

ANÁLISIS DE PROCESO EN GRUPOS DE TERAPIA FOCALIZADA PARA ADOLESCENTES VIOLENTOS: FUNCIÓN REFLEXIVA-RF Y MODELO DE CICLO TERAPEUTICO-TCM

ANALYSIS OF PROCESS IN FOCALISED THERAPY GROUP FOR VIOLENT ADOLESCENTS: REFLECTIVE FUNCTIONING-RF AND THERAPEUTIC CYCLE MODEL-TCM

Quiroga, Susana¹; Cryan, Glenda²

RESUMEN

El dispositivo *Grupo de Terapia Focalizada-GTF*, de orientación psicodinámica, de corto plazo y focalizado es un dispositivo diagnóstico-terapéutico grupal creado para abordar patologías del acto, es decir, aquellas en las cuales la verbalización ha fallado y en su lugar aparecen transformaciones psíquicas como la violencia juvenil.

El objetivo general de nuestra investigación es comprobar la eficacia terapéutica del *GTF* a través del análisis de resultados y proceso terapéutico. Para este último, se utilizó el Modelo de Ciclo Terapéutico-*TCM* y el Manual de Función Reflexiva- *RF*. En este artículo, se presentará el análisis completo de microproceso de una sesión del dispositivo *GTF* para adolescentes violentos, realizado a través de la aplicación de los dos métodos de análisis de proceso.

La *baja mentalización (RF)* de los adolescentes violentos permite apreciar la importancia de aplicar el dispositivo *GTF*, a través del cual se logró una mayor especificación de la actividad verbal de los pacientes en todos los segmentos de la sesión, a pesar de que aún no es posible la actividad reflexiva en este momento del proceso terapéutico. Los segmentos en los que no se rechaza la posibilidad de reflexionar se encuentran en lo que se denomina *Ciclo Terapéutico (TCM)*.

Palabras clave:

Función reflexiva - Modelo de ciclo terapéutico - Adolescentes violentos

ABSTRACT

The *Focalised Therapy Group (FTG)* device, a psychodynamic-oriented, short-termed and focalized device, is used for diagnosis and for group therapy; it has been created to approach act pathologies, that is to say, those in which verbalization has failed so psychic transformations such as juvenile violence appear.

The general objective is to prove the therapeutic efficacy of the *FTG* device through the outcomes and therapeutic process analysis. For the last, the tools used were the Therapeutic Cycle Model - *TCM* and the Reflective Functioning Manual - *RF*. In this paper, the full analysis microprocess of a session of *FTG* device for violent adolescents carried out through the application of the two methods of process analysis will be shown.

The *low mentalization (RF)* of the violent adolescents let appreciate the importance of applying the *FTG* device through which a further specification of the verbal activity of patients in all segments of the session was found, although it was not possible yet the reflective activity at this time of the therapeutic process. The segments that do not reject the possibility of reflecting were found in what is called *Therapeutic Cycle (TCM)*.

Key words:

Reflective functioning -Therapeutic cycle model - Violent adolescents

¹Dra. en Filosofía y Letras con Orientación en Psicología. UBA. Lic. en Psicología, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. Profesora Emérita, UBA. Directora del Proyecto UBACYT "Análisis de Proceso y Resultados de Terapia Grupal Focalizada para Adolescentes con Vulnerabilidad Psicosocial y Padres con Trastornos Graves de la Personalidad". E-mail: susy@psi.uba.ar

²Dra. en Psicología, UBA. Lic. en Psicología, UBA. Miembro de la Carrera del Investigador Científico del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Docente de la Cátedra I de Psicología Evolutiva II: Adolescencia. Coordinadora Docente de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica de Niños y Adolescentes, UBA. Investigadora formada UBACYT. E-mail: gcryan@psi.uba.ar

1. INTRODUCCIÓN

El dispositivo *Grupo de Terapia Focalizada-GTF*, de orientación psicodinámica, de corto plazo y focalizado es un dispositivo diagnóstico-terapéutico grupal creado para abordar patologías del acto, es decir, aquellas en las cuales la verbalización ha fallado y en su lugar aparecen transformaciones psíquicas diversas (cuadros somáticos, adicciones, abulia, accidentofilia, traumatismos, abusos, violencia, etc.).

Este dispositivo se desarrolla en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, perteneciente a la Universidad de Buenos Aires (Directora: Prof. Dra. Susana E. Quiroga), en el cual existe una alta demanda de tratamiento psicoterapéutico de adolescentes con conductas antisociales y autodestructivas con alto riesgo psicosocial (Quiroga y Cryan, 2004, 2005b, 2006a, 2006b, 2007c, 2007d, 2008a, 2008c, 2010a; Quiroga, Paradiso, Cryan, et al., 2003, 2004, 2006). El inicio del tratamiento terapéutico en los adolescentes violentos constituye un momento de alto riesgo de deserción (Quiroga, González, Pérez Caputo, et al., 2003, 2004) ya que el mismo suele iniciarse por derivación de instituciones escolares y/o judiciales (Quiroga y Cryan, 2007 c, 2008 c, 2011d). Asimismo, estos pacientes presentan dificultades técnicas y metodológicas para su abordaje debido a que 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. En este sentido, el dispositivo *GTF* fue pensado para evitar la deserción al inicio del tratamiento debido a las dificultades de los pacientes y sus familias 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 está realizando desde el año 2001 una investigación empírica, de carácter exploratorio, que incluyó el análisis de proceso y de resultados. 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. Para ello, 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), a los que se les aplicó el Modelo de Ciclo Terapéutico- *TCM* y el Manual de Función Reflexiva- *RF*.

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 las características del dispositivo *GTF* y los fundamentos de los dos métodos de

análisis de proceso utilizados (*TCM* y *RF*). Se mostrará el análisis completo de una sesión a la que se le aplicaron los dos métodos y las conclusiones del mismo, el cual forma parte del Plan de Trabajo 2011 Conicet (Dra. Glenda Cryan).

2. ABORDAJE TERAPÉUTICO GRUPAL FOCALIZADO Y MODULIZADO

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

En principio, 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 se desarrolló un dispositivo específico para abordar terapéuticamente a los adolescentes violentos.

El dispositivo *Grupo de Terapia Focalizada- GTF* consiste en la conformación de grupos cerrados, con temática focalizada y orientación psicodinámica que constan de diez sesiones de una vez por semana de una hora y media de duración. Estas diez sesiones se distribuyen en una *Primera sesión*: multifamiliar, compuesta por los adolescentes, sus padres, el terapeuta del grupo de adolescentes, el terapeuta del grupo paralelo de padres y los observadores; *Segunda a octava sesión*: Grupo de Terapia Focalizada- *GTF* y Grupo de Terapia Focalizada para Padres-*GTFP*; *Novena sesión*: multifamiliar; *Décima sesión*: sesión de cada adolescente con su familia. En estas diez sesiones se logra completar el proceso diagnóstico y se realiza una primera evaluación de los efectos terapéuticos alcanzados a partir del dispositivo *GTF*. Esta primera evaluación de los pacientes se realiza una vez finalizado el *GTF* con el objetivo de decidir si son derivados a un Grupo Terapéutico de Largo Plazo (GTLP), a Terapia Individual, a Terapia Familiar, a Servicios externos de cuidado intensivo o a la Repetición del Primer Módulo *GTF*. Con respecto a los **objetivos** del dispositivo *GTF* para adolescentes con conducta antisocial y autodestructiva, los mismos son:

- Comprender* el motivo de consulta o "conciencia de enfermedad"
- Esclarecer* los patrones de interacción, formas de comunicación y tipicidades en el funcionamiento grupal
- Esclarecer* los obstáculos del grupo al establecimiento del encuadre y la transgresión a los límites
- Describir y comprender* la composición familiar

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 que presentamos de estos pacientes así como en las dificultades que presentan para verbalizar sus conflictos, lo cual se manifiesta en el “no tener nada que decir” dado que en su mayoría son derivados por instituciones externas y no registran las problemáticas que los afectan. Asimismo, esta sistematización provee un marco de contención estable que regula los desbordes pulsionales que conlleva la actuación violenta. Sin embargo, es importante aclarar que el marco de referencia es psicodinámico, y que tanto los objetivos como las técnicas apuntan a seguir la lógica de la constitución del aparato psíquico y a comprender las fallas en la constitución de la subjetividad. Esto implica considerar que en los casos en que los pacientes intervienen espontáneamente o surgen problemáticas urgentes a resolver, se da prioridad a los mismos, retomando lo pautado en la guía terapéutica sólo en los casos en que sea posible.

Con respecto al estilo de trabajo en estos grupos, predomina una interacción entre terapeuta, coterapeuta y pacientes, donde las **técnicas de intervención** están centradas en: a) la clarificación de aspectos cognitivos confusos, b) la confrontación con aspectos disociados intra e intersubjetivos, c) el señalamiento y la puesta de límites, como momentos previos al uso de la elaboración psíquica mediante la interpretación, como sucede en el tratamiento de orientación psicodinámica de pacientes neuróticos. En este sentido, la *clarificación* es una técnica en la cual el terapeuta invita al paciente a explicar, explorar y/o ampliar la información expresada en forma vaga, poco clara o contradictoria. En los adolescentes violentos, en los cuales el uso de la palabra no ha alcanzado el estatus que posee la acción, esta técnica permite comprender el relato de situaciones confusas, logrando un ordenamiento en el discurso del paciente que facilite la posibilidad de insight sobre lo sucedido. La *confrontación*, en cambio, apunta a que el paciente pueda observar los aspectos incongruentes de lo que ha comunicado, que se encuentran disociados intrapsíquicamente. Dado que estos pacientes se caracterizan por mentir u ocultar hechos, en el discurso suelen encontrarse diversas explicaciones contradictorias; esta técnica permite confrontar al paciente tanto con su realidad objetiva como con su realidad psíquica. A través del *señalamiento* se busca destacar los componentes significativos del discurso que no son considerados relevantes por el paciente. En este punto, esta técnica permite señalar tanto las situaciones de riesgo a las que están expuestos estos pacientes así

como también las modificaciones en su comportamiento a lo largo del dispositivo. Por último, la puesta de límites resulta de fundamental importancia en estos pacientes dado que es lo que permite que se establezca un encuadre seguro y estable con normas consensuadas que le permita al paciente sentir el “marco de contención” que brinda el dispositivo.

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

3. INVESTIGACION EMPIRICA EN PSICOTERAPIA

Con respecto a 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). Este último tipo de investigación intenta identificar elementos activos en psicoterapia así como también mecanismos de cambio (Kopta et al, 1999), buscando permanentemente aumentar la comprensión de los procesos que conducen a dicho cambio.

La mayoría de las investigaciones de proceso realizadas no se han hecho en forma independiente sino que se basan en las relaciones entre el proceso y los resultados terapéuticos (Orlinsky, 1994). 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).

La investigación de *proceso en grupo psicoterapéutico*, siguiendo la definición de Beck y Lewis (2000), es el estudio del sistema del grupo como totalidad y los cambios en el desarrollo de sus interacciones, entendiendo por tal las interacciones entre el subgrupo paciente-terapeuta; paciente-paciente (díada o subgrupo), y terapeuta-terapeuta, en caso de que hubiera co-terapeuta, además de la forma en que cada subsistema interactúa entre ellos y es influenciado por el grupo como un todo. El objetivo de este tipo de investigación es identificar procesos de cambio terapéutico en las interacciones dentro y entre estos distintos sistemas en todos los niveles de comportamiento y experiencias de los sujetos dentro y fuera de las sesiones.

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 hayamos tratamientos terapéuticos de orientación psicodinámica de corto plazo que hubieran corroborado la eficacia terapéutica a través de estudios empíricos de proceso y de resultados. Los principales estudios (Quiroga y Cryan, 2009b, 2011b) 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). Si bien este tipo de estudios permite analizar la eficacia terapéutica de los tratamientos en una muestra importante de sujetos, la globalidad de los mismos hace que se pierda especificidad en cuanto al proceso que lleva a que se produzca el cambio terapéutico. Por ello, es importante destacar el planteo de Kazdin (2001) quien 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).

A continuación se expondrán los fundamentos de dos de los métodos más reconocidos internacionalmente para realizar investigación de proceso, utilizados en este estudio: el Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM y el Manual de Función Reflexiva- RF.

3.1 MODELO DE CICLO TERAPEUTICO- TCM

Para realizar el análisis de proceso en esta investigación se utilizó el *Modelo de Ciclo Terapéutico- TCM* (Therapeutic Cycle Model) de Mergenthaler (1996 a, 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, 2005 a, 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, 1996 b).

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, 1996 a; Gril y Mergenthaler, 1998; Fontao y Mergenthaler, 2005 b, Quiroga y Cryan, 2007 d):

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.

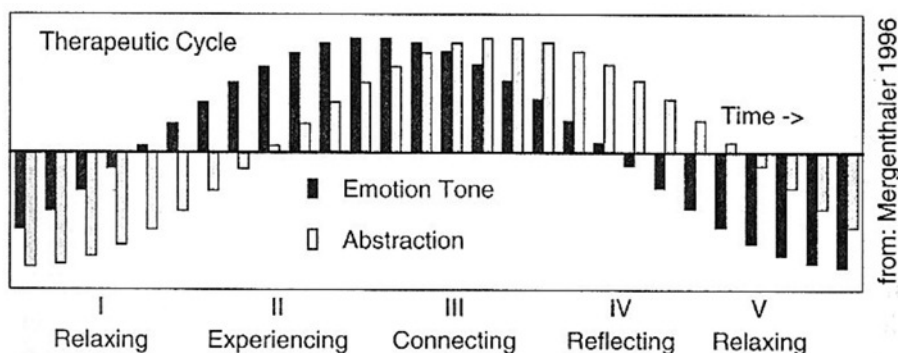
Patrón D- Connecting: Se refiere al momento en el cual el paciente accede a la emoción dominante y a su manifestación verbal, y a la vez puede reflexionar sobre la misma. El TCM asume que este “momento clave” conduce a cambios en los esquemas emocionales (que determinan la forma en que el paciente procesa 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



Por otra parte, una variable interesante 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, 2005 a). 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.

Para poder aplicar este método a sesiones grupales de adolescentes violentos, se realizó una adaptación del mismo (Quiroga y Cryan, 2007d, 2008a). La misma incluyó la realización de un estudio interjueces para la categorización de palabras por consenso, las cuales fueron incorporadas a los diccionarios en español que posee este método. Las características de estas patologías y de los adolescentes, entre las que se destacan la falta de representación palabra y el incremento del uso de la jerga y presencia de un vocabulario específico así como el exceso de la acción acompañado del desborde pulsional, nos permitió detectar tres subgrupos específicos de palabras (palabras de uso regional, palabras de jerga adolescente, palabras de jerga transgresora/delincuencial). Dado que estas palabras no respondían a los criterios establecidos,

se generó la necesidad de revisar las sesiones transcritas *verbatim* para ubicar el contexto en el cual aparecían y la significación que cobraban en el mismo.

3.2 MANUAL DE FUNCION REFLEXIVA- RF

El Manual de Función Reflexiva- RF (Fonagy, Steele, Steele y Target, 1998; traducción y adaptación al castellano: Quiroga, 2003) 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:

- realidad interna de externa,
- modos de funcionamiento reales o aparentes,
- 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 "enfrascada 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, debe asignar un número par entre ambas.

Este instrumento ha sido adaptado y validado al castellano (Quiroga, 2003). Para realizar esta validación, se trajo el manual original escrito en lengua inglesa al caste-

llano, 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 entre varios jueces entrenados para tal fin.

4. ANALISIS DE PROCESO EN GRUPOS DE TERAPIA FOCALIZADA GTF

4.1 OBJETIVOS

Objetivo general

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

Objetivos específicos

1. Mostrar el análisis del microproceso (análisis de una sesión) de un grupo GTF realizado con el Modelo de Ciclo Terapéutico- TCM
2. Analizar el grado de funcionamiento reflexivo o mentalización para detectar el grado de representación que los adolescentes violentos tienen acerca de sí mismos y de los otros
3. Relacionar los resultados obtenidos con la aplicación de ambos métodos

Hipótesis

El dispositivo GTF permite a los adolescentes violentos verbalizar sus conflictos psíquicos y desarrollar su capacidad de mentalización

4.2 METODOLOGÍA

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

4.2.1 Universo y Muestras

Universo de Análisis: Adolescentes tempranos de ambos sexos

Muestra General: Adolescentes violentos de 13 a 15 años consultantes al Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA, 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: 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). En este artículo se analizará la sesión 7 del GTF 9.

4.2.2 Criterios de Exclusión

Se excluyeron de la muestra los pacientes que a pesar de

cumplir con los criterios diagnósticos del DSMIV para Trastorno Negativista 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

4.2.3 Instrumentos

Los instrumentos utilizados para realizar el análisis de proceso (descritos en los apartados 3.1 y 3.2) fueron :

1. El Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM y su método de los Patrones de Emoción-Abstracción (Mergentahler, 1996a,b, 1998, 2008; Adaptación al castellano: Fontao y Mergenthaler, 2005 a, b; Toranzo, Taborda, Ross, Mergenthaler y Fontao, 2007; Quiroga y Cryan, 2007 d, 2008 a)

2. El Manual de Función Reflexiva- RF (Fonagy, Steele, Steele y Target, 1998; traducción y adaptación al castellano: Quiroga, 2003). La aplicación de este método de análisis de proceso fue posible dado que la Dra. Susana Quiroga realizó el curso de la primera cohorte 2003 en la University College London con el PhD. Peter Fonagy y recibió el certificado que la habilita para evaluar narrativas en el año 2006.

4.3 Procedimiento

Los pacientes consultantes al Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, 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 cumplían 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 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 sólo 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 este estudio. Las siete sesiones de los dos grupos *GTF* seleccionados fueron transcritas *verbatim*, de acuerdo con las normas internacionales de desgrabación (Mergenthaler y Gril, 1996).

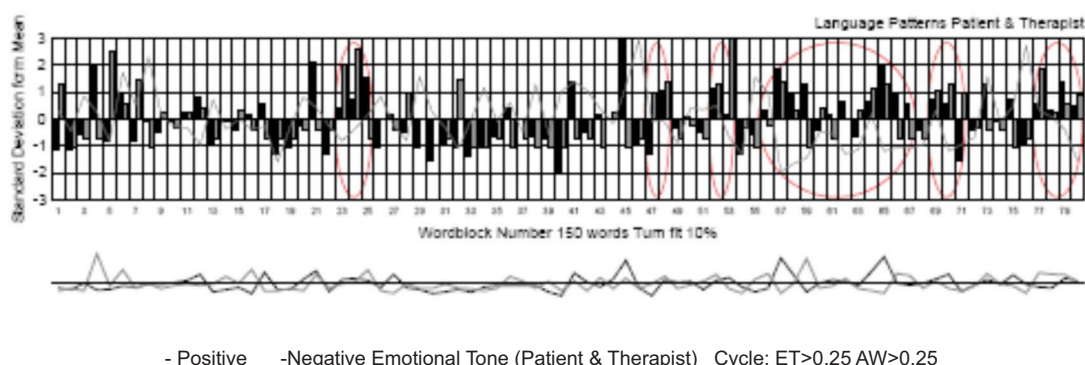
Para cada uno de los grupos *GTF* se realizó el análisis del macroproceso (análisis del dispositivo) y el análisis del microproceso (análisis intrasesión) en una única sesión del dispositivo (sesión 7). Asimismo, dentro del análisis del macroproceso y del microproceso se distinguió entre el texto completo (pacientes y terapeuta) y el texto de los pacientes. En este trabajo, como se explicitó anteriormente, se presenta el análisis del microproceso del texto completo de la sesión 7 del *GTF 9*.

5. RESULTADOS

A continuación mostraremos el análisis de proceso de la sesión 7 del *GTF 9* realizado con ambos métodos de análisis de proceso:

5.1 Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM

Gráfico 1. Patrones de emoción-abstracción y estilo narrativo (texto completo)



En el gráfico 1, correspondiente al texto completo (pacientes y terapeuta) se observa la aparición de varios segmentos caracterizados por el Patrón *Connecting* (marcados con círculos). En la mayoría de los tramos caracterizados por *Connecting* se observó la presencia de *Ciclos Terapéuticos abreviados* (segmentos 22 a 25, 46 a 49, 51 a 54, 69 a 72 y 76 a 80).
 Entre los segmentos 55 y 68 se verificó un *Ciclo Terapéutico* cercano al ideal propuesto en el Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM. En este punto, es interesante destacar que hacia el final del tramo caracterizado por *Connecting* se observó un pico de emoción positiva.

El curso de la actividad narrativa en esta sesión se corresponde con lo planteado desde el modelo, es decir, se apreció una mayor actividad narrativa acompañada de patrones en los que predomina la emoción.
 Con respecto al estilo narrativo, el nivel del mismo fue altamente variable en el curso de la sesión. Entre los segmentos 20 y 56, es decir, en el segundo y tercer cuarto de la sesión se observó una serie de picos de actividad narrativa. Por otra parte, la valencia de la emoción también presentó permanentes oscilaciones en el curso de la sesión (Quiroga y Cryan, 2010d).

Gráfico 2. Actividad verbal de los pacientes y del terapeuta (texto completo)

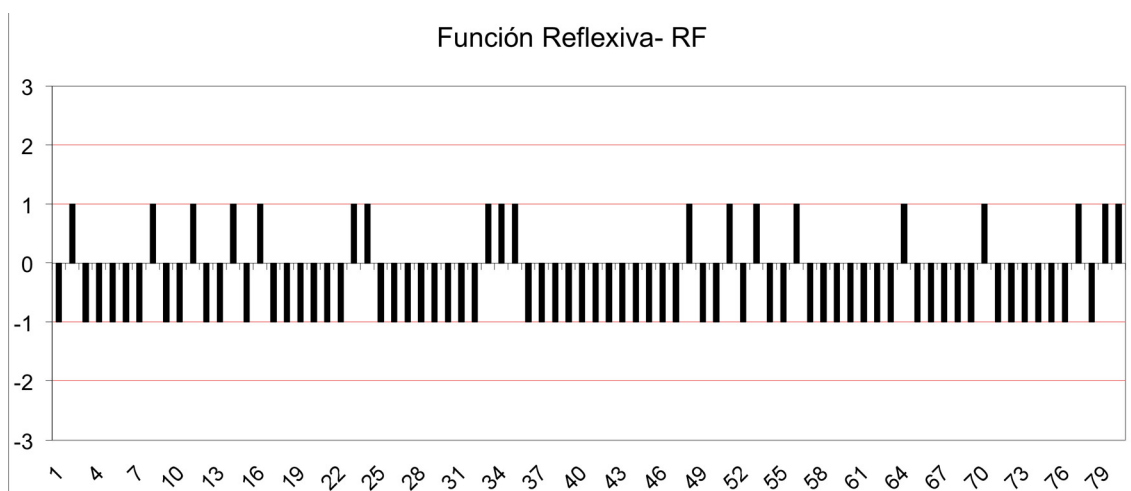


Con respecto a la *actividad verbal* del grupo y del terapeuta, como se observa en el gráfico 2, se apreció una actividad verbal altamente variable para los pacientes y el terapeuta, con variaciones notables en los diferentes

segmentos en el curso de esta sesión. Sin embargo, en todos los segmentos se registró actividad verbal de los pacientes (Quiroga y Cryan, 2010d).

5.2 Función Reflexiva- RF

Gráfico 3. Función Reflexiva del texto completo (pacientes y terapeuta)



En el gráfico 3 se observa que la mentalización de los adolescentes violentos es baja, predominando a lo largo de la sesión segmentos con puntaje igual a -1, lo cual significa que la Función Reflexiva es negativa (señalado por debajo de la media). En estos casos se destaca el rechazo o la evasión de las intervenciones terapéuticas vinculadas a los estados mentales.

Algunos segmentos aislados y esporádicos fueron evaluados con puntaje igual a 1, esto es, que si bien la Función Reflexiva está ausente, no es rechazada por los pacientes. 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.

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.

6. CONCLUSIONES

En este trabajo presentamos el análisis del microproceso de una sesión del dispositivo *GTF* para adolescentes

violentos, realizado a través de la aplicación de dos métodos de análisis de proceso: el Modelo de Ciclo Terapéutico- *TCM* y el Manual de Función Reflexiva- *RF*.

En líneas generales, se puede observar que en esta sesión de texto completo (pacientes y terapeuta), aparecieron los cuatro patrones planteado en el *TCM*, con alternancia de *Ciclos Terapéuticos abreviados y completos*. Por el contrario, al analizar el texto de los pacientes, se registró el predominio de patrones *Relaxing, Experiencing y Reflecting*, siendo el *Connecting* poco frecuente y en general limitado a un único segmento textual aislado ((Quiroga y Cryan, 2010d). Con respecto a la aparición de varios *Ciclos Terapéuticos abreviados* en el texto completo (pacientes y terapeuta), se puede pensar que el proceso que tiene como meta la búsqueda de "insights" representó una tarea muy laboriosa y precisa, en la cual el terapeuta ha debido realizar varios intentos para alcanzarlo. En este sentido, un aspecto interesante a destacar en el análisis del microproceso en esta sesión a partir de la aplicación de este método, es el rol que ejerce el terapeuta en el abordaje de los adolescentes violentos, ya que pareciera ser que es en el marco del trabajo terapéutico de la configuración vincular dentro del encuadre establecido donde fue posible identificar actividad textual relevante. Esto implica pensar que el terapeuta desempeña un rol imprescindible y especialmente destacado para la expresión de emociones, para la formulación verbal de procesos reflexivos y para el logro de la conexión de los contenidos emocionales y abstractos. En este punto, resulta fundamental aclarar que el terapeuta del dispositivo *GTF* no adopta la clásica actitud de atención flotante sino que, por el contrario, se caracteriza por un mayor nivel de actividad debido al uso de las técnicas específicas de este dispositivo (clarificación, confrontación, señalamiento y puesta de límites). Esta actitud activa apunta a lograr la generación y el mantenimiento del encuadre y la puesta en relación de acciones con contenidos representacionales expresados en palabras. Por lo tanto, un resultado positivo de este análisis es que en todos los segmentos se registró actividad verbal de los pacientes, lo cual probablemente esté ligado a esta actitud activa del terapeuta. Considerando que los adolescentes violentos presentan dificultades para verbalizar sus procesos emocionales, y que dicha actividad verbal suele acompañarse con actividad corporal similar a la hiperkinesia (levantarse, sentarse, tocar al compañero, reirse en exceso, golpear la silla o los muebles, mover los pies, etc.), la actividad verbal de los pacientes considerando el texto completo resulta de fundamental importancia.

El Análisis de la Función Reflexiva- *RF* reflejó la baja mentalización de los adolescentes violentos dado que osciló entre el rechazo y la evasión de las intervenciones terapéuticas vinculadas a los estados mentales y las explicaciones de desconocimiento o de recuerdos distorsionados hacia los mismos. En este punto es importante destacar que sólo en 19 segmentos de los 80 analizados, no se rechazó la posibilidad de reflexionar (puntaje 1). Esta situación nos remite a considerar la predominancia en estos pacientes del mecanismo primitivo de la proyec-

ción. Por medio de esta defensa, el sujeto expulsa de sí y localiza en el otro cualidades, sentimientos, deseos y objetos que no reconoce o que rechaza en sí mismo. El predominio de esta operación lleva al fracaso de la introyección, proceso por el cual el sujeto hace pasar en forma fantaseada, del "afuera" al "adentro", objetos y cualidades inherentes a estos objetos (Laplanche y Pontalis, 1996). Por lo tanto, es posible pensar que el rechazo a la reflexión se vincula con la vigencia de estos mecanismos arcaicos, en los que ni siquiera existe la posibilidad de incorporar a un otro, a un modelo, a un vínculo. Esta situación trae aparejada la imposibilidad de complejizar la mente, dejando al sujeto sumido en una condición de pobreza mental, en la que se privilegia el acto por sobre la posibilidad de reflexionar.

Un dato que llama la atención, a partir de la relación que intentamos establecer con la aplicación de ambos métodos, es que aquellos segmentos en los que no se rechaza la posibilidad de reflexionar (*RF*) se encuentran en general enmarcados en lo que se denomina *Ciclo Terapéutico* en el *TCM*, coincidiendo especialmente con los segmentos caracterizados por el patrón *Connecting* o el patrón *Relaxing*. En relación con el patrón *Connecting*, entendemos que este no rechazo a la reflexión estaría vinculado a que este patrón remite en forma directa a la activación de la emoción y de los procesos reflexivos. En relación con el patrón *Relaxing*, es interesante considerar que el mismo facilita el aumento de las narrativas en este tipo de pacientes 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 (Quiroga y Cryan, 2009b). Si consideramos la hipótesis planteada, podemos afirmar que el dispositivo *GTF*, con objetivos y técnicas predeterminadas permitió a los adolescentes violentos verbalizar sus conflictos psíquicos, tal como se puede observar con la aplicación del *TCM* en la sesión analizada. Sin embargo, aún no ha sido posible en esta instancia del tratamiento desarrollar una mayor capacidad de mentalización, como reveló la aplicación de la *RF*. Por lo tanto, a modo de conclusión, podemos afirmar que la baja mentalización que presentan los adolescentes violentos nos permite apreciar la importancia de aplicar este marco terapéutico focalizado, a través del cual se logró una mayor especificación de la actividad verbal de los pacientes en todos los segmentos de la sesión, a pesar de que aún no es posible una mayor actividad reflexiva en este momento del proceso terapéutico.

En futuros trabajos, se mostrará el análisis del 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 BIBLIOGRÁFICAS

- 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. Second Edition*. London, UK: International Psychoanalytic Association- IPA
- 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. (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder Mentalization-Based Treatment*. Oxford University Press
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2007) *Mentalization based treatment for borderline personality disorder. A practical guide. Second Edition*. Oxford University Press
- Beck, A.P. & Lewis, C.M. (2000) *The Process of Group Psychotherapy. Systems for Analyzing Change*, Washington DC: American Psychological Association
- Bucci, W. (2002a) The challenge of diversity in modern psychoanalysis. *Psychoanalytic Psychology* 19:216-226,
- 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. Second Edition*. London, UK: International Psychoanalytic Association- IPA
- Clarkin, J.F.; Yeomans, F. & Kernberg, O. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: John Wiley & Sons.
- Clarkin, J.; Foelsch, P.; Levy, K.; Hull, J.; Delaney, J. & Kernberg, O.F. (2001) The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioral change. *J Personal Disord.* 15(6): 487-495
- Clarkin, J.F.; Yeomans, F.; & Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy of borderline personality: Focusing on object relations*. Washington, D.C.: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Clarkin, J.F.; Levy K.N.; Lenzenweger, M.F. & Kernberg, O.F. (2007) Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry* (164): 922-928.
- 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. (1999) *An Open Door Review of Outcome Studies in Psychoanalysis*. London, UK: International Psychoanalytic Association- IPA
- Fonagy, P. (2002) *An Open door Review of Outcomes Studies in Psicoanálisis. Second Revised Edition*. International Psychoanalytic Association.
- 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.; 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. & 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.; Steele, M.; Steele, H. & Target, M. (1998) *Reflective Functioning Manual, Version 5.0: For application to Adult Attachment Interviews*. University College London, London, United Kingdom.
- Fontao, M. & Mergenthaler, E. (2005a) Aplicación del Modelo de Ciclo Terapéutico a la Investigación de microprocesos en la psicoterapia de grupo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, Vol. XIV (1), 53-63
- Fontao, M. & Mergenthaler E. (2005b) El concepto de "insight" en la psicoterapia de grupo: Aporte a su clarificación mediante el uso de métodos de análisis de texto computarizado y un modelo de la actividad verbal en los procesos terapéuticos. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología* 10(3): 55-71.
- 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.
- Kaës, R. & Puget, J. (1988) *Violencia de estado y psicoanálisis*. Buenos Aires: CEA, 1991
- Kantrowitz, J. (1996) *The Patient's Impact on the Analyst*. 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*, Vol. 9, N° 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. *Psychodynamic Group Psychotherapy*. Second 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.
- Kopta, S. (1999) Individual psychotherapy outcome and process research Challenges leading to greater turmoil or a positive transition? *Annu. Rev. Psychol.* 50:441-469
- 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, UK: International Psychoanalytic Association- IPA.
- Laplanche, J. & Pontalis, J. (1996) *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós
- Luborsky, L. & Crits-Cristoph, P. (1990) *Understanding Transference, The Core Conflictual Relationship Theme Method*, Nueva York, Basic Books.
- 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) Translated into Spanish as (2003) *Manual*

- de tratamiento de los trastornos de personalidad límite, Barcelona, Ediciones Paidós Ibérica, S.A
- Linehan, M.M.; Cochran, B. & Kehrer, C. (2001) Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder, Cap. 11 *Clinical Handbook of Psychological Disorders* (comp. David H. Barlow), The Guilford Press, New York
- 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), pp. 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. (2008) Resonating minds: A school-independent theoretical conception and its empirical application to psychotherapeutic processes. *Psychotherapy Research*, 18:2,109-126
- Orlinsky, D. (1994) Process and outcome in psychotherapy. En Bergin y Garfield, *Handbook of psychotherapy and behavior change*.
- 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.; González, M.; Pérez Caputo, M.C. & Melicci, J. (2003) Prevención de la deserción a la consulta psicológica. Inclusión de nuevas técnicas para favorecer la eficacia terapéutica. *Memorias de las X Jornadas de Investigación: "Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología"* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 66-68.
- Quiroga, S.; Paradiso, L.; Cryan, G.; Moreno, C. & Auguste, L. (2003) La vincularidad en grupos paralelos de terapia focalizada para adolescentes tempranos con conductas antisociales y sus padres. *Memorias de las X Jornadas de Investigación: "Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología"* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 95-97
- Quiroga, S. & 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"* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 43-44
- 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"* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 71-73
- 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.; Paradiso, L. & Cryan, G. (2006a) Resultados de la Psicoterapia Grupal Psicodinámica Focalizada- GTF en una Muestra de Adolescentes con Conductas Perturbadoras y Padres con Trastornos de la Personalidad. *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores del Mercosur: "Paradigmas, métodos y técnicas"* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 59-61
- Quiroga, S. & Cryan, G. (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. & 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. (2008a) Análisis de proceso en una población adolescente de alto riesgo psicosocial: criterios para la categorización de palabras utilizados en la adaptación del modelo de ciclos terapéuticos-TCM. *Memorias de las XV Jornadas de Investigación y Cuarto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR "Problemáticas Actuales. Aportes de la Investigación en Psicología"*. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, Tomo I, pp. 66-68
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2009b) Análisis del Macroproceso Terapéutico del Dispositivo Grupo de Terapia Focalizada-GTF para Adolescentes Tempranos Violentos. *XVI Anuario de Investigaciones*, pp. 73-83. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2010a) Eficacia Terapéutica de un Dispositivo Grupal para el Abordaje Terapéutico de la Violencia Juvenil. Publicación on-line Enero en <http://www.depsicoterapias.com>
- 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. (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. & Cryan, G. (2011b) Adolescentes Tempranos Violentos: Analisis del Macroproceso Terapeutico utilizando el Modelo de Ciclo Terapeutico-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. (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 .
- Rappoport, 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, pp. 3-7
- 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
- Sandell, R.; Lazar, A.; Grant, J.; Carlsson, J.; Schubert, J. & Falkenström; F. (2005) Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project (STOPPP). *Research Database* London, UK: International Psychoanalytic Association- IPA
- 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.
- Toranzo, E.; Taborda, A.; Ross, T.; Mergenthaler, E.; Fontao, M. (2007) Foco, Interacción Grupal y Patrones Verbales en Grupos de Padres: Estudio Piloto. *Memorias de las XIV Jornadas de Investigación Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur "La investigación en psicología, su relación con la práctica profesional y la enseñanza"*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología Tomo I, pp. 127-129
- 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

Fecha de recepción: 4 de abril de 2012

Fecha de aceptación: 9 de noviembre de 2012