

DISPOSITIVO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO “GRUPOS DE TERAPIA FOCALIZADA (GTF)” PARA ADOLESCENTES TEMPRANOS VIOLENTOS

Susana Quiroga y Glenda Cryan

1. Introducción

El dispositivo diagnóstico-terapéutico *Grupo de Terapia Focalizada- GTF* para adolescentes tempranos violentos es un dispositivo de corto plazo y de orientación psicodinámica, que fue pensado, desarrollado e investigado a lo largo de más de diez años en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA (Directora: Prof. Dra. Susana Quiroga), formando parte de diversos proyectos de investigación.

La creación del mismo surge a partir de una demanda de la comunidad atendida en forma gratuita en dicho Programa. El permanente aumento de las consultas y derivaciones de adolescentes violentos, la falta de programas nacionales y provinciales para abordar la violencia juvenil, las dificultades que presenta el abordaje terapéutico de este tipo de patologías y la urgencia en dar respuesta a esta problemática son algunas de las causas que motivaron el desarrollo del *GTF*.

En líneas generales, podemos afirmar que este dispositivo *GTF* con objetivos predeterminados y con actividades específicas para cada una de las sesiones, constituye un marco de contención estable en contraposición a la realidad disruptiva y cambiante en la que viven los adolescentes violentos. El riesgo de vida que presentan las patologías del acto, en especial en la población de los adolescentes, requiere del desarrollo e investigación de dispositivos y técnicas específicas que permitan optimizar el abordaje, teniendo como meta última la transformación del acto en verbalizaciones coherentes y transformadoras de los vínculos patológicos en conductas saludables.

En este sentido, destacamos que al iniciar esta investigación nos encontramos con la ausencia de tratamientos específicos, con objetivos y técnicas predeterminadas para adolescentes violentos así como también con una carencia de estudios empíricos sobre eficacia terapéutica en este tipo de pacientes que contemplen el análisis de proceso y de resultados.

A continuación, describiremos las principales dificultades que presentan los adolescentes violentos tanto en el proceso diagnóstico como en el abordaje terapéutico, focalizando especialmente en la deserción temprana a los tratamientos psicodinámicos clásicos.

En segundo lugar, presentaremos las nuevas técnicas desarrolladas en el Programa de Psicología Clínica para Adolescente, y específicamente el dispositivo Grupo de Terapia Focalizada-GTF.

Por último, mostraremos los resultados de deserción obtenidos hasta el momento así como las principales conclusiones.

2. Dificultades que se presentan en el proceso diagnóstico

El Programa de Psicología Clínica para Adolescentes comenzó a funcionar en el año 1997. Desde aquel momento, los principales motivos de consultas se centraban en el predominio de reiterados traumas infantiles y/o actuales que se manifestaban en la aparición de conductas antisociales y autodestructivas. A partir del creciente aumento de las consultas por problemáticas relacionadas con la violencia juvenil, en el año 2001 se creó la *Unidad de Prevención y Asistencia en Violencia familiar, escolar y urbana*, con el objetivo de contar con un equipo de profesionales especializados en este campo.

De esta manera, los pacientes pueden acceder a un tipo de atención psicoterapéutica especialmente desarrollada para estas patologías. Para ello, previamente se realiza un proceso psicodiagnóstico individual que consiste en una entrevista al adolescente y a sus padres y en la administración de una batería de instrumentos psicométricos y proyectivos, que permite considerar en primera instancia los criterios diagnósticos para Trastorno Negativista Desafiante- TND y Trastorno Disocial- TD (según el DSMIV).

En un estudio realizado previamente (Quiroga y Cryan, 2005b, 2008c, 2012), se comprobó que los pacientes no suelen acudir a la consulta en forma espontánea, lo cual supone la falta de conciencia de enfermedad por parte de los adolescentes y de sus padres. Los resultados obtenidos muestran que los pacientes son derivados por escuelas (90%), juzgados (3%) e instituciones de acción social de la zona (3%), habiéndose hallando sólo un 3,84% que acude a la consulta en forma espontánea.

A partir de estos datos, consideramos que una de las principales dificultades que se presenta en el proceso de admisión –además de la falta de *conciencia de enfermedad* del sujeto y la *implicancia de la familia* en el mismo – se debe a que las derivaciones se realizan con un discurso que proviene de la evaluación del problema desde el ámbito escolar (maestros, asistentes sociales o psicólogos) que suele ser correcta, pero no suficiente para la investigación del mismo desde el ámbito clínico-diagnóstico del Programa. Las mismas se concentran en tres grandes categorías:

Problemas de conducta, Problemas de aprendizaje y Problemas familiares. Estas categorías son demasiado abarcativas y no permiten discriminar el nivel de gravedad del problema. Por tal razón, se realizó un desglose de estas categorías en los distintos tipos de manifestaciones que se presentan en la consulta clínica durante el período de la adolescencia temprana, ya sea en forma separada o interrelacionada en un mismo o en varios sujetos, de manera singular (Quiroga y Cryan, 2007c). A continuación, se presenta el análisis de este desglose realizado durante el período 2001-2005 en una muestra de 42 adolescentes.

1- *Problemas de conducta:* dentro de esta categoría se encuentran los *Problemas de relación* presentes en un 100% de los casos, tanto con los pares como con las figuras de autoridad. Estos problemas se manifiestan en algún tipo de maltrato hacia el otro:

a- *Agresión física* (golpes de puño, patadas, empujones, etc. hacia los pares): 95% (N=40). Sólo dos mujeres de esta muestra con intento de abuso sexual no presentaban agresión física.

b- *Agresión verbal:* (insultos, burlas, humillaciones, descalificaciones del otro hacia los pares y/o hacia la autoridad): 100% (N=42)

c- *Desafío a la autoridad parental o escolar:* incumplimiento de normas escolares: 95% (N= 40); ausencias reiteradas/llegadas tarde a la escuela: 69% (N=29) y fugas de la institución escolar o del hogar: 52% (N=22)

d- *Distorsión de la información* (mentiras por fabulación, ocultamiento de los hechos o por intento de manipulación del otro): 98% (N=41)

e- *Conductas delictivas:* robo: 17% (N=7); hurto: 35% (N=15); daños a objetos o a la propiedad: 62% (N=26)

2- *Problemas de aprendizaje:* dentro de esta categoría se discriminaron aquellas que dificultan el aprendizaje y/o llevan al fracaso escolar:

a- *Repetición del año:* 81% (N= 34), destacándose un 19% (N=8) que repitió en 2 oportunidades

b- *Problemas de atención:* 93% (N= 39)

c- *Abulia o desinterés por el aprendizaje y/o el conocimiento:* 88% (N=37)

d- *Fallas cognitivas especialmente de comprensión lógica del discurso:* 38% (N=16)

3- *Problemas familiares:* dentro de esta categoría se incluyen tanto situaciones traumáticas provenientes de la pareja parental como de la historia del sujeto en esa familia:

a- *Violencia familiar* (agresión física, verbal, emocional o sexual): 83% (N=35)

- b- *Pérdidas de familiares del paciente*: muertes: 24% (N=10) y abandonos: 40% (N=17)
- c- *Depresión y desesperanza de los pacientes*: 71% (N=30) y de familiares directos: 79% (N=33)
- d- *Enfermedades* (somáticas, intervenciones quirúrgicas, enuresis, etc.): 31% (N=13)
- e- *Accidentes de tránsito y traumatismos*: 24% (N=10)
- f- *Ingestas tóxicas* (Consumo de alcohol/ drogas/ medicamentos): 31% (N=13)

Este estudio más discriminado y focalizado de las manifestaciones nos llevó a perfeccionar el dispositivo *GTF* profundizando las categorías diagnósticas y desarrollando técnicas específicas y eficaces en la intervención terapéutica. Por otra parte, estos desarrollos nos permitieron descubrir la significación que las manifestaciones de la violencia cobran dentro del contexto poblacional de nuestro Programa y en especial en la adolescencia temprana (en la cual se encuentra el mayor índice de prevalencia de este problema) así como también detectar con mayor precisión los puntos de urgencia sobre los cuales operar terapéuticamente.

3. Dificultades en el abordaje terapéutico de los adolescentes violentos

Los adolescentes violentos suelen presentar dificultades para los abordajes terapéuticos psicodinámicos clásicos. Esto se debe fundamentalmente a las características de estos pacientes, en los cuales la acción hetero y autodestructiva predomina por sobre la posibilidad de verbalización. En este apartado, presentaremos una revisión de la literatura sobre esta temática que apunta por un lado, a lograr la caracterización intrapsíquica e intersubjetiva de los adolescentes violentos y por otro, a demostrar la necesidad de desarrollar tratamientos específicos para este tipo de pacientes.

En principio, considerando los desarrollos que forman parte de la presente investigación, Quiroga y Cryan (2004, 2005 b, 2007 c, d, 2008c, 2010c) afirman que los adolescentes violentos se caracterizan, desde el punto de vista intersubjetivo, ya sea por un déficit en los vínculos, puesto de manifiesto en apatía, abulia y/o desinterés por el otro (Kaës, 1988), o por la predominancia de vínculos de odio (Kernberg, 1989), manifestados en el rechazo sistemático y descalificación hacia la persona del terapeuta y de sus pares en el grupo. Desde el punto de vista intrapsíquico, se observa un déficit en la construcción de la trama representacional por la intensidad y la cualidad de situaciones vitales traumáticas acaecidas en la infancia y en la realidad familiar actual.

En relación con la historia de desarrollo de estos pacientes, Kernberg, P., Weiner y Bardenstein (2000) advierten que la misma suele contener indicadores de alto riesgo (abuso sexual, físico, verbal y emocional, negligencia y/o amenaza de abandono de las figuras parentales) que influyen en el desarrollo de un futuro Trastorno Antisocial de la Personalidad. En esta línea, resulta interesante considerar la noción de apuntalamiento que plantea Kaës (1976, 1988), la cual es entendida como un concepto múltiple ya que proviene de la función paterna y materna así como también del grupo y de la cultura. Esta noción de apuntalamiento se ha desestructurado en esta población adolescente. Por lo tanto, en este punto se hace necesario diferenciar la realidad como potencialmente traumatogénica de la noción de trauma como injuria psíquica que puede producirse o no frente a los eventos fácticos externos de carácter disruptivo (Benyakar, 2003) La reiteración de situaciones amenazantes y disruptivas trae aparejado lo que se conoce como trauma acumulativo (Khan, 1963) o vivenciar traumático que produce una limitación de la capacidad elaborativa del psiquismo y un desmantelamiento de la subjetividad.

Dos autores que han realizado importantes desarrollos en relación a los niños que odian son Redl y Wineman (1959). Los desarrollos que realizan pueden ser extrapolados para comprender el funcionamiento mental de los adolescentes violentos. En este punto, un concepto fundamental de su trabajo consiste en considerar que los niños que odian se convierten en los que “nadie quiere” debido al volumen real de agresión, destrucción y odio que vuelcan contra los que tratan de modificarlos, a la carencia de expresión verbal y a las perturbaciones específicas en su sistema de control, en el yo y en el superyo. En este sentido, describen que estos pacientes se tornan intolerables para el terapeuta debido no sólo a la apariencia exterior sino también a la tendencia a volcar abierta e indiscriminadamente su odio a través de una serie de actos agresivos. Por otra parte, destacan que el odio también puede ser ocultado bajo una suave superficie de docilidad que dura un tiempo en el cual pareciera no existir casi ningún contacto con lo que suceda a su alrededor, razón por la cual la agresión estalla esporádicamente. De esta manera, aquello que los había inmovilizado explota para luego retornar a la etapa anterior de hosca apatía, es decir, que parecen pasivos e indefensos durante un tiempo aunque detrás de la mirada aparentemente vacía e infantil de sus ojos indiferentes, se oculta un mar de agresión, destrucción y contraodio incontrolado. Los autores sostienen que por el despliegue de tanta agresión que se manifiesta súbitamente, la mayoría son considerados intratables por las vías habituales del análisis infantil debido fundamentalmente a dos factores. El primer factor es la descomposición de los controles de la conducta que la agresión acumulada ha provocado en la personalidad de estos pacientes, y el segundo se relaciona con la solidificación de una parte de su odio en una sección organizada de defensas sagazmente desarrolladas contra la conexión moral con el mundo que los rodea.

En esta línea, es importante considerar los aportes de Masterson (1975) a la comprensión de lo que denomina adolescentes fronterizos. El autor plantea que los

adolescentes fronterizos son aquellos que vivencian la etapa de separación con intensos sentimientos de abandono que se experimentan como una verdadera cita con la muerte. Al aferrarse a la imagen materna como modo de defensa, no logran atravesar las etapas evolutivas normales de la separación-individuación hacia la autonomía. En este sentido, plantea que la comprensión del rol de la separación-individuación permite predecir los componentes del cuadro clínico, ya que las manifestaciones abiertas consistirán en el estilo peculiar de las defensas del paciente contra sus sentimientos de abandono, que maneja mediante la división y la negación. Entre los factores que considera que permiten realizar el diagnóstico del cuadro clínico del adolescente fronterizo, se encuentran las defensas del paciente contra la depresión por el abandono, la tensión precipitante que manifiesta la experiencia de separación ambiental, la historia pasada que evidencia una fijación oral narcisista, el tipo de padres que suelen presentar su propio síndrome fronterizo y el tipo de comunicación familiar que suele expresarse a través de hechos y no de palabras. Para este autor, la “debilidad” de la estructura del yo hace que les sea difícil controlar su actuación destructiva, ya que la misma representa una defensa contra los sentimientos de abandono.

Con respecto a los desarrollos de Balint (1982) acerca del nivel edípico y el nivel de la falta básica, es posible pensar que los adolescentes violentos se ubican en este último. El autor subraya la importancia de diferenciar el trabajo que debe realizarse en el nivel de la falta básica entendido como un nivel más primitivo que el nivel edípico y destaca que el mismo debe ser entendido como una falta, no como una situación, posición, conflicto o complejo. El nivel de la falta básica se caracteriza porque todos los hechos que ocurren en él pertenecen exclusivamente a una relación de dos personas, es decir, que en este nivel no está presente una tercera persona. Esta relación de dos personas tiene una naturaleza particular que es diferente de las conocidas relaciones humanas del nivel edípico. Esto se vincula con la realidad de que la naturaleza de la fuerza dinámica que obra en este nivel no es la de un conflicto, y por lo tanto, el lenguaje adulto resulta inútil o equívoco para describir los hechos de este nivel dado que las palabras no tienen siempre una significación convencional reconocida.

Por su parte, Giovacchini (1989) conceptualiza al adolescente borderline como un objeto transicional. El autor plantea que la dificultad en el abordaje terapéutico de estos pacientes reside en la falta de reconocimiento del terapeuta y en la insistencia en no tener nada que decir. Esto se debe a una autorepresentación pobremente organizada, a los límites difusos entre el mundo externo e interno de la mente y a las relaciones objetales marginales que suelen establecer. Por otra parte, explicita que estos adolescentes no fueron tratados como objetos vivos de niños, por lo cual prevalece la ausencia de sentimientos y la impresión de que se relacionan con los objetos de manera literal, es decir, como objetos más que como personas. Asimismo, reconoce que suelen tornarse dependientes del terapeuta, ya que el mismo es la única persona emocionalmente significativa que puede reconocer su incipiente sensación

de estar vivos. Una de las manifestaciones más frecuentes que se presentan en la clínica de estos pacientes es la tendencia a lamentarse de estar perdiendo el tiempo cada vez que acuden a la consulta y la tendencia a faltar o cancelar las consultas, razón por la cual el terapeuta se siente inútil mientras que el paciente parece esforzarse por confirmar este sentimiento. Sin embargo, entiende que a pesar del trato descortés, el paciente valora al terapeuta, ya que en forma similar al objeto transicional el terapeuta es maltratado y manipulado psíquicamente aunque su presencia sea vital. El hecho de que el terapeuta sobreviva a la destructividad del paciente y que acepte el papel de “objeto transicional” para con el mismo, le permite al adolescente utilizarlo como un puente comunicante entre las partes desvinculadas de su mente y como una puerta de ingreso al mundo externo. Si bien esta experiencia puede resultar penosa para el terapeuta, ya que está absorbiendo la vulnerabilidad y el dolor que el paciente debió haber sufrido en su infancia por ser tratado como algo inhumano, el proceso de tratamiento intenta conceder humanidad a esta relación ya que el terapeuta enfrenta el trastorno interno de una crisis y una deshumanización existencial.

Por último, Kernberg (1994) sostiene que los pacientes más difíciles de abordar son aquellos en los que la intensa agresión se relaciona por un lado, con una severa patología del superyo y por otro, con fallas en la constitución del yo que impiden el dominio de la actuación violenta. Por otra parte, considera la aparición de tormentas afectivas que surgen en la psicoterapia de estos pacientes y que dificultan aún más el abordaje terapéutico (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 1999). Las tormentas afectivas suelen manifestarse en dos situaciones particulares que serán descriptas continuación. La primera es aquella en la cual una tormenta afectiva abierta y visible explota en el escenario psicoanalítico, generalmente de un modo intensamente agresivo y demandante; aparece superficialmente como un ataque sexualizado contra el terapeuta, cuyo carácter invasivo revela la condensación de elementos sexuales y agresivos. En estas situaciones, el paciente, bajo la influencia de tal experiencia afectiva intensa, es impulsado a la acción mientras que las capacidades de reflexión, comprensión cognitiva y comunicación verbal de los estados internos en general son prácticamente eliminadas. Esto hace que el terapeuta deba depender principalmente de la observación de la comunicación no verbal y de la contratransferencia para evaluar y diagnosticar la naturaleza de la relación objetal cuya activación está dando lugar a la tormenta afectiva. La segunda situación parece casi lo contrario de estas flagrantes tormentas afectivas, ya que se manifiesta a través de largos períodos durante los cuales la conducta rígida y repetitiva del paciente, junto con la escasez de expresión afectiva (una monotonía aburrida) impregna la sesión. El efecto sobre la interacción entre paciente y terapeuta durante tales periodos puede ser tan poderoso y amenazante como el de las tormentas manifiestas. El terapeuta puede sentirse aburrido hasta el punto de desesperarse, enfurecerse o sentir indiferencia, y puede llegar a reconocer que se ha alcanzado un impasse, por lo tanto tiende a intentar analizar e interpretar el escenario que está siendo representado mediante la conducta

del paciente hasta darse cuenta de que la información significativa aquí proviene de estas reacciones contratransferenciales y de la comunicación no verbal del paciente. Esto normalmente conduce a la emergencia sorprendente del afecto violento que había enmascarado la rígida monotonía, un afecto violento que a menudo se siente en primer lugar en la contratransferencia y que luego emerge rápidamente en la interacción terapéutica, una vez que la contratransferencia se utiliza para interpretar la transferencia.

Diversos autores coinciden en afirmar que el marco de referencia para el abordaje terapéutico de estos pacientes es la psicoterapia grupal. Sin embargo, es necesario considerar estas conceptualizaciones teóricas para comprender el funcionamiento mental de estos pacientes y de esta manera, desarrollar abordajes psicoterapéuticos específicos. En este punto, es interesante rescatar lo que plantea dio Bleichmar (1988) acerca de las actividades programadas en el marco del tratamiento debido a que en estos pacientes, el agrupamiento parece conducir inevitablemente al predominio de la impulsión motriz, de la acción transgresora, de la desorganización y de la lucha fratricida si no se incorporan marcos, un sistema de representación reglado o una ficción sistematizada. Por otra parte, Sujoy (1990) destaca que actualmente ha virado el concepto de igualar asociación libre con acción libre y la puesta de límites ya no es pensada como una intervención pedagógica y cercenante sino como una intervención necesaria terapéuticamente, ya que permite la emergencia mediatizada del material inconciente. La continencia y la limitación necesaria en el grupo es lo que provee la base para que se pongan en marcha las tendencias progresivas, las cuales implican el desarrollo de nuevas funciones, la posibilidad de simbolización y el establecimiento de algún tipo de estrategia diferente para enfrentar lo desconocido.

Desde la salud mental, estos desarrollos nos llevan a vislumbrar las dificultades correspondientes al área asistencial debido a que este tipo de pacientes tiende a generar disturbios tanto en los consultorios como en las diversas instituciones que los asisten. A modo de síntesis, esta caracterización que hemos presentado, nos muestra que en los adolescentes violentos se observa una limitación de la capacidad elaborativa del psiquismo, un desmantelamiento de la subjetividad, la reiteración de situaciones amenazantes y disruptivas de su historia, el volumen real de agresión, destrucción y odio que vuelcan contra los que tratan de modificarlos, la carencia de expresión verbal, las perturbaciones específicas en su sistema de control, en el yo y en el superyo, la falta de reconocimiento del terapeuta, la insistencia en no tener nada que decir, los límites difusos entre el mundo externo e interno de la mente y las relaciones objetales marginales que suelen establecer, entre otras. A estas dificultades se le agrega una de fundamental importancia: la deserción temprana a los tratamientos clásicos, íntimamente vinculada a estas características intrapsíquicas e intersubjetivas que dificultan el establecimiento de vínculos estables con el terapeuta y con los otros participantes del grupo. A continuación presentaremos un apartado con datos acerca de la deserción en distintos abordajes psicoterapéuticos.

4. La deserción en distintos abordajes psicoterapéuticos

Uno de los mayores problemas que se presenta en este tipo de patologías consiste en la deserción temprana a los tratamientos clásicos. Las características de este tipo de pacientes (mencionadas en el apartado anterior) nos muestran que el abordaje terapéutico suele resultar muy complejo, razón por la cual la adherencia al tratamiento tiende a ser baja y la deserción alta, especialmente al inicio del mismo.

En este sentido, Garfield (1994) descubrió en diferentes metaanálisis que el 70% de la deserción se produce entre la cuarta y la décima entrevista. Asimismo plantea que el nivel socioeconómico de los pacientes está asociado positivamente con la permanencia, siendo las personas con nivel socioeconómico más alto las que tienden a permanecer más tiempo en psicoterapia. Por el contrario, aquellos pacientes que presentan patologías con tendencia a la actuación tienden a una mayor inestabilidad en el vínculo transferencial que aquellos que tienen conflictos de naturaleza intrapsíquica.

En la misma línea y en nuestro medio, Payarola (2001) planteó que en el abordaje grupal de hombres adultos violentos, la deserción debe ser considerada especialmente en las primeras etapas del tratamiento. Esta situación se debe a que en las patologías del acto, es fundamental establecer una dinámica grupal que supere los obstáculos que se presentan en el inicio del tratamiento con el objeto de lograr adherencia al mismo y a las consignas planteadas por el coordinador.

Beutler, Machado y Allstetter Neufeld (1994) afirman, por otro lado, que aquellos terapeutas que utilizan manuales tienen resultados superiores que aquellos que no los usan. Con respecto a la deserción en los tratamientos para pacientes adultos con Trastornos Borderline de la Personalidad, en la literatura internacional se encontraron estudios que muestran la tasa de deserción en diferentes tratamientos manualizados. Entre ellos, Clarkin, et.al. (2005) aplicando la Psicoterapia Basada en la Transferencia-*TFP*, registró una deserción del 23% en tratamiento de largo plazo (un año de duración). Este dato lo compara con otros estudios y muestra que Stevenson y Meares tuvieron un 16% de deserción, Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard también tuvieron una deserción del 16.7% con la Terapia Dialéctica-Conductual-*DBT* mientras que el estudio de Bateman y Fonagy tuvo una deserción del 21% con el Tratamiento Basado en la Mentalización- *MBT*. Con respecto a la Terapia Interpersonal- *IT*, van Schaik, van Marwijk, Beekman, de Haan y van Dyck (2007) mostraron que en un tratamiento de corto plazo (diez sesiones), el nivel de deserción fue del 32%.

Estos resultados muestran la importancia de realizar estudios de deserción para evaluar la eficacia terapéutica de los tratamientos. Asimismo, se observa la importancia de desarrollar nuevas técnicas terapéuticas, específicas y manualizadas,

que permitan focalizar en la problemática de la violencia en la adolescencia y, fundamentalmente, evitar la deserción temprana generando transferencia con el terapeuta, el grupo de pares y la institución.

5. Desarrollo de nuevas técnicas terapéuticas

Los resultados obtenidos en los sucesivos estudios epidemiológicos (Quiroga y Cryan, 2004) nos condujo a un replanteo del abordaje de esta población, tanto en el ámbito de la evaluación como en el del tratamiento (Quiroga y Levy, M. 2000, Quiroga, Emborg, Fernández, et.al, 2002, Quiroga, Piccini, et.al, 2003, Quiroga, Nievas, et.al, 2003).

Dado que estos pacientes presentan una alta vulnerabilidad física, somática y psicosocial debido a la alta prevalencia de ideaciones e intentos de suicidio, de alexitimia, de sucesos de vida traumáticos y de desestimación de conductas de riesgo en el área del cuerpo, la sexualidad, las adicciones y el pasaje al acto, nos abocamos a evitar la deserción como punto fundamental del proceso terapéutico (Quiroga, González, Pérez Caputo, 2003, 2004).

La implementación del nuevo abordaje nos condujo al logro de una mayor eficacia terapéutica, sin perder los criterios generales de ética y responsabilidad profesional. En este abordaje se incorporaron las siguientes técnicas:

- Para la deserción a la concurrencia a la primera entrevista de admisión se pensaron diversas técnicas que incluyeron: a) llamadas telefónicas para ofrecer un nuevo turno con el objeto de generar una transferencia positiva con la institución, b) interesarse por las causas de la ausencia del paciente para brindar soporte empático al vínculo, y c) brindar información acerca de los beneficios de incluirse en un proceso diagnóstico y terapéutico y aclarar dudas sobre la finalidad de los mismos. Asimismo, se intensificó el trabajo en red con las orientadoras educacionales y sociales de las escuelas de los distritos derivantes, con el objetivo de establecer un registro y control del tratamiento y de esa manera, manifestar ciertos cuidados hacia estos pacientes que suelen presentar un estilo de desvinculación intrapsíquica abandonante. Para ello se implementó una *Ficha de Derivación* que debe ser llenada por el profesional responsable de la derivación que inicia el contacto entre el Programa y la institución escolar.
- Para el segundo momento de deserción, se observó que el proceso diagnóstico de cuatro o cinco entrevistas individuales, si bien era muy completo y detallado, generaba el establecimiento de una transferencia positiva con el psicólogo del equipo diagnóstico, lo cual dificultaba el pasaje al terapeuta que

conduciría el tratamiento. Esto nos llevó a abreviar la etapa diagnóstica individual a dos sesiones, con el objeto de realizar una primera evaluación de selección y discriminación de patologías para determinar la posibilidad de atención psicológica en nuestro servicio o una pronta derivación a instituciones asistenciales más específicas. Una segunda técnica implementada ante el incremento del número de pacientes en lista de espera fue realizar admisiones grupales con la finalidad de evitar la resistencia hacia la consulta psicológica manifestada a través del desinterés o la transferencia negativa, generada por el tiempo de espera.

- El tercer momento de alto riesgo de deserción es el inicio del tratamiento, debido a las dificultades de estos pacientes y sus familias de establecer vínculos estables, asumir las funciones parentales y el desconocimiento de las consecuencias futuras de sus conflictos. Para ello, se creó un dispositivo terapéutico grupal previo al inicio de un Grupo de Terapia de Largo Plazo de Orientación Psicodinámica (*GTLP*). Este dispositivo denominado Grupo de Terapia Focalizada (*GTF*), es el que se presenta en este trabajo y se desarrolla en el próximo apartado (Quiroga, Paradiso, Cryan, et.al. 2003, 2004, 2006). Una técnica que se incorporó posteriormente a los datos que se presentan aquí, es la *Ficha de Asistencia* al dispositivo *GTF* y al *GTLP*, por medio de la cual el referente escolar se informaba e informaba al Programa acerca del cumplimiento del tratamiento. De esta manera, los pacientes sentían que la comunicación entre escuela y Programa era permanente, sintiéndose contenidos y cuidados por ambas instituciones.

6. Abordaje Terapéutico Grupal Focalizado y Modulizado

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

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

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

Para el tratamiento de adolescentes violentos de 13 a 15 años con Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial, estos objetivos fueron operacionalizados a través de intervenciones específicas en cada una de las sesiones. Para ello, se construyó una **guía terapéutica** en la que se fijaron los objetivos a trabajar en cada sesión, el desarrollo de los mismos y las técnicas específicas para alcanzarlos (Quiroga y Cryan, 2011). 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.

7. Resultados obtenidos con el GTF

Las técnicas utilizadas en los Grupos de Terapia Focalizada (*GTF*) han mostrado resultados positivos: los pacientes que concurren a los *GTF* completan casi en un 70% no solo las técnicas de corto plazo sino también el período de seis meses establecido como la base mínima indispensable para considerar un principio de cambio psíquico (Quiroga, González y Pérez Caputo, 2003, 2004).

En el período 2001-2005 se realizaron 9 *GTF* para adolescentes tempranos violentos con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial. El total de pacientes admitidos a la Unidad del Violencia del Programa en ese período fue de 86. Sin embargo, 27 pacientes (31,39%) que habían completado el proceso diagnóstico individual previo al inicio del *GTF*, nunca concurren. De los 59 pacientes que iniciaron el dispositivo, 42 lo completaron. Estos datos muestran que el 71,18% de los pacientes completaron las 10 sesiones correspondientes así como también la evaluación psicométrica final. Sólo un 28,82% desertó durante el dispositivo *GTF*.

Al estudiar la deserción en el *GTFP*, se compararon dos muestras de pacientes: una que inició el *GTFP* sin realizar el dispositivo *GTF* y otra que lo realizó

previamente (Quiroga, González, et.al, 2003). Se observó que en la muestra sin la aplicación del dispositivo, un 23% de los pacientes no iniciaba el *GTLP* y un 48% no completaba el período de seis meses mínimo de tratamiento. Por el contrario, en la muestra con la aplicación del dispositivo *GTF*, se observó que sólo el 12% no iniciaba tratamiento y que el 32% no completaba el período de seis meses.

Comparado con los datos obtenidos de deserción a nivel internacional, entendemos que un porcentaje de deserción menor al 30% en la etapa inicial del tratamiento muestra que el dispositivo resulta eficaz para disminuir la deserción. Los datos publicados por Gartfield y Bergin (1994) en Estados Unidos describen que los promedios de deserción son los siguientes: Nunca concurren a la primera entrevista (42%), No completan el diagnóstico (45%) y No completan el tratamiento de seis meses (32%). Este último dato es coincidente con el porcentaje de deserción al tratamiento de largo plazo de los pacientes que realizaron el dispositivo *GTF* previamente.

Además de los porcentajes de deserción obtenidos en esta presentación, debemos considerar algunas variables propias del contexto de la población, como por ejemplo el eje sociodemográfico, el poco compromiso con los tratamientos psicoterapéuticos y la falta de recursos materiales y psíquicos para sostener los mismos. Una de las variables más importantes la constituye la fase evolutiva de la adolescencia temprana por la que están atravesando estos pacientes, la cual está signada por los cambios corporales que colocan al aparato psíquico en una situación comparable al trauma con efectos de extrañamiento y despersonalización (Quiroga, 1998). Otra de las variables a considerar es la falta de conciencia de la problemática por la cual concurren al tratamiento, lo que se traduce en que la demanda a la consulta no sea espontánea (Quiroga y Cryan, 2005b) y que casi el 97% de la población acuda en forma obligada referida por la escuela o los juzgados.

Por lo tanto, la aplicación de este dispositivo grupal *GTF* de duración limitada, logró disminuir la deserción y favoreció la continuación del tratamiento de largo plazo- *GTLP*. Probablemente, la contribución de este dispositivo a la disminución de la desconfianza y de la hostilidad implicó un descenso en la conducta impulsiva, un aumento de la empatía y de la transferencia con el terapeuta y la identificación con los pares y la institución.

8. Conclusiones

En este trabajo intentamos mostrar las dificultades clínicas que presenta el abordaje terapéutico de una población de alto riesgo, en la que predominan vínculos patológicos transmitidos en forma transgeneracional.

Una de las problemáticas más recurrentes en estos pacientes es la dificultad para mantener vínculos estables. La predominancia de este déficit vincular se observa tanto en los adolescentes como en sus padres y se relaciona con las interrupciones y

disrupciones en la historia familiar y transgeneracional que estas familias presentan. Este déficit se manifiesta como un obstáculo para el establecimiento de la transferencia y se muestra a través de la apatía, abulia y/o desinterés por el otro o en la predominancia de vínculos de odio manifestados en el rechazo sistemático y descalificación hacia la persona del terapeuta y de sus pares en el grupo.

La literatura que presentamos nos muestra que en los adolescentes violentos se observa una limitación de la capacidad elaborativa del psiquismo, un desmantelamiento de la subjetividad, la reiteración de situaciones amenazantes y disruptivas de su historia, el volumen real de agresión, destrucción y odio que vuelcan contra los que tratan de modificarlos, la carencia de expresión verbal, las perturbaciones específicas en su sistema de control, en el yo y en el superyo, la falta de reconocimiento del terapeuta, la insistencia en no tener nada que decir, los límites difusos entre el mundo externo e interno de la mente y las relaciones objetales marginales que suelen establecer, entre otras.

Estas características intrapsíquicas e intersubjetivas nos conducen a analizar las dificultades que se presentan tanto en el proceso psicodiagnóstico como en el abordaje terapéutico de este tipo de pacientes. Intimamente vinculada a estas características, se encuentra una problemática muy frecuente y de fundamental importancia: la deserción temprana a los tratamientos clásicos.

Analizando los tres momentos claves de deserción detectados, se realizó un replanteo del proceso psicodiagnóstico y del abordaje psicoterapéutico, que incluyó la creación de nuevas técnicas y dispositivos diagnóstico-terapéuticos grupales, entre los que se encuentra el Grupo de Terapia Focalizada- GTF.

La implementación del GTF con los adolescentes tempranos y sus familias permitió prevenir la aparición de conductas violentas de mayor gravedad, realizar un pronóstico de cada paciente y evaluar el grado de resiliencia que poseen. Se observó una mayor adherencia al tratamiento que se vió reflejada en una mayor asistencia e intervención espontánea y una menor deserción al Grupo de Terapia de Largo Plazo- *GTLP* así como también en el establecimiento de vínculos con sus pares: mayor registro de los miembros ausentes, planificación de actividades grupales fuera del ámbito terapéutico y menor dificultad para integrarse en el *GTLP* con los nuevos miembros. Asimismo, se pudo focalizar en los puntos centrales de las patologías que presentan estos pacientes con el objetivo de lograr una mayor toma de conciencia del motivo de consulta, lo cual trajo aparejado una tendencia a la disminución de la desconfianza y la hostilidad hacia el terapeuta y sus pares, un descenso en la conducta impulsiva, una disminución de la disociación emoción-cognición, y un aumento de la capacidad de comunicación y de empatía.

Si bien excede el marco de esta presentación, el análisis de proceso y de resultados del GTF que se ha llevado a cabo hasta el momento, nos permite afirmar que este dispositivo resultó eficaz para el abordaje terapéutico de los adolescentes tempranos violentos y nos alienta a continuar en la profundización del mismo.

Referencias Bibliográficas

- American Psychiatric Association (APA) (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC: Author
- Balint, M. (1982) *La falta básica*. Buenos Aires: Editorial Paidós
- Benyakar, M. (2003) *Lo disruptivo. Amenazas individuales y colectivas: el psiquismo ante guerras, terrorismo y catástrofes sociales*. Buenos Aires: Biblos
- Beutler, L., Crago, M. & Allester Neufeld, T. (1994) "Therapist variables". En A. Bergin y S. Gartfield (Eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, pp. 229-269. New York: Wiley and Sons.
- Clarkin, J.F.; Yeomans, F. & Kernberg, O. (1999). *Psychotherapy for Borderline Personality*. New York: John Wiley & Sons.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., & Schiavi, J. M. (2005) "Transference focused psychotherapy: Development of a psychodynamic treatment for severe personality disorders". *Clinical Neuroscience Research*, 4, 379-386.
- Bleichmar, E. (1988) Psicoterapia de grupos de niños. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, vol. XI, Nº 1. pp 29-40
- Gartfield, S. (1994) "Research on client variables psychotherapy". En A. Bergin y S. Gartfield (Eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, pp. 190-228. New York: Wiley and Sons.
- Giovacchini, P. (1989) "El adolescente borderline como objeto transicional: una variación común", en Brandt, L, Giovacchini, P., et.al *Adolescentes borderline*. Buenos Aires: Nueva Visión
- Kaës, R. (1976) *El aparato psíquico grupal*, Barcelona, Granica, 1977
- Kaës, R. & Puget, J. (1988) *Violencia de estado y psicoanálisis*, Bs As, CEA, 1991
- Kernberg, O.F. (1989) The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior. En Kernberg, O.F. (Ed.), *Narcissistic personality disorder: Psychiatric clinics of North America* (pp. 553-570). Philadelphia: Saunders.
- Kernberg, O. F. (1994). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Kernberg, P. F.; Weiner, A. & Bardenstein, K. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: Basic Books.
- Khan, M. (1963) The concept of cumulative trauma. *The privacy of the self*. Londres: Hogarth; New York: Int Univ. Press, 1974
- Masterson, J.F. (1975) *Tratamiento del adolescente fronterizo*. Buenos Aires: Colección Paidós-Asappia
- Payarola, M. (2001) "Estudio de la variable 'maltrato infantil' en una muestra de hombres violentos". *Manuscrito sin publicar*. Buenos Aires
- Quiroga, S. (1998) *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*. Buenos Aires: Eudeba

Quiroga, S. & Levy, M. (2000) “Evaluación de la Alexitimia en Adolescentes en zona de riesgo. Afecto y ausencia de palabras”. *II Latin American Research Congress. FEPAL - IPA (International Psychoanalytical Association)*. Tema del Congreso: “Cambio psíquico. Criterios de evaluación” Gramado (Brasil)

Quiroga, S. E., Emborg, P; González, M; Pérez Caputo, M.C. & Fernández, G. (2002) “Manifestaciones de la lógica de la adolescencia temprana a través de la Escala PERI”. *IX Jornadas de Investigación: “Presente y Futuro de la Investigación en Psicología”*. Facultad de Psicología de la UBA.

Quiroga, S., Nievas, E; Domínguez, M; González, M. & Emborg, P. (2003) “Sucesos traumáticos en la adolescencia temprana. Presencia e intensidad del hecho traumático en tres poblaciones con diferentes grados de vulnerabilidad psicosocial”. *Memorias de las X Jornadas de Investigación: “Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología”* Tomo I, págs. 88-90. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

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”* Tomo I, págs. 66-68. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. ISSN 1667-6750

Quiroga, S., Piccini, M., Vega, V., Paradiso, L., Cryan, G. & Nievas, E. (2003) “Prevención, Asistencia e Investigación en un Servicio de Psicología Clínica para Adolescentes con Patologías de la Autodestrucción”. VII Jornadas Nacionales de Prevención del Suicidio. *V Jornada de Suicidología del Mercosur. III Encuentro Nacional Universitario sobre Suicidio Adolescente. I Jornadas Provinciales de Prevención del Suicidio*. 10 y 11 de octubre de 2003

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., 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., 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”* Tomo I, págs. 43-44. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.

Quiroga, S. & Cryan, G. (2005b) “Estudio Sociodemográfico y Epidemiológico de una Población Adolescentes en Riesgo Psicosocial”. *Memorias de las XII Jornadas de Investigación: “Avances, Nuevos Desarrollos e Integración Regional”* Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

- Quiroga, S. Paradiso, L. & Cryan, G. (2006) “Resultados de la Psicoterapia Grupal Psicodinámica Focalizada- GTF en una Muestra de Adolescentes con Conductas Perturbadoras y Padres con Trastornos de la Personalidad”. *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores del Mercosur: “Paradigmas, métodos y técnicas”* Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 59-61
- 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. Tomo I, pp. 104-106
- 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, Tomo I, pp. 31-41
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2008c) Grupos de Terapia Focalizada (GTF): Un Dispositivo para Abordar la Problemática de la Violencia Juvenil. *Premio Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires 2008 “Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología”*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Tomo I, pp. 59-80
- 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. (2010c) Implementación de redes Sociales para Adolescentes con Conductas Antisociales y Autodestructivas. *Premio Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires 2010 “Aportes de la Investigación en Psicología Social con Impacto en el Abordaje de Problemáticas de Salud, trabajo, Educación o Justicia”*, pp.11-31. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2011) Guía Terapéutica Del Dispositivo Grupos De Terapia Focalizada- Gtf Para Adolescentes Violentos *XVIII Anuario de Investigaciones*, pp. 69-80. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2012) Niños Rebeldes ... Adolescentes Violentos. *Actualidad Psicológica*. pp. 18-20. Buenos Aires
- Redl, F. & Wineman, D. (1959) *Niños que odian. La desorganización y desequilibrio de los controles de la conducta*. Buenos Aires: Ediciones Hormé
- Sujoy, O. (1990) Factores curativos en los grupos terapéuticos de niños y adolescentes. *Revista de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, vol. XIII, N° 3-4. pp 25-36
- Van Schaik, D. van Marwijk, H., Beekman, A. de Haan, M. & van Dyck, R. (2007) “Interpersonal psychotherapy (IPT) for late-life depression in general practice: uptake and satisfaction by patients, therapists and physicians” *BMC Family Practice*, 8:52