos temas en sesiones anteriores.

El análisis de la Función Reflexiva en esta sesión es bastante similar a la segunda sesión. El grado de mentalización que presentan los adolescentes violentos es bajo, con la alternancia de segmentos con puntaje -1 (Función Reflexiva Negativa) y puntaje 1 (Función Reflexiva Ausente pero no rechazada). Desde el punto de vista clínico, los segmentos en los que no se rechaza la reflexión corresponden a relatos en los que se verbalizan los cambios alcanzados a partir del dispositivo GTF y los cambios que se deberían realizar y que aún no ha sido posible alcanzar. Esta posibilidad de verbalizar los cambios se genera a partir de una mayor toma de conciencia del motivo de consulta por el que fueron derivados.

Al igual que en la segunda sesión, la reflexión acerca de los estados mentales propios o de los otros aún no fue alcanzada en ningún segmento de la sesión. Sin embargo, una diferencia considerable en relación con la segunda sesión es que en 42 de 73 fragmentos (57.5%) no se rechazó la posibilidad de reflexionar, lo cual marca un aumento importante.

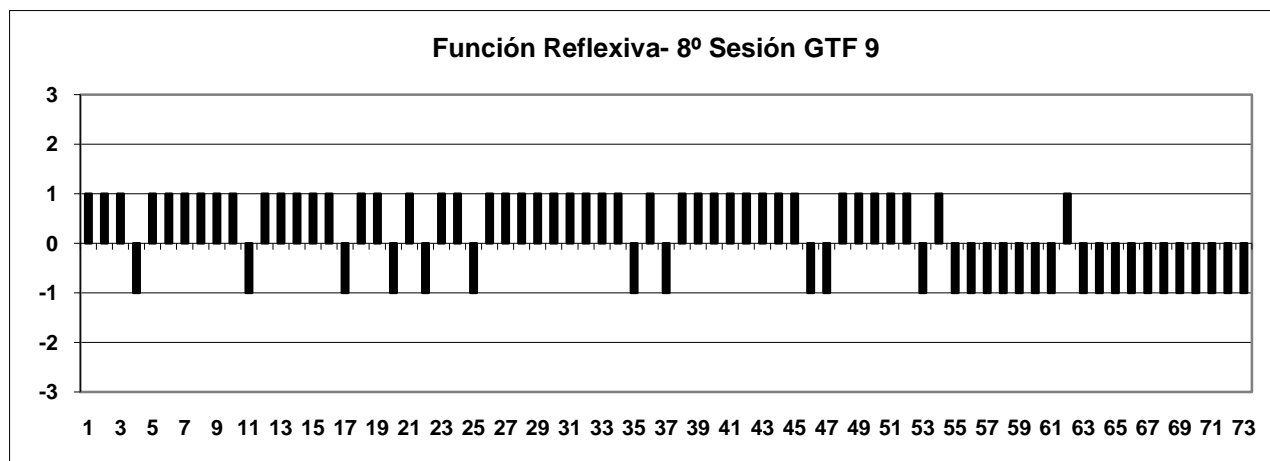


Gráfico 2. Función Reflexiva de la octava sesión del GTF 9

Discusion

En este artículo se presentó el análisis de la Función Reflexiva en dos sesiones de un dispositivo específico para el abordaje terapéutico de la violencia juvenil denominado Grupo de Terapia Focalizada GTF.

En principio, es importante destacar que el concepto de mentalización desarrollado por Fonagy, et.al. (2002) ha despertado un notable interés clínico. Esto se debe a que el mismo adquiere un enorme valor por un lado, para la comprensión de los diferentes tipos de psicopatología y por otro lado, para el análisis de los procesos y resultados de la psicoterapia.

En relación con el primer punto, en este trabajo, para evaluar el grado de mentalización que presentan los adolescentes violentos partimos de los desarrollos de Fonagy (2004) quien considera que el camino común de la violencia es a través de una inhibición momentánea de la capacidad de mentalización. El análisis de la Función Reflexiva que se realizó es acorde con esta conceptualización dado que reflejó el bajo nivel de mentalización de los adolescentes violentos que conformaron la muestra. Esta baja mentalización se vió reflejada 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). En este último caso en los que la Función Reflexiva está ausente pero no se rechaza, se destaca la posibilidad de comenzar a verbalizar situaciones descriptivas vinculadas a la problemática por la que fueron derivados, lo cual resulta en una mayor especificación de la actividad verbal en pacientes en los que predomina el acto por sobre la palabra.

En relación con el segundo punto, el análisis de proceso permitió observar que en la octava sesión del dispositivo GTF hubo un mayor porcentaje de segmentos en los que no se rechazó la posibilidad de reflexionar en comparación con la segunda sesión. Sin embargo, los adolescentes violentos que conformaron la muestra no han alcanzado en ningún segmento de las dos sesiones la posibilidad de mentalizar, lo cual señala que en esta instancia del tratamiento no ha sido posible desarrollar una mayor actividad reflexiva o capacidad de mentalización. Estos resultados son acordes con los presentados en la literatura, en los cuales no se encontraron modificaciones sustanciales en la función reflexiva en diferentes tipos de psicoterapia de corto plazo (Karlsson y Kermott, 2006; Vermote et al., 2010).

La baja capacidad para mentalizar que presentan los adolescentes violentos genera un gran desafío para los terapeutas debido a su restringida capacidad de analizar los problemas psicológicos. La actividad verbal de estos pacientes suele acompañarse de actividad corporal similar a la hiperkinesia (levantarse, sentarse, tocar al compañero, reirse en exceso, golpear la silla o los muebles, mover los pies, etc.). Considerando ambos aspectos, el dispositivo GTF cuenta con objetivos y técnicas específicas operacionalizados en una guía terapéutica que consideran las lógicas previas al desarrollo de la

verbalización. Al contar con una guía terapéutica, el terapeuta del *GTF* adopta una actitud activa que se caracteriza por un mayor nivel de actividad debido al uso de las técnicas específicas (clarificación, confrontación, señalamiento y puesta de límites). Esta actitud apunta a lograr la generación y el mantenimiento del encuadre y la puesta en relación de acciones con contenidos representacionales expresados en palabras.

Por otra parte, considerando que el déficit en la mentalización se desarrolla a partir de las relaciones tempranas de apego en las cuales los estados emocionales no fueron adecuadamente reflejados por sus cuidadores, consideramos importante el abordaje paralelo grupal de los padres de adolescentes violentos en lo que denominamos Grupo de Terapia Focalizada para Padres *GTFP*. Este dispositivo permite abordar terapéuticamente a los padres de adolescentes violentos que presentan en su mayoría Trastornos Borderline de la Personalidad (Quiroga y Cryan, 2009c) y además evitar que sus hijos desarrollen en un futuro un trastorno similar.

Para finalizar, queremos señalar que una limitación de nuestro estudio la constituye el tamaño de la muestra, el cual fue demasiado pequeño ya que se realizó sólo en un grupo *GTF*. Por lo tanto los resultados deben ser leídos con precaución hasta que este estudio sea replicado en una muestra más grande.

En futuros trabajos, se mostrará el análisis de la Función Reflexiva en el macroproceso del dispositivo *GTF* así como también otros análisis del mismo que nos permitan seguir avanzando en la profundización de este modo de abordaje terapéutico para adolescentes violentos.

Referencias

- 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.
- 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
- Fonagy, P. (1991). Thinking about thinking: Some clinical and theoretical considerations in the treatment of a borderline patient. *International Journal of Psycho-Analysis*, 72, 1-18.
- 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., & Higgitt, A. (1989). Evaluating the performance of departments of psychotherapy: A plan for action. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 4, 121-153 (Reprinted in B. Kat (Ed.) Advice for Purchasers of Psychological Services. Leicester: BPS Publications)
- Fonagy, P., & Target, M. (1995). Understanding the violent patient: The use of the body and the role of the father. *International Journal of Psycho-Analysis*, 76, 487-502.



- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 217-233.
- 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., Klungsoyr, 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, 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
- Gullestad, F. & Wilberg, T. (2011): Change in reflective functioning during psychotherapy—A single-case study, *Psychotherapy Research*, 21:1, 97-111
- Gullestad, F.S., Wilberg, T., Klungsoyr, O., Johansen, M.S., Urnes, O. & Karterud, S. (2012) 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
- 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
- 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 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. & Cryan, G. (2005b) Estudio Sociodemográfico y Epidemiológico de una Población Adolescentes en Riesgo Psicosocial. *Memorias de las XII Jornadas de Investigación: "Avances, Nuevos Desarrollos e Integración Regional"*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, pp. 78-80
- Quiroga, S. & Cryan, G. (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 Desafiante y Trastorno Disocial. *XVI Anuario de Investigaciones* pp. 85-94. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología
- Quiroga, S. & Cryan, G. [en línea] (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. 73-83. 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.
- 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 Gullestad, F.S., Wilberg, T., Klungsoyr, 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
- Skårderud, F. (2007) Eating one's words, part I: 'Concretised metaphors' and reflective function in anorexia nervosa--an interview study. *Eur Eat Disord Rev*, 15 (3), 163-74. En Gullestad, F.S., Wilberg, T., Klungsoyr, 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
- Target, M., & Fonagy, P. (1996). Playing with reality II: The development of psychic reality from a theoretical perspective. *International Journal of Psycho-Analysis*, 77, 459-479.
- 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., Klungsoyr, 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. ... 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

