

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 60 - Nº 3

Buenos Aires - Septiembre 2014

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

Editorial

145. **Del inconsciente lacaniano**

HUGO R. MANCUSO

Originales. Trabajos completos

147. **Diagnóstico fehaciente de esquizofrenia: 37 años de experiencia en la utilización del *Hod Test***

EDUARDO CIPRIAN OLLIVIER, EDUARDO CASCALLAR,
BEATRIZ BIGANZOLI Y ALICIA B. POMILIO

160. **Evolución de la ansiedad en *Grupos de Terapia Focalizada* para adolescentes violentos**

GLENDA CRYAN, SUSANA QUIROGA

171. ***Bullying*: víctimas, agresores, agresor-víctimas y correlatos psicológicos**

SANTIAGO ALEJANDRO RESETT

184. **Evolución de los tiempos de reacción y del rendimiento cognitivo en un estudio longitudinal**

OSVALDO BONANATTA, AGUSTÍN COSTA SHAW

Original [comunicación preliminar]

189. **Creencias sobre la caballerosidad según el sexo en una muestra de adultos de la provincia de Buenos Aires**

EDGARDO ETCHEZAHAR, JOAQUÍN UNGARETTI

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA

Volumen 60 - Nº 3

Buenos Aires - Septiembre 2014

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

Historia

194. Genealogía de instituciones según prácticas psicológicas y áreas profesionales en Argentina

LUCÍA ROSSI

201. Los principios de una Psicología empírica desde de las convergencias histórico-teóricas entre William James y Franz Brentano

CATRIEL FIERRO

Homenaje

213. Ser apenas (diálogos sobre la cura)

CARLOS REPETTO

Fundación **acta**

Fondo para la Salud Mental

Entidad de bien público sin fines de lucro
Personería Jurídica Nº 4863/66
Inscripta en el Ministerio de Salud Pública y
Acción Social con el Nº 1.777

CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN

Mario Vidal: Presidente

Diana Vidal: Secretaria

Rodrigo Vidal: Vicepresidente 1º

Luis Meyer: Tesorero

Edith Serfaty: Vicepresidente 2º

Fernando Lolás Stepke: Director Técnico

Sede Social: Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3º - C1122AAJ - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
Tel.: (54 11) 4966 -1454

Administración/suscripciones: CC 170, Suc. 25 - C1425WAD - Ciudad de Buenos Aires, R. Argentina
(54 11) 4897 – 7272 int.: 100 - fuacta@acta.org.ar - www.acta.org.ar

Consejo Científico

Diego Feder

Uni.Maimónides, Argentina

Pascual Gargiullo

IMBECU, CONICET, Argentina

Ana Lia Kornblit

UBA, CONICET, Argentina

María de los Á. López Geist

APSA, Argentina

Alicia Losoviz

FELAIBE

Humberto Mesones

Ac. Nac. de Medicina, Argentina

Hugo Miguez

CONICET, Argentina

Lucía Rossi

UBA, Argentina

María Lucrecia Rovalletti

UBA, CONICET, Argentina

Edith Serfaty

Ac. Nac. de Medicina, Argentina

Fernando Silberstein

UBA, UNR, Argentina

Roberto Sivak

Uni. Maimónides, Argentina

Humberto Tittarelli

CISM, Argentina

Patricia Weismann

UNMDP, Argentina

Consejo Científico

Internacional

Jorge Acevedo Guerra

Santiago – Chile

Renato D. Alarcón

Rochester – EUA

Rubén Ardila

Bogotá – Colombia

Demetrio Barcia

Murcia – España

Helio Carpintero

Madrid – España

Jorge A. Costa e Silva

Rio de Janeiro – Brasil

Otto Dörr Zegers

Santiago – Chile

Héctor Fernández-Álvarez

Buenos Aires – Argentina

Alejandro Gómez

Santiago – Chile

René González Uzcátegui

San José - Costa Rica

Itzhak Levav

Jerusalem – Israel

Aliño J. José López-Ibor

Madrid – España

Facundo Manes

Buenos Aires – Argentina

Juan Mezzich

Pittsburgh – EUA

A. Rafael Parada

Santiago – Chile

Héctor Pérez-Rincón

México D.F. – México

Juan Matías Santos

Madrid – España

Hernán Silva Ibarra

Santiago – Chile

Carlos Sluzki

Santa Barbara – EUA

Tomás Ortiz

Madrid – España

Benjamín Vicente

Concepción – Chile

Sergio Villaseñor Bayardo

Guadalajara – México

Ana María Zlachevski Ojeda

Santiago – Chile

Comité Honorífico

Francisco Alonso-Fernandez

UCM – España.

Fernando Lolas Stepke

Universidad de Chile – Chile.

Luis Meyer

Fundación Acta F.para la SM–Argentina.

acta

PSIQUIÁTRICA Y PSICOLÓGICA
DE AMÉRICA LATINA



Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina es una publicación científica sin fines de lucro, propiedad de la *Fundación ACTA Fondo para la Salud Mental*, fundada por Guillermo Vidal en 1954, que tiene por objeto fomentar el desarrollo de la psiquiatría, la psicología y las neurociencias en lengua española y sus relaciones interdisciplinarias, en sus varias orientaciones, con las ciencias sociales y los fundamentos epistemológicos y metodológicos de las mismas.

Aparece regularmente cuatro veces al año: en marzo, junio, septiembre y diciembre en versión impresa (ISSN 0001-6896) y a partir de 2014 y con la misma regularidad, en versión en línea (ISSN 2362-3829).

Incorporada por CONICET y CAICYT al Núcleo Básico de Revistas Científicas de Argentina en el área Ciencias Biológicas y de la Salud. Indexada en las bases de datos electrónicas LATINDEX, LILACS, PSICODOC, PsycINFO, figura en tales registros abreviada como: *Acta Psiquiatr Psicol Am Lat.*

Director Fundador

† Guillermo Vidal [1917-2000]

Director

Hugo R. Mancuso

director@acta.org.ar

Consejo Académico

Ricardo Aranovich. Universidad de Flores, Argentina.

aranovich@hotmail.com

Juan Azcoaga. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

jazcoaga@fibertel.com.ar

† Carlos Repetto. Universidad de Buenos Aires, Argentina. [1935-2013]

Gustavo Tafet. Universidad Maimónides, Argentina.

psychiatry@maimonides.edu

Secretaría de Redacción

Alejandra Niño Amieva. Universidad de Buenos Aires, Argentina.

editor@acta.org.ar

Responsable Administrativo

Ignacio Burgo. Fundación Acta Fondo para la Salud Mental, Argentina.

ignacio.burgo@acta.org.ar

Administración

Marcelo T. de Alvear 2202, piso 3° (Escuela de Salud Pública, Facultad

de Medicina, Universidad de Buenos Aires), C1122AAJ, Ciudad

Autónoma de Buenos Aires, R. Argentina Tel./Fax: (54 11) 4897-7272;

fuacta@acta.org.ar

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 091317

ISSN 0001-6896 (impresa)

ISSN 2362-3829 (en línea)

© Fundación ACTA, Fondo para la Salud Mental

Todos los derechos reservados - Ley 11.723.

Hecho el depósito que marca la ley.

Prohibida su reproducción total o parcial por cualquier medio sin previo consentimiento de Fundación Acta. Los artículos y notas firmadas no representan necesariamente la opinión de la revista y son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Impresión: Photothell print web. Oliden 1100, B1832MIN, Lomas de Zamora, R. Argentina.

Original

Evolución de la ansiedad en Grupos de Terapia Focalizada para adolescentes violentos

GLENDY CRYAN, SUSANA QUIROGA

GLENDY CRYAN
Doctora en Psicología.
Facultad de Psicología,
Universidad de
Buenos Aires (UBA),
Consejo Nacional de
Investigaciones Científicas y
Técnicas (CONICET),
R. Argentina.

SUSANA QUIROGA
Doctora en Filosofía y Letras
con Orientación en Psicología,
Facultad de Psicología,
Universidad de
Buenos Aires (UBA),
R. Argentina

En este artículo se analiza la evolución de la ansiedad a lo largo del dispositivo diagnóstico-terapéutico *Grupo de Terapia Focalizada (GTF)*, creado en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes (Sede Regional Sur, Universidad de Buenos Aires) para el abordaje de los adolescentes tempranos violentos. Se aplicó el Inventario de Ansiedad (IDARE) al inicio y al final del *GTF* de adolescentes de 13 a 15 años con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante (TND) y Trastorno Disocial (TD) ($N=42$). Los adolescentes con TND y TD descienden en forma significativa la *Ansiedad Rasgo* tanto en la comparación basal-final del dispositivo *GTF* ($N= 42$) como en la comparación basal-final del dispositivo *GTF* por diagnóstico (TND: 17; TD: 25). No se encontraron diferencias significativas en los puntajes iniciales en las muestras conformadas por diagnóstico, sexo y edad tanto para la *Ansiedad Estado* como para la *Ansiedad Rasgo*. El dispositivo *GTF* con objetivos específicos y técnicas predeterminadas operacionalizadas en una guía terapéutica constituye un *marco de contención témporo-espacial estable* que reemplaza el acto por la palabra y facilita el surgimiento de estados afectivos y el descenso de la ansiedad. Se destaca la importancia de avanzar en el desarrollo de tratamientos específicos para la violencia juvenil que permitan mejorar la atención clínica de estos pacientes y sus familias en forma paralela y evitar el agravamiento de conductas violentas que se perpetuarán transgeneracionalmente.

Palabras clave: Tratamiento psicoterapéutico – Violencia juvenil – Descenso de la ansiedad.

Anxiety Evolution in Focalised Therapy Group for Violent Adolescents

In this paper, evolution of anxiety is analyzed along a diagnostic-therapeutic device called *Focalised Therapy Group (FTG)* created in the Program of Clinical Psychology for Adolescents (Southern Branch of the School of Psychology, Universidad de Buenos Aires) for the approach to violent early adolescents. Anxiety Inventory (STAI) at the beginning and end of *FTG* of adolescents aged 13 to 15 diagnosed with Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) ($N = 42$) was applied. In the base-final comparison of the *FTG* device ($N= 42$) the adolescents with ODD and CD lowered their Trait Anxiety significantly as in the base-final comparison of the *FTG* device by diagnosis (ODD: 17; CD: 25). No significant differences for both *State Anxiety* and *Trait Anxiety* were observed in the comparison of the differences in the base measures of the samples formed by diagnosis, sex and age. The *FTG* device with specific objectives and pre-determined techniques operationalized in a therapeutic guide is a *stable temporal-spatial support frame* where the act is replaced by the word, and the emergence of emotional states and the decrease of anxiety is facilitated. It is highlighted the importance of advancing in the development of specific treatments for youth violence to improve clinical attention of these patients and their families in parallel and to prevent the worsening of violent behaviors that will be perpetuated transgenerationally.

CORRESPONDENCIA
Dra. Glenda Cryan.
Cuenca 1340 Dpto. 18, C
1416BCH. Ciudad Autónoma
de Buenos Aires;
gcrayan@psi.uba.ar

Keywords: Psychotherapeutic Treatment □ Youth Violence □ Decrease of Anxiety.

Introducción

En este artículo se analiza la evolución de la ansiedad en *Grupos de Terapia Focalizada (GTF)* para adolescentes tempranos violentos con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante (TND) y Trastorno Disocial (TD). Este estudio reviste interés dado que la ansiedad ha sido asociada en diversos estudios con conductas impulsivas en adolescentes violentos [1, 16].

En principio resulta importante aclarar que el término ansiedad ha sido ampliamente utilizado en el ámbito de la investigación y la clínica, ya que recibió la atención de muchos teóricos que intentaron conceptualizarla desde distintos enfoques. Sin embargo, y a pesar del gran interés teórico desarrollado para la comprensión y explicación del fenómeno de la ansiedad, recién en las últimas décadas se han experimentado progresos sustanciales en la medición de este estado de ánimo. Estos progresos han contribuido a clarificar la noción de estado y rasgo de ansiedad como un constructo científico, aclarar la diferencia entre la ansiedad y otros conceptos tales como estrés, amenaza y defensa psicológica y a construir medidas de ansiedad relevantes, objetivas y válidas [13].

El análisis de la ansiedad ha sido ampliamente estudiado desde una *perspectiva cognitiva*, especialmente en las últimas décadas [35], donde se destacan los trabajos de Barlow [2], Beck y Emery [3], Beck y Clark [4] y Salkovskis [37]. El principal exponente desde esta perspectiva es Aaron Beck cuya explicación teórica sostiene que los individuos que poseen ciertos esquemas desadaptativos latentes evidencian una vulnerabilidad cognitiva para el desarrollo de la ansiedad o la depresión [8].

Las *teorías de la personalidad y temperamento* jugaron un rol significativo en el entendimiento del constructo ansiedad. Eysenck [6, 7] basó su teoría de la personalidad en el planteo de que las emociones placenteras y positivas están asociadas con niveles mode-

rados de *arousal* (activación cortical) y las emociones displacenteras y negativas están asociadas con niveles o muy bajos o muy altos de *arousal* [2].

Desde el punto de vista de las *neurociencias*, el foco de la investigación ha cambiado desde una perspectiva neuroanatómica a una neuroanatomía combinatoria de fisiología de receptores, bioquímica y función cerebral. Sin embargo, el énfasis sobre la emoción (y por lo tanto la ansiedad) como un evento neurobiológico aún continúa [2].

Finalmente, desde una *perspectiva psicoanalítica*, el estudio de la ansiedad ha cobrado gran importancia tanto en los estudios freudianos como lacanianos, vinculados especialmente al concepto de angustia realizado por diversas traducciones (debido a la extensión teórica y a la complejidad que genera su discusión, no serán desarrollados ya que exceden los objetivos del presente escrito). Desde la *concepción kleiniana*, la ansiedad es provocada por el peligro que amenaza al organismo, el cual proviene del instinto de muerte [12]. Uno de los aportes más destacados de este enfoque es la distinción que realiza la autora sobre dos tipos de ansiedad: la paranoide que se relaciona principalmente con la aniquilación del yo y la depresiva que se relaciona con el daño hecho a los objetos amados internos y externos por los impulsos destructivos del sujeto. Este último tipo de ansiedad está íntimamente ligado con la culpa y con la tendencia de reparación.

El objetivo de este artículo es analizar el nivel de ansiedad que presentan los adolescentes violentos así como también su evolución luego de realizar el dispositivo *GTF*. El análisis que se presenta incluye la comparación basal-final del dispositivo *GTF* ($N=42$), la comparación basal-final del dispositivo *GTF* por diagnóstico (Trastorno Negativista Desafiante: $N=17$; Trastorno Disocial: $N=25$) y la comparación de las diferencias en las medidas basales de las dos muestras conformadas por diagnóstico, por sexo y por edad.

Si bien no se consideró el diagnóstico de ansiedad como criterio para ser admitido a un *Grupo de Terapia Focalizada (GTF)*, haciendo un análisis descriptivo se observó que al iniciar el tratamiento el 50% de los adolescentes presentaba ansiedad rasgo alta y que casi el 30% presentaba ansiedad estado alta.

Dispositivo Grupo de Terapia Focalizada (GTF)

Las dificultades técnicas y metodológicas que presenta el abordaje de los adolescentes violentos se fundamentan en la desconexión afectiva y cognitiva y en las conductas amenazantes de odio y descalificación del otro, combinadas con estados de vacío mental y desvitalización. Estas dificultades nos llevaron a realizar un replanteo del abordaje de esta población tanto en el ámbito de la evaluación como en el del tratamiento, estableciendo como área prioritaria el evitar la deserción como punto fundamental del proceso terapéutico. La creación del dispositivo *GTF* en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, Universidad de Buenos Aires (Directora: Prof. Dra. Susana Quiroga) fue pensada justamente para evitar la deserción al inicio del tratamiento, ya que el mismo suele iniciarse por derivación de instituciones escolares y/o judiciales [18, 20, 22, 31].

Uno de los fundamentos de la deserción temprana del tratamiento se basa en que estos pacientes se caracterizan desde el punto de vista intersubjetivo, por un déficit en los vínculos, puesto de manifiesto en apatía, abulia y/o desinterés por el otro [9], o bien por la predominancia de vínculos de odio [11], 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 [18, 19, 20, 21]. Estas caracterizaciones requieren el desarrollo de tratamientos específicos para la

violencia juvenil que consideren las lógicas previas al desarrollo de la verbalización.

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 semanales de una hora y media de duración. Estas diez sesiones se distribuyen del siguiente modo:

Primera sesión: multifamiliar, compuesta por los adolescentes, sus padres, el terapeuta y los observadores. *Segunda a octava sesión:* *Grupo de Terapia Focalizada (GTF)* y *Grupo de Terapia Focalizada para Padres (GTFP)*. *Novena sesión:* multifamiliar; *décima sesión:* de cada adolescente con su familia.

Una vez finalizado el *GTF*, se realiza una evaluación de los pacientes para ser derivados a un Grupo Terapéutico de Largo Plazo (GTLP), a Terapia Individual, a Terapia Familiar, a Servicios externos de cuidado intensivo o a la Repetición del Primer Módulo *GTF*.

Con respecto a los *objetivos* del dispositivo *GTF* para adolescentes con conducta antisocial y autodestructiva, los mismos son:

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

Para el tratamiento de adolescentes violentos de 13 a 15 años con Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial, estos objetivos fueron operacionalizados a través de intervenciones específicas en cada una de las sesiones. Para ello, se construyó una *guía*

terapéutica en la que se fijaron los objetivos a trabajar en cada sesión, el desarrollo de los mismos y las técnicas específicas para alcanzarlos [31]. Esta sistematización se debe fundamentalmente a las dificultades de los pacientes para verbalizar sus conflictos intrapsíquicos, lo cual se manifiesta en el «no tener nada que decir» dado que en su mayoría son derivados por instituciones externas y no registran las problemáticas que los afectan. Asimismo, esta sistematización provee un *marco de contención estable* que regula los desbordes pulsionales que conlleva la actuación violenta. Sin embargo, es importante aclarar que el marco de referencia es psicodinámico, y que tanto los objetivos como las técnicas apuntan a seguir la lógica de la constitución del aparato psíquico y a comprender las fallas en la constitución de la subjetividad. Esto implica considerar que en los casos en que los pacientes intervienen espontáneamente o surgen problemáticas urgentes a resolver, se da prioridad a los mismos, retomando lo pautado en la guía terapéutica 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 *confron-*

tación, 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 estable que brinda el dispositivo.

Desde el año 2001 se está realizando una investigación empírica que incluye el estudio de proceso y de resultados para estudiar la eficacia terapéutica del dispositivo *GTF*, cuya finalidad es mejorar el diagnóstico y la atención de los adolescentes violentos y con ello evitar que conductas violentas de mayor gravedad se perpetúen transgeneracionalmente. Los resultados obtenidos hasta el momento han sido positivos tanto en el Análisis de Proceso [5, 24, 28, 29, 30, 33] como en el Análisis de Resultados [22, 23, 26, 27, 32]. En publicaciones anteriores se ha analizado la evolución de otros estados de ánimo como depresión y desesperanza del dispositivo *Grupo de Terapia Focalizada (GTF)*, en los cuales se han obtenido resultados significativos [27, 32].

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 [25] nos llevó a comenzar a sistematizar el dispositivo *GTFP* y a evaluar la eficacia terapéutica del mismo [34, 17] dado que lo consideramos de fundamental importancia en el abordaje terapéutico de este tipo de pacientes.

2. Materiales y método

Participantes:

Participaron 42 adolescentes de 13 a 15 años con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial consultantes al Programa de Psicología Clínica para Adolescentes (Sede Regional Sur, UBA), que finalizaron el dispositivo *GTF* y realizaron la evaluación final.

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 del presente trabajo

El instrumento que se utilizó fue el Inventario de Ansiedad- IDARE (autores: Spielberger y Díaz Guerrero; adaptación argentina: Leibovich de Figueroa [13]).

Este inventario se administró con el objetivo de evaluar la *Ansiedad Estado* (corte temporal transversal en la corriente emocional de la vida de una persona) y la *Ansiedad Rasgo* (diferencias individuales relativamente estables en la tendencia ansiosa). Está compuesto por un total de 40 ítems (20 para la *Ansiedad Estado* y 20 para la *Ansiedad Rasgo*), presentados en frases que suele uti-

lizar la gente para expresar lo que siente. El paciente tiene que valorarse a sí mismo, eligiendo en una escala de cuatro puntos. Para la *Ansiedad Estado* los valores son: «Nada», «Poco», «Bastante», «Mucho»; para la *Ansiedad Rasgo* los valores son: «Casi nunca», «A veces», «Frecuentemente», «Casi siempre».

La evaluación permite obtener un puntaje para la *Ansiedad Estado* y otro para la *Ansiedad Rasgo*.

Procedimiento

El inventario se administró al inicio del dispositivo *GTF* y al finalizar el mismo. Para realizar el análisis estadístico, se utilizó el Programa Estadístico SPSS que incluyó la aplicación de pruebas paramétricas y no paramétricas, que tuvieron por objeto realizar diversas comparaciones. Por un lado, se realizó la comparación basal-final del dispositivo *GTF* ($N=42$) y la comparación basal-final del dispositivo *GTF* por diagnóstico (TND: 17; TD: 25). Por otro lado, se realizó la comparación de las diferencias en las medidas basales de las dos muestras conformadas por diagnóstico (TND: 17; TD: 25), la comparación de las diferencias en las medidas basales de las dos muestras conformadas por sexo (varones: 37; mujeres: 5) y la comparación de las diferencias en las medidas basales de las tres muestras conformadas por edad (13 años: 23; 14 años: 12; 15 años: 7). Las pruebas estadísticas que se utilizaron para realizar este Análisis de Resultados serán descriptas a continuación:

La comparación basal-final del dispositivo *GTF* ($N=42$) y la comparación basal-final del dispositivo *GTF* por diagnóstico (TND: 17; TD: 25) se realizó utilizando la prueba *t* para muestras relacionadas.

La comparación de las diferencias en las medidas basales de las dos muestras conformadas por diagnóstico (TND: 17; TD: 25), se realizó aplicando la prueba *t* para muestras independientes (el valor de *p* se estimó a dos colas).

La comparación de las diferencias en las medidas basales de las dos muestras conformadas por el sexo de los sujetos (mujeres: $N=5$; varones: $N=37$) se realizó aplicando la prueba t para muestras independientes (el valor de p se estimó a dos colas). Estos resultados fueron analizados con precaución debido al reducido número de mujeres que componen la muestra.

La comparación de las diferencias en las medidas basales de las tres muestras conformadas por la edad de los sujetos (13 años: $N=23$; 14 años: $N=12$; 15 años: $N=7$) se realizó aplicando el análisis de la varianza de un factor. Estos resultados también fueron analizados con precaución debido al número pequeño de sujetos que componen cada una de las muestras.

Dado que se trata de un estudio exploratorio, en todos los casos no se procedió a ajustar la significación a la cantidad de pruebas realizadas en prevención de cometer un error de Tipo I, lo cual incrementaría un error de Tipo II.

La magnitud del efecto se estimó mediante la r de Pearson sólo en aquellos casos en que se registró diferencia significativa.

Resultados

3.1 Comparación basal-final del dispositivo GTF

Para realizar la comparación basal-final del dispositivo *GTF* se aplicó la prueba t para muestras relacionadas (tabla 1).

Se detectó que ambos tipos de ansiedad (*Estado* y *Rasgo*) descienden. Sin embargo, la prueba t para muestras relacionadas basal-final de la *Ansiedad Estado* no resultó significativa; la media basal es 38.21 y la final 37.55. Con respecto a la *Ansiedad Rasgo*, la misma desciende en forma significativa: $t(41) = 2.954$; $p=.0025$ (a una cola); la media basal es 44.50 y la final 40.14; $r=.419$.

Estos resultados muestran que el dispositivo *GTF* permitió el descenso de la *Ansiedad*

Rasgo en forma significativa. Sin embargo, resulta llamativo el descenso de la *Ansiedad Rasgo* y no de la *Ansiedad Estado* dado que la primera no tiende a modificarse en el corto plazo en adultos.

Estos datos se pueden pensar como una característica general de la adolescencia temprana en la cual por un lado, aún no se han conformado rasgos de personalidad estables y por otro, predomina un estado de abrumamiento psíquico comparable al trauma. Este estado probablemente no permite discernir los estados ansiosos por los que se está atravesando, razón por la cual resulta más sencillo para estos pacientes el registro de la ansiedad como un rasgo permanente que como un estado transitorio. En este punto, esta imposibilidad de diferenciación se puede categorizar como una falla de tipo cognitivo en una de las coordenadas del principio de realidad: el registro del tiempo.

Tabla 1. Comparación basal-final del dispositivo *GTF*

Ansiedad	Media basal	Media final	t	gl	p	r
Estado	38.21	37.55	.363	41	.359	
Rasgo	44.50	40.14	2.954		.0025	.419

Comparación basal-final del dispositivo *GTF* por diagnóstico

Para realizar la comparación basal-final del dispositivo *GTF* por diagnóstico se aplicó la prueba t para muestras relacionadas para cada uno de los diagnósticos (diagnóstico 1: Trastorno Negativista Desafiante, TND; diagnóstico 2: Trastorno Disocial, TD) (tablas 2.1 y 2.2).

Considerando los diagnósticos por separado, la *Ansiedad Estado* no desciende en forma significativa para ninguno de los diagnósticos.

Por el contrario, la *Ansiedad Rasgo* desciende en forma significativa en ambos diagnósticos: TND: $t(16) = 1.791$; $p=.046$ a una cola, siendo la media basal 44.18 y la final 39.18; $r=.409$ TD: $t(24) = 2.389$; $p=.013$ a una cola, siendo la media basal 44.72 y la final 40.8; $r=.438$.

Estos resultados son similares a los que se hallaron para el total de la muestra ($N=42$) desarrollado en el punto anterior. La *Ansiedad Rasgo* desciende en forma significativa tanto para el TND como para el TD.

Tabla 2.1 Comparación basal-final del dispositivo GTF por diagnóstico (TND)

Ansiedad	Media basal	Media final	t	gl	P	r
Estado	36.94	36.94	.000	16	.5	
Rasgo	44.18	39.18	1.791	16	.046	.409

Tabla 2.2 Comparación basal-final del dispositivo GTF por Diagnóstico (TD)

Ansiedad	Media basal	Media final	t	gl	P	r
Estado	39.08	37.96	.500	24	.311	
Rasgo	44.72	40.80	2.389	24	.013	.438

Comparación de las diferencias en las medidas basales de las dos muestras conformadas por diagnóstico

Para realizar la comparación de las diferencias en las medidas basales de las dos muestras conformadas por diagnóstico se aplicó la prueba t para muestras independientes (diagnóstico 1: Trastorno Negativista Desafiante; diagnóstico 2: Trastorno Disocial) (tabla 3).

Considerando las medidas basales de las dos muestras conformadas por diagnóstico, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes iniciales entre ambos diagnósticos. Las medias basales se describen a continuación:

Ansiedad Estado: TND: 36.94; TD: 39.08.

Ansiedad Rasgo: TND: 44.18; TD: 44.72.

Tabla 3. Comparación de las diferencias en las medidas basales de las dos muestras conformadas por diagnóstico

Ansiedad	Media basal TND	Media basal TD	t	gl	p
Estado	36.94	39.08	.698	40	.489
Rasgo	44.18	44.72	-.189	40	.851

Comparación de las diferencias en las medidas basales de las dos muestras conformadas por sexo

das por sexo

Para realizar la comparación de las diferencias en las medidas basales de las dos muestras conformadas por sexo se aplicó la prueba t para muestras independientes (1: mujeres; 2: varones) (tabla 4).

Con respecto al sexo, las mujeres presentan valores más altos que los varones en ambos casos, pero las diferencias no alcanzan a ser estadísticamente significativas:

Ansiedad Estado: mujeres: 45.60; varones: 37.22

Ansiedad Rasgo: mujeres: 50.00; varones: 43.76

Comparación de las diferencias en las medidas basales de las dos muestras conformadas por sexo

Tabla 4. Comparación de las diferencias en las medidas basales de las dos muestras conformadas por sexo

Ansiedad	Media basal mujeres	Media basal varones	t	gl	P
Estado	45.60	37.22	1.871	40	.069
Rasgo	50.0	43.76	1.468	40	.150

das basales de las tres muestras conformadas por edad

Para realizar la comparación de las diferencias en las medidas basales de las tres muestras conformadas por edad se realizó un análisis de la varianza de un factor (tabla 5).

No se hallaron diferencias significativas por edad, aunque se observó una tendencia a la disminución de la *Ansiedad Estado* y de la *Ansiedad Rasgo* a mayor edad. A continuación, se presentan las medias basales:

Ansiedad Estado: 13 años= 38.91; 14 años= 37.42; 15 años= 37.29

Ansiedad Rasgo: 13 años= 45.78; 14 años= 43.42; 15 años= 42.14

Tabla 5. Comparación de las diferencias en las medidas basales de las dos muestras conformadas por edad

Ansiedad	Media basal 13años	Media basal 14años	Media basal 15años	F	Gl	p
Estado	38.91	37.42	37.29	.127	2	.881
Rasgo	45.78	43.42	42.14	.542	2	.586

Discusión y conclusiones

En este trabajo presentamos la evolución de la ansiedad a lo largo del dispositivo *Grupo de Terapia Focalizada (GTF)* para adolescentes violentos.

En relación con los resultados obtenidos pudimos observar que los adolescentes con Trastorno Negativista Desafiante (TND) y Trastorno Disocial (TD) descienden en forma significativa la *Ansiedad Rasgo*. Asimismo, se observó una tendencia al descenso (no significativa) en la *Ansiedad Estado*. En la comparación basal-final del dispositivo *GTF* por diagnóstico (TND: 17; TD: 25), se observó que tanto en los pacientes con TND como con TD también descienden en forma significativa la *Ansiedad Rasgo*, al igual que en el total de la muestra ($N=42$). Este descenso significativo de la *Ansiedad Rasgo* a diferencia de la *Ansiedad Estado* se vinculó con características generales y específicas de la adolescencia temprana (ausencia de rasgos de personalidad estables, un estado de abrumamiento psíquico comparable al trauma, la imposibilidad de discernir los estados ansiosos por los que se está atravesando y el registro de la ansiedad como un rasgo permanente más que como un estado transitorio).

En la comparación de las diferencias en las medidas basales de las dos muestras conformadas por diagnóstico, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes iniciales entre ambos diagnósticos tanto para la *Ansiedad Estado* como para la *Ansiedad Rasgo*. Asimismo, no se observaron diferencias significativas en cuanto al género y la edad, aunque ambos análisis son preliminares y los resultados fueron analizados con precaución debido a que las muestras conformadas son muy pequeñas para establecer conclusiones. En relación con el sexo, si bien no se encontraron diferencias significativas, las mujeres presentaron valores más altos que los varones tanto en la *Ansiedad Estado* como en la *Ansiedad Rasgo*. En relación con la edad, tanto la *Ansiedad Estado* como la *Ansiedad Rasgo* mostraron una tendencia

(no significativa) a disminuir con la edad.

Uno de los puntos que nos parece fundamental destacar es la importancia de avanzar en el desarrollo de tratamientos específicos para el abordaje terapéutico de la violencia juvenil, que incluyan estudios de proceso y de resultados que permitan conocer el grado de eficacia terapéutica de los mismos. En este sentido, el estudio de los trastornos psicopatológicos más frecuentemente asociados a la violencia, como es la ansiedad, resulta de interés. En la literatura presentada, se destacan diversas concepciones de ansiedad que permiten vislumbrar el rol fundamental que la misma adquiere tanto en la constitución del psiquismo como en su desarrollo posterior. En el caso de los adolescentes violentos se vislumbran dificultades en el control de dichas emociones debido a fallas en la constitución de la subjetividad por la ausencia parental temprana y por el déficit vincular existente con los progenitores en su realidad histórica y actual.

Los resultados obtenidos en el descenso significativo de la ansiedad rasgo tanto en la muestra total como en la muestra por diagnósticos, nos permite valorizar la importancia de aplicar el dispositivo *GTF* con objetivos específicos y técnicas predeterminadas operacionalizadas en una guía terapéutica. Este dispositivo constituye un *marco de contención témporo-espacial estable* que reemplaza el acto por la palabra y facilita el surgimiento de estados afectivos y el descenso de la ansiedad. En este sentido, el *GTF* constituye un instrumento diferente a la labilidad de la estructura familiar y el entorno social que impiden la promoción de espacios de escucha para la integración y el despliegue de las potencialidades de los adolescentes. Con respecto a las figuras parentales, en un estudio anterior [17] se detectó que el 86.6 % de los padres de adolescentes violentos presentaba ansiedad rasgo y el 80% presentaba ansiedad estado. Estos datos se vinculan con diversos estudios que señalan que la presencia de ansie-

dad en las madres influye en el comportamiento de los hijos adolescentes y en el vínculo que se establece entre ambos [10, 14, 15, 36]. Por ello entendemos que el abordaje de adolescentes violentos requiere un grupo terapéutico paralelo de padres (*GTFP*) que contribuya a disminuir la patología vincular e incrementar la comunicación y la conexión emocional.

Para finalizar, queremos señalar que una limitación de nuestro estudio la constituye el tamaño de la muestra (especialmente cuando es subdividida por diagnóstico, sexo y edad). Por lo tanto los resultados deben ser leídos con precaución hasta que este estudio sea replicado en una muestra más grande. Asimismo, queremos señalar que si bien no se consideró el diagnóstico de ansiedad como criterio para ser admitido a un *Grupo de Terapia Focalizada (GTF)*, se obtuvieron

resultados interesantes que permiten observar la asociación entre ambas variables.

Por último, consideramos que la evaluación de diversos aspectos de la personalidad en adolescentes violentos, nos permite avanzar en el conocimiento de una de las problemáticas más frecuentes en la actualidad: la violencia juvenil. Del mismo modo, queremos destacar la importancia de avanzar en el desarrollo de tratamientos específicos para la violencia juvenil, para mejorar la atención clínica de estos pacientes y sus familias en forma paralela y evitar el agravamiento de conductas violentas que se perpetuarán transgeneracionalmente.

En futuros trabajos mostraremos el análisis de resultados de otros componentes de este estudio que nos permitan comprobar la eficacia terapéutica del dispositivo *GTF*.

Referencias

1. Azkénazy F L, Sorci K, Benoit M, Lestideau K, Myquel M & Lecrubier Y. Anxiety and impulsivity levels identify relevant subtypes in adolescents with at-risk behavior. *J Affect Disord.* 2003; 74:219-27.
2. Barlow DH. Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic. Second edition. New York: Guilford; 2002.
3. Beck AT & Emery G. Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective. New York: Basic Books; 1985.
4. Beck AT, Clark DA. Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research.* 1988; 1:23-36.
5. Cryan G, Quiroga S. Estudio sobre la capacidad de mentalización en Grupos de Terapia Focalizada para adolescentes violentos. XXI Anuario de Investigaciones. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología, Tomo 1; 2013. pp. 17-28
6. Eysenck HJ. The biological basis of personality. Springfield, IL: Thomas; 1967.
7. Eysenck HJ. General features of the model. In: A model for personality. Berlin: Springer; 1981. pp.1-37.
8. Eysenck HJ, editor. Anxiety: the cognitive perspective, Laurence Erlbaum Associates Ltd; 1992.
9. Kaës R & Puget J. Violencia de estado y psicoanálisis. Buenos Aires: CEA; 1968, [1991].
10. Kashdan TB, Jacob RG, Pelham WE, Lang AR, Hoza B, Blumenthal JD & Gnagy EM. Depression and anxiety in parents of children with ADHD and varying levels of oppositional defiant behaviors: Modeling relationships with family functioning. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2004; 33:169-81.
11. Kernberg OF. The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior. In: Kernberg OF, editor. Narcissistic personality disorder: Psychiatric clinics of North America. Philadelphia: Saunders; 1989. pp.553-570.
12. Klein M. El psicoanálisis de niños. Tomo II. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1932.
13. Leibovich de Figueroa N. Ansiedad. Algunas concepciones teóricas y su evaluación. En: Casullo MM, Leibovich de Figueroa N, Aszkenazi M. Teoría y Técnicas de Evaluación Psicológica. Buenos Aires: Psicoteca Editorial; 1991. pp. 123-55.
14. Mc Clure E, Brennan PA, Hammer C & Le Brocque RM. Parental Anxiety Disorders, Child Anxiety Disorders, and the Perceived Parent-Child Relationship in an Australian High-Risk Sample. *J Abnorm Child Psychol.*

- 2001; 29 (10):1-10.
15. Moore PS, Whaley SE & Sigman M. Interaction between mothers and children: Impact of maternal and child anxiety. *J Abnorm Child Psychol.* 2004; 113(3):471-76.
 16. Murray HW, Parkar AA, Mannelli P, DeMaria P, Desal AM & Vergare MJ. Relationship of aggression, sensation seeking and impulsivity with severity of cocaine use. *Addict Disord Their Treat.* 2003; 2:113-21.
 17. Quiroga S, Copo G, Cryan G, Tocci R, Gunter G, Villalba R. Estudio de la ansiedad en padres de adolescentes violentos a través del dispositivo GTFP. En: Ale M. Compilador. *Psicodiagnóstico, Demandas Actuales, Prevención.* Tucumán: Ediciones Noagraf; 2011. pp. 252-56.
 18. Quiroga S, Cryan G. Adolescentes con conducta antisocial y autodestructiva: estudio epidemiológico y nuevas técnicas terapéuticas. *XII Anuario de Investigaciones.* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. 2004. pp. 25-32.
 19. Quiroga S, Cryan G. 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; 2005. pp.78-80.
 20. Quiroga S, Cryan G. 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; 2007. pp.104-6.
 21. Quiroga S, Cryan G. 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. 2007: 31-41.
 22. Quiroga S, Cryan G. Grupos de Terapia Focalizada (GTF): un dispositivo para abordar la problemática de la violencia juvenil. *Premio Facultad de Psicología.* Universidad de Buenos Aires 2008 «Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología». Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; 2008. pp. 59-80.
 23. Quiroga S, Cryan G. 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».* Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; 2009. pp. 93-96.
 24. Quiroga S, Cryan G. Análisis del macroproceso terapéutico del dispositivo Grupo de Terapia Focalizada-GTF para adolescentes tempranos violentos. *XVI Anuario de Investigaciones.* Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; 2009. pp. 73-83.
 25. Quiroga S, Cryan G. Trastornos de personalidad en padres de adolescentes violentos con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial. *XVI Anuario de Investigaciones.* Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; 2009. pp. 85-94.
 26. Quiroga S, Cryan G. 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».* Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; 2010. pp. 92-94.
 27. Quiroga S, Cryan G. Evolución de la desesperanza en Grupos de Terapia Focalizada para adolescentes violentos. *Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias Afines.* 2010; 7:103-11.
 28. Quiroga S, Cryan G. Análisis del microproceso terapéutico del Dispositivo Grupo de Terapia Focalizada-GTF para adolescentes tempranos violentos *XVII Anuario de Investigaciones.* Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; 2010: 73-83.
 29. Quiroga S, Cryan G. Adolescentes tempranos violentos: análisis del macroproceso terapéutico utilizando el Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos.* 2011; 15 (1): 200-29.
 30. Quiroga S, Cryan G. 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". Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; 2011. pp. 282-84.
31. Quiroga S, Cryan G. Guía terapéutica del dispositivo Grupos de Terapia Focalizada- GTF para adolescentes violentos. XVIII Anuario de Investigaciones. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; 2011. pp. 69-80.
 32. Quiroga S, Cryan G. Evolución de la depresión clínica en Grupos de Terapia Focalizada para adolescentes violentos. Investigaciones en Psicología. 2012; 17(3):107- 27.
 33. Quiroga S, Cryan G. Análisis de proceso en Grupos de Terapia Focalizada para adolescentes violentos: Función Reflexiva-RF y Modelo de Ciclo Terapéutico- TCM. XIX Anuario de Investigaciones. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; 2012. pp. 261-72.
 34. Quiroga S, Pérez Caputo MC, Grubisich G, Colugio A, Cryan G. 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». Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología; 2010. pp. 95-98
 35. Rachman S, editor. Clinical Psychology: a modular course. UK: Psychology Press; 2002.
 36. Renk K, Roddenberry A, Oliveros A, Sieger K. The relationship of maternal characteristics and perceptions of children to children's emotional and behavioral problems. Child Fam Behav Ther. 2007; 29(1):37-57.
 37. Salkovskis PM. Obsessional-compulsive problems: a cognitive-behavioural analysis. Behaviour. Research and Therapy, 1985; 23:571-83.