

# ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN REFLEXIVA EN UNA SESIÓN MULTIFAMILIAR DE ADOLESCENTES VIOLENTOS

## ANALYSIS OF REFLECTIVE FUNCTIONING IN A MULTIFAMILY SESSION OF VIOLENT ADOLESCENTS

Cryan, Glenda<sup>1</sup>; Quiroga, Susana<sup>2</sup>

### RESUMEN

El *GTF* es un dispositivo diagnóstico-terapéutico grupal de orientación psicodinámica, de corto plazo y focalizado que incluye dos sesiones multifamiliares (primera y novena sesión) basadas en los principios fundamentales del Psicoanálisis Multifamiliar.

En este artículo se analiza la primera sesión multifamiliar de un Grupo de Terapia Focalizada-*GTF* para adolescentes violentos. Se aplicó la Escala de Función Reflexiva para conocer el grado de mentalización de los adolescentes violentos en interacción con sus padres.

El predominio del puntaje -1 en el discurso de los adolescentes indica un rechazo a la reflexión, representado por respuestas evasivas, bizarras y con cierto grado de hostilidad. El predominio de puntajes entre 1 y 3 en el discurso de los padres indica que sus intervenciones oscilan entre explicaciones de desconocimiento, generalizadas o concretas y afirmaciones banales, superficiales y de tipo *cliché* que no están sostenidas por una reflexión genuina.

### Palabras clave:

Adolescentes Violentos - Mentalización - Sesiones Multifamiliares

### ABSTRACT

Focalised Therapy Group- *FTG* is a psychodynamic-oriented, short-termed and focalised diagnostic-therapeutic group device. It includes two multifamily sessions (first and ninth session) based on the fundamental Multifamily Psychoanalysis conceptualizations.

In this paper the first multifamily session of a Focalised Therapy Group- *FTG* for violent adolescents is analyzed. Reflective Function Scale was applied to determine the level of mentalization of violent adolescents in interaction with their parents.

The predominance of -1 scores in the speech of adolescents indicates a predominantly rejection of reflection, represented by evasive, bizarre and with some degree of hostility answers. The predominance of 1 and 3 scores in the speech of parents indicates that their interventions oscillates between unknowing, generalized or specific explanations and banal, superficial and *cliché* statements that are not supported by a genuine reflection.

### Key words:

Violent Adolescents - Mentalization - Multifamily Sessions

<sup>1</sup>Dra. en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Miembro de la Carrera del Investigador Científico del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Docente de la Cátedra I de Psicología Evolutiva II: Adolescencia. Directora Proyecto de Investigación UBA-CyT. E-mail: gcryan@psi.uba.ar

<sup>2</sup>Dra. en Filosofía y Letras con Orientación en Psicología, Universidad de Buenos Aires. Profesora Emérita UBA. Directora Proyecto de Investigación UBACYT. E-mail: susy@psi.uba.ar

## 1. Introducción

El presente artículo se enmarca en el Proyecto de Investigación UBACyT “Análisis de Proceso en Sesiones Multifamiliares de Grupos de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos”.

El *Grupo de Terapia Focalizada-GTF* es un dispositivo diagnóstico-terapéutico grupal, de orientación psicodinámica, de corto plazo y focalizado. El marco teórico-conceptual que se tomó como referencia para la creación de este dispositivo incluye los fundamentos teóricos de la psicoterapia de grupo, la psicoterapia focalizada y la psicoterapia psicodinámica de corto plazo. La incorporación de dos sesiones multifamiliares en el dispositivo *GTF* (una al principio y otra al final) se basó en los principios fundamentales del Psicoanálisis Multifamiliar desarrollado por el Dr. García Badaracco. Ambas sesiones constituyen momentos privilegiados en el abordaje terapéutico de adolescentes violentos ya que permiten analizar en profundidad la dinámica vincular que se genera en estas familias. La decisión de incluir en el dispositivo *GTF* dos sesiones en vez de realizar sólo Psicoanálisis Multifamiliar, responde a la necesidad de generar espacios grupales propios tanto de los adolescentes como de sus padres. Esta decisión se basó en tres razones: 1) las dificultades que presentan los adolescentes para la verbalización de los conflictos y las situaciones de delito y transgresión que suelen ocurrir en sus familias, 2) la observación y la escucha del nivel de descalificación y agresión por parte de los padres hacia sus hijos que impide una comunicación adecuada entre ambos generando que los adolescentes limiten sus intervenciones en presencia de los adultos responsables, 3) la imposibilidad que presenta esta franja poblacional de sostener verbal y emocionalmente los conflictos que los lleva a las inasistencias reiteradas o a una deserción temprana al tratamiento.

En relación con esta modalidad de abordaje para esta problemática, en una revisión bibliográfica realizada en las bases de datos Psycinfo, Scielo, Redalyc, Dialnet, Jstor y Science Direct, no se han encontrado estudios empíricos específicos en que se utilizara el Psicoanálisis Multifamiliar o la Terapia Multifamiliar en el tratamiento de adolescentes violentos (Cryan y Quiroga, 2014e).

En este artículo nos proponemos analizar la primera sesión multifamiliar de un grupo *GTF*, a la que se le aplicó la Escala de Función Reflexiva para conocer el grado de mentalización de los adolescentes violentos en interacción con sus padres o adultos responsables. La Función Reflexiva o mentalización se define como la capacidad de comprender e interpretar las conductas propias y de los otros como expresiones de estados mentales: sentimientos, fantasías, deseos, motivaciones, pensamientos y creencias (Fonagy, Gergely, Jurist y Target, 2002). Para realizar este análisis se seleccionaron diversas viñetas ilustrativas del discurso de los adolescentes y los adultos responsables de acuerdo con el orden de aparición en la sesión, y se las calificó con la Escala de Función Reflexiva.

A continuación presentaremos los principales fundamentos del Psicoanálisis Multifamiliar y del dispositivo Grupo de Terapia Focalizada- *GTF*, para luego dar lugar al análisis de la mentalización y su posterior discusión.

## 2. Fundamentos del Psicoanálisis Multifamiliar

Las sesiones multifamiliares del dispositivo *GTF* se basan en los principios del Psicoanálisis Multifamiliar, orientación terapéutica creada por el Dr. Jorge García Badaracco a comienzos de los años sesenta en el Hospital Neuropsiquiátrico José T. Borda (García Badaracco 1990, 2000, 2010).

Si bien excede esta presentación considerar todos los desarrollos que se han realizado acerca de esta modalidad de abordaje, intentaremos exponer algunos de los principales fundamentos a partir de una selección de conceptos.

Para el autor, el grupo multifamiliar constituye una minisociedad que nace del encuentro y la relación de sus participantes y actúa como un contexto contenedor, ya que favorece la elaboración de vivencias que han generado enfermedad y el desarrollo de nuevos recursos personales (Díaz-Alejo Avilés, Aguilar Fernández y González Rueda, 2011). El grupo multifamiliar “*es lo que más se parece a la vida cotidiana de los individuos en la familia y a las familias en el contexto social*” (García Badaracco, 2000). Mientras que la familia es un contexto transicional que debe tender al desarrollo de los sujetos, el grupo multifamiliar facilita la apertura de nuevos espacios mentales para que el paciente pueda hacer un “redesarrollo” a través del accionar terapéutico. La concurrencia a estos grupos multifamiliares permite adquirir “recursos yoicos” que promueven el descubrimiento del sí mismo y una mayor autonomía y madurez para resolver el conflicto. Esto implica considerar que a través de este abordaje se apunta a visualizar la dimensión vincular de los conflictos que muchas veces es dilemática porque se da entre estructuras mentales que se realimentan entre sí y que tienden a repetirse compulsivamente. Por lo tanto, el contexto multifamiliar funciona como una “familia sustituta” que simultáneamente es “continente” de las intensas expresiones emocionales que surgen dentro del grupo (García Badaracco, 1989).

En el grupo multifamiliar se observan conductas y formas de expresión de “aspectos primitivos de la mente”. Esto se debe a que para cada persona, los otros representan un contexto y una pantalla que sirve para proyecciones y desplazamientos de distintos contenidos. Esto permite que se acentúen características personales que representan aspectos parciales y momentos particulares de conductas emocionales que vienen cargadas desde la historia familiar de cada uno. En esas conductas se ponen en evidencia las “interdependencias patógenas” de la historia personal. Estas interdependencias dan lugar a ser trabajadas terapéuticamente en el “aquí y ahora” pudiendo de esta manera, ser transformadas en *pensamiento reflexivo*. La posibilidad de reflexionar aparece a medida que se van produciendo las desidentificaciones patógenas por las que cada sujeto se siente habitado (García Badaracco, 2000).

En este punto, consideramos importante aclarar que las interdependencias patógenas a las que se refiere García Badaracco son relaciones caracterizadas por vivencias de sufrimiento psíquico, que habitualmente se generan en

los primeros años de vida. Estas relaciones continúan teniendo vigencia en el mundo interno de la persona (lo que el autor denomina “Los Otros en Nosotros”), por lo cual mantienen el poder patógeno inicial y emergen en las relaciones actuales (Díaz-Alejo Avilés, Aguilar Fernández y González Rueda, 2011).

Por lo tanto, el psicoanálisis multifamiliar propone que el sujeto pueda salir de la “trama enfermante” de interdependencias patógenas y lograr un posterior desenvolvimiento saludable para su propia vida. El grupo multifamiliar se convierte en el artificio más idóneo para observar el mundo relacional a través del despliegue de la transferencia y favorecer la experiencia de relaciones más sanas en el orden del reconocimiento, que permitan rescatar aspectos relacionados con el crecimiento y desarrollo que generalmente quedaron encubiertos por la intensidad emocional de la transferencia expresada a través de reclamos, reproches y actuaciones. Para ello se basa en el concepto de “virtualidad sana” que hace referencia a los aspectos potencialmente sanos que también aparecen en la transferencia: “desarrollar lo sano para poder curar lo enfermo” (Mascaró Masri, 2011).

En pacientes graves, Mitre (2010) sostiene que en el comienzo del proceso terapéutico se presenta una “virtualidad sana” que es como la de los niños. La autora explica que hay que tener en cuenta que el paciente necesita que se le hable y se lo mire de una manera que “le brinde seguridad y que le genere confianza, para que se genere internamente la percepción de poder *contar con*, quizás por primera vez en su vida”. En esta línea, destaca que se requiere tiempo para que el paciente pueda entregarse a una relación terapéutica, ya que “entregarse a una situación de dependencia (aunque sea sana) implica abandonar la omnipotencia y la soberbia con que se mantienen los síntomas”.

En relación con la violencia, García Badaracco (2000) plantea que la situación traumática incluida en el inconciente de los pacientes es por su naturaleza violenta y generadora de violencia, y es imposible evitar que la violencia contenida se actualice de diferentes maneras. Una de las ventajas de los grupos multifamiliares es la disminución del temor a hacer daño. Uno de los factores que impide el diálogo es el miedo a la violencia. Esto implica que al disminuir el miedo en el contexto multifamiliar, los pacientes y los familiares aprenden a expresarse más libremente. En una entrevista que le realizaron acerca del futuro del Psicoanálisis Multifamiliar (Marquez, 2009), el autor sugiere que el mismo posee un diseño de encuadre que permite abordar las diferentes formas de patología social como la violencia familiar, la drogadicción, la delincuencia, los diversos problemas de discriminación, entre otros. Entiende que la expresión de la agresividad verbal que se libera en estos grupos permite percibir el odio de los sujetos sin que se lleve a cabo el pasaje al acto. La función terapéutica debe introducirse como la presencia de un tercero capaz de incluirse en la “trama patógena” con el fin de evitar que la violencia contenida se actúe. Esto implica considerar que la función terapéutica apunta en estos casos a crear un clima

de seguridad psicológica, necesario para que cada paciente o cada grupo encuentre “el momento” para expresar “su verdad” (García Badaracco, 2000).

Continuando la línea de trabajo de García Badaracco, en nuestro medio, colegas seguidores desde los primeros momentos de la creación de esta técnica han constituido nuevos espacios de trabajo institucional de psicoanálisis multifamiliar, entre ellos Eduardo Mandelbaum, María Elisa Mitre, Graciela Bar, Alberto Jones, Gabriel Dobner, entre otros.

### 3. ABORDAJE TERAPÉUTICO GRUPAL FOCALIZADO Y MODULIZADO

Los adolescentes violentos suelen presentar dificultades tanto técnicas como metodológicas para los abordajes terapéuticos psicodinámicos clásicos. Es por ello que en el marco de un Programa de Extensión que funcionó en la Sede Regional Sur de la Universidad de Buenos Aires entre el año 1997 y 2014 (Directora: Prof. Dra. Susana Quiroga) se desarrolló un dispositivo específico para abordar terapéuticamente a estos pacientes.

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

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

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

(Quiroga y Cryan, 2011d) en la que se fijaron los objetivos a trabajar en cada sesión, el desarrollo de los mismos y las técnicas específicas para alcanzarlos. Esta sistematización se debe fundamentalmente a las características intrapsíquicas e intersubjetivas de estos pacientes así como a las dificultades que presentan para verbalizar sus conflictos, lo cual se manifiesta en el “no tener nada que decir” dado que en su mayoría son derivados por instituciones externas y no registran las problemáticas que los afectan. Asimismo, esta sistematización provee un marco de contención estable que regula los desbordes pulsionales que conlleva la actuación violenta. Sin embargo, es importante aclarar que el marco de referencia es psicodinámico, y que tanto los objetivos como las técnicas apuntan a seguir la lógica de la constitución del aparato psíquico y a comprender las fallas en la constitución de la subjetividad. Esto implica considerar que en los casos en que los pacientes intervienen espontáneamente o surgen problemáticas urgentes a resolver, se da prioridad a los mismos, retomando lo pautado en la guía terapéutica sólo en los casos en que sea posible.

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

Si bien no es el objetivo del presente trabajo, queremos señalar que este dispositivo es objeto de investigación

desde el año 2001, obteniendo resultados positivos en: 1) *Análisis de Resultados* (Quiroga y Cryan, 2008c, 2009a, 2010a, 2010b, 2010c, 2012c, Cryan y Quiroga, 2014c), 2) *Análisis de Proceso Terapéutico* (Quiroga y Cryan, 2009b, 2010d, 2011b, 2011c, 2012e, Cryan y Quiroga, 2013a) que se realizó a través de la aplicación de dos métodos: el Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM y la Función Reflexiva-RF (ambos adaptados al castellano y para procesos grupales) 3) *Análisis de Sesiones Multifamiliares* (Cryan y Quiroga, 2014e, Cryan, et.al., 2013), 4) *Análisis de Sesiones Vinculares* (Cryan y Quiroga, 2014a, 2015a) y 5) *Análisis de Actividades Gráficas* (Cryan, 2012, 2013, Cryan y Quiroga, 2014d, Quiroga y Cryan, 2006b, 2012a, 2012d) de la Guía Terapéutica con la que cuenta este dispositivo (Quiroga y Cryan, 2011d).

#### 4. METODOLOGIA

La **metodología** se basa en el análisis de proceso terapéutico de caso único. El análisis de la Función Reflexiva se realizó a través del protocolo de una sesión multifamiliar de un Grupo de Terapia Focalizada-GTF de adolescentes violentos. Dado que es un estudio exploratorio en el cual se analiza una única sesión, en este artículo no se pretende obtener una puntuación general de la Función Reflexiva de la sesión analizada ni una puntuación particular de cada participante de la misma.

##### 4.1 Participantes y Muestras

**Participantes:** Adolescentes violentos de 13 a 15 años que tras haber completado el proceso de admisión cumplían con los criterios diagnósticos de Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial y adultos responsables que los acompañaban al dispositivo GTF.

**Muestra:** una sesión multifamiliar de un grupo GTF conformado por 6 adolescentes (5 varones y 1 mujer) y 6 adultos responsables (4 madres, una tía y una hermana) que acompañaron a los adolescentes a la primera sesión multifamiliar del dispositivo GTF.

##### 4.2 Criterios de Exclusión

Se excluyeron de la muestra los pacientes que a pesar de cumplir con los criterios diagnósticos del DSMIV para Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial, presentaban: 1) adicción severa a sustancias tóxicas (drogas, alcohol), 2) debilidad mental, 3) analfabetismo, 4) trastornos psiquiátricos mayores (esquizofrenia, paranoia, depresión psicótica) y 5) ausencia de un adulto responsable del tratamiento.

##### 4.3 Instrumento

El instrumento utilizado para analizar el grado de funcionamiento reflexivo o mentalización es el Manual de Función Reflexiva-RF (Fonagy, Steele, Steele y Target, 1998). Este instrumento ha sido adaptado y validado al castellano (Quiroga, 2003). Para realizar esta validación, se tradujo el manual original escrito en lengua inglesa al castellano, se realizaron las pruebas piloto correspondientes con una muestra de profesionales *seniors*, se obtuvieron las pruebas de confiabilidad interna y se realizó la valida-

ción en población no clínica (compuesta por sujetos adultos entre 18 y 50 años) a través de la correlación intraclases que informa el grado de acuerdo entre jueces. Los coeficientes de acuerdo (superiores al 90%) señalan que el Manual de Función Reflexiva- *RF* en lengua castellana posee una confiabilidad adecuada. La aplicación de este manual a psicoterapia grupal para adolescentes violentos también se realizó por consenso entre varios jueces entrenados para tal fin.

Este manual tiene una evaluación de la Función Reflexiva que va de -1 como el grado menor de mentalización al 9 que es el grado mayor de mentalización. Los puntajes posibles son -1 (*RF* Negativa), 1 (*RF* Ausente pero no rechazada), 3 (*RF* Dudosa o Baja), 5 (*RF* Definida o Común), 7 (*RF* Pronunciada o Notable) y 9 (*RF* Completa o Excepcional); los puntajes en números pares se reservan para los casos en que una transcripción particular se ubica entre dos clases. Los criterios de evaluación que deben cumplir los pasajes para ser calificados con cada uno de los puntajes fueron publicados en un trabajo anterior (Quiroga y Cryan, 2012e). Se explicitarán los criterios para otorgar puntajes -1, 1 y 3, ya que son los únicos que fueron hallados en esta sesión.

**Puntaje -1: *RF* Negativa:** Este puntaje se otorga cuando los pasajes son evidentemente antirreflexivos o bizarros/inapropiados. Un pasaje antirreflexivo expresa hostilidad o una evasión activa en respuesta a una oportunidad para la reflexión; el sujeto puede expresar abiertamente hostilidad al criticar al entrevistador o la tarea que tiene que hacer o distraer al entrevistador en ocasiones a través de reacciones no verbales. Las explicaciones bizarras del comportamiento invocan estados mentales en sí mismos o en otros que van más allá de la psicología de sentido común o de un insight teórico pobremente aplicado.

**Puntaje 1 *RF*: Ausente pero no rechazada:** Este puntaje se otorga cuando el sujeto no menciona estados mentales a pesar de tener una clara oportunidad para realizarlo. Los pasajes pueden ser sociológicos, excesivamente generalizados, concretos o llamativamente egocéntricos, lo cual indica que el sujeto está lejos de comprender los estados mentales de aquellos que están alrededor suyo.

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

#### 4.4 Procedimiento

Los adolescentes consultantes fueron evaluados por profesionales de la Unidad de Admisión a través de un proceso diagnóstico. El mismo incluyó una entrevista clínica semidirigida a padres, una entrevista abierta al adolescente y la administración de cuestionarios objetivos en el que se evaluaban diferentes factores psicopatológicos.

Una vez realizado el Proceso Diagnóstico, se realizó la firma del *Consentimiento Informado* de los padres y/o adultos responsables a cargo de los adolescentes, debido a que los mismos eran menores de edad. Asimismo se les informó sobre las características del tratamiento.

Los adolescentes que cumplían con los criterios diagnósticos especificados en el DSMIV para Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial y que sus padres acordaban con las normas explicitadas, fueron incluidos en la Unidad de Violencia y distribuidos en los grupos *GTF*, los cuales estaban conformados por un mínimo de 6 pacientes y un máximo de 8. En el período 2001-2005 se realizaron 9 Grupos de Terapia Focalizada-*GTF* para adolescentes tempranos violentos. Las sesiones fueron audiograbadas y filmadas para su posterior análisis con el *Consentimiento Informado* de los padres y/o adultos responsables a cargo de los adolescentes. Las sesiones de los grupos *GTF* seleccionados fueron transcritas *verbatim*, de acuerdo con las normas internacionales de desgrabación (Mergenthaler y Gril, 1996).

En este trabajo se presenta el análisis de la primera sesión multifamiliar del *GTF* 9 que consta de 11960 palabras. Las unidades de análisis estuvieron compuestas por segmentos de 1000 palabras cada uno (excepto la última que contó con 960 palabras). Se conformó un total de 12 unidades de análisis, de las cuales se analizaron las primeras 9 con la Escala de la Función Reflexiva, discriminando el discurso de cada paciente y adulto responsable. Las intervenciones del terapeuta se señalaron, pero no fueron motivo de análisis. Las últimas tres unidades de análisis no serán evaluadas en esta presentación dado que predomina la realización de una actividad gráfica de tipo grupal, cuyo análisis excede el marco de este artículo y será presentado en otro trabajo.

En principio, se describe una breve historia de la situación familiar del paciente (algunos datos fueron obviados y/o modificados para preservar la identidad de los pacientes). En segundo lugar, se transcriben viñetas ilustrativas del discurso de las madres y los pacientes de acuerdo con el orden de aparición y luego se califican las narrativas con la Escala de Función Reflexiva.

#### 5. ANALISIS DE UNA SESION MULTIFAMILIAR DE ADOLESCENTES VIOLENTOS

En esta primera sesión multifamiliar se encuentran presentes los seis pacientes que conforman el grupo acompañados por seis adultos responsables: cuatro madres, una tía y una hermana mayor de 26 años (ambas están a cargo de los adolescentes debido a que los padres han fallecido). Asimismo, participan las terapeutas y los observadores del grupo de adolescentes y del grupo paralelo de padres.

**Unidad de Análisis 1:** El primer segmento se inicia con una intervención de la terapeuta en la que brinda información y explica el desarrollo y funcionamiento del tratamiento, la importancia de la asistencia familiar y la firma del consentimiento informado.

Hacia el final de este segmento se presenta la primera

madre (M1). El paciente (P1) convive con 5 hermanos en una habitación, su padre se encuentra desocupado y su madre es docente. Explica: *"viene acá derivado por la escuela... eh porque bueno tiene problemas de conducta, y esos cambios de conducta perjudican su aprendizaje y el vínculo que tiene prácticamente con toda la familia"*. A esta intervención se la calificó con puntaje 3 dado que es una afirmación de tipo *cliché* que no representa una reflexión genuina acerca de la situación emocional propia y de su hijo.

**Unidad de Análisis 2:** En el segundo fragmento, luego de esta primera intervención *cliché*, la misma madre (M1) continúa explicando la situación de su hijo: *"El director lo que me decía es que ya habían hablado muchas veces con él (su hijo)... fue el padre a hablar... hablamos con gente del gabinete, hablamos con él"*. Esta intervención fue calificada con puntaje 1 dado que es una descripción concreta que intenta la comprensión de la expulsión de la institución escolar del hijo a partir de reiterados sucesos de violencia, pero dan cuenta de la imposibilidad de poder involucrarse afectivamente y reflexionar al respecto. Luego dice: *"Como yo también soy docente, entiendo la postura del director porque es difícil dar clase con chicos que no colaboran"*. Esta intervención de tipo *cliché* fue calificada con puntaje 3 debido a que explica la situación de su hijo a través de una frase del conjunto de "los docentes" desafectivizando el estado emocional de su hijo y de ella como madre.

Cuando la terapeuta intenta involucrarla en su accionar para conocer cómo reaccionaron como padres, la madre responde: *"Bueno eh, yo inmediatamente... fui a hablar a otras escuelas porque dije bueno está bien yo lo saco de la escuela, para que él no tenga problemas ... le decimos que ya está que las sanciones en algún momento llegan, y que hay que cumplirlas... que uno no puede hacer lo que quiere todo el tiempo... que hay cosas que no se deben hacer, en una casa o una escuela"*. Estas últimas afirmaciones continúan con el estilo de funcionamiento mental y afectivo de tipo *cliché* (puntaje 3) en el cual no se observa ninguna verbalización acerca de su comprensión de los estados afectivos y mentales propios y de su hijo.

**Unidad de Análisis 3:** En el tercer segmento, interviene por primera vez el hijo de esta madre (P1). La terapeuta lo invita a pensar acerca de lo que le ha sucedido a él en el ámbito escolar. El contesta con una acción de tipo expulsiva *"yo quiero que lo echen al pibe... el pibe agarró se me hizo el malo, porque estaba con otro pibe más"*. Esta intervención se clasificó con puntaje 1 dado que representa un pasaje concreto y egocéntrico sin poder registrar algún tipo de estado mental propio y externalizando la situación conflictiva: *"yo quiero que lo echen al pibe"* implica que la razón de su malestar es "el pibe".

A continuación, y sin hacer ningún comentario sobre el paciente que acababa de hablar, se presenta la segunda madre (M2). El paciente convive con su hermano mayor de 18 años, su madre (quien trabaja todo el día) y su padre

(alcohólico). Plantea que a su hijo *"lo derivaron del colegio por motivos de aprendizaje... le cuesta el aprendizaje y la conducta...no le quedan las cosas... hay días que va al colegio y no hace nada, y hay días que hace todo"*. Este pasaje fue calificado con puntaje 1 debido a la imposibilidad que presenta la madre para vincularse afectivamente con la problemática de su hijo.

**Unidad de Análisis 4:** En el cuarto segmento continúa hablando la misma madre (M2): *"él es inquieto, no presta atención eh... al él estar inquieto no deja que los otros chicos se concentren"*. Esta intervención se calificó con puntaje 3 dado que es una expresión de tipo *cliché*, en la que la madre repite de manera "enlatada" lo que la maestra le dijo acerca del comportamiento de su hijo.

La terapeuta indaga al paciente (P2) sobre los dichos de la madre y la situación en la escuela. El paciente responde: *"no sé, molesto...jodo a los compañeros, les digo de todo"*. La terapeuta le pregunta cómo se lleva con los profesores y responde: *"Mal"*. Se calificó con puntaje -1 dado que las respuestas que se detectaron son evasivas, algunas con una hostilidad subyacente.

A continuación se presenta la hermana del tercer paciente (H3). La madre del paciente falleció de cáncer a sus 7 meses de vida y él junto con sus dos hermanas mayores quedaron a cargo de su padre quien se suicida a sus 6 años luego de haber protagonizado un accidente de tránsito (manejaba un remis y al chocar fallece una pasajera). La hermana ha solicitado la tutela de su hermano menor y explica: *"me derivaron de la escuela técnica... por conducta... es muy agresivo verbalmente... discute con los profesores"*. Esta intervención fue calificada con puntaje 1 debido a que es concreta y no incluye involucramiento afectivo.

El paciente (P3) rechaza enfáticamente cada una de las preguntas que le realiza la terapeuta, manifestando cierta hostilidad. Algunos ejemplos de sus intervenciones son: *"Nada, no sé"*, *"Qué sé yo... no sé... siempre"*, *"No me acuerdo... todos los días"*. Este pasaje fue calificado como -1 debido al predominio de una evasión en las respuestas que no permite siquiera indagar sobre los estados mentales del paciente.

**Unidad de Análisis 5:** En el quinto segmento se despliega el discurso de la hermana (H3) acerca del fallecimiento de sus padres. Las frases más salientes son: *"mi mamá falleció...a los doce míos, eh... tenía cáncer, lo tuvo a él (por el hermano)...y a los seis, siete meses falleció...y desde ahí nos cuidó mi tía... después yo empecé la secundaria y dejé, me hice cargo de ellos pero era muy chica, entonces volvimos con mi tía, ahí falleció mi papá y... bueno ahora volvió él conmigo... mi papá se suicidó"*. Estos párrafos fueron calificados con puntaje 1, ya que se observa que le resulta imposible involucrarse afectivamente con el dolor provocado por la muerte de sus propios padres y por las situaciones traumáticas que ha atravesado junto con sus hermanos.

A continuación se presenta otra madre (M4) quien explica que su hijo realizó tratamiento de niños durante dos años

y medio en la misma universidad y que lo derivaron para que integre un grupo de adolescentes. Algunos ejemplos que brinda acerca de su hijo son: *“tiene como esos arrebatos de que está bien y después se porta re mal”, “le gusta andar mucho en la calle... yo vivo en un asentamiento y... hay muchos tiros, muchas peleas, mucha droga... él se me escapa y quiere ir a ver lo que pasó, este... y no sé cómo manejarlo”, “Él va a un hogar de tránsito, yo lo puse... es como una escuela porque tiene apoyo escolar y hay merienda”*. Su discurso también fue calificado con puntaje 1 dado que es descriptivo y concreto pero no presenta reflexión alguna acerca de sus sentimientos y los de su hijo ni de la situación de riesgo en la que se encuentran ambos.

**Unidad de Análisis 6:** En el sexto segmento se presenta el hijo (P4). Algunos ejemplos de sus intervenciones son: *“me está yendo bien... (en referencia a la escuela), me escapó... salgo al recreo con cuatro pibes amigos míos y nos vamos... en la hora de clase me voy a los otros salones pero me sacan... entonces me quedo ahí en el recreo”*. Su discurso es calificado como -1 dado que hay rechazo a la reflexión y explicaciones de tipo bizarras. En las respuestas que brinda se observa un predominio de la acción tendiente a salirse de la escena escolar (ligada al desarrollo del pensamiento y la palabra). Esta situación “me escapó” implica que puede huir de tener que escuchar lo que supuestamente resultaría traumático, por eso entiende que le “está yendo bien”.

A continuación se presenta otra madre (M5). El paciente (P5) convive con su madre, padre y hermana mayor de 24 años; un hermano mayor se encuentra preso por robo y un hermano menor falleció en un accidente de tránsito a los dos años. Algunos ejemplos de sus intervenciones son: *“viene derivado del colegio porque se portaba mal... no hacía nada, pero molestaba a los otros... entonces, continuamente, todos los días, de lunes a viernes me llamaban”, “en la escuela me dijeron: vas a tener que llevarlo a psicología... yo lo empecé a llevar a psicología... estuvo dos años y medio y no hubo ningún cambio, al contrario, estaba peor”, “hablando con las maestras del colegio, decidimos como un acuerdo que no era la psicología adecuada... que era este lugar el adecuado para él”*. Sus narrativas consisten en meras repeticiones de las indicaciones provenientes de la institución escolar, en las que se observa una carencia de pensamiento y de involucramiento emocional respecto de la problemática que presenta su hijo. Al tratarse de explicaciones concretas, se calificó con puntaje 1.

**Unidad de Análisis 7:** El séptimo segmento comienza con una intervención de la terapeuta explicando que se necesita *“un gran compromiso de la familia”* para que el tratamiento funcione y *“sea el lugar adecuado”*.

La madre (M5) continúa explicando en forma catártica y sin registrar la intervención de la terapeuta: *“Me sugirieron que lo cambiara de colegio... entonces yo lo cambié... hace tres meses que va ahí, y no tenía ningún problema... hasta ayer que me llamaron... y no es grave, pero dicen*

*que él agarra con una lapicera y le tira papelitos a los chicos”*. Este pasaje fue calificado con puntaje 1 ya que las respuestas de la madre son concretas y descriptivas. Cambia a su hijo de colegio porque se lo sugirieron, lo cual implica considerar que la madre responde con una acción a la sugerencia institucional, sin reflexionar sobre las causas psicológicas que motivan la conducta de su hijo.

**Unidad de Análisis 8:** En el octavo párrafo se presenta la tía de la única paciente mujer del grupo (T6). La mamá de la paciente falleció cuando tenía 6 años y su padre cuando tenía 9 años (ambos murieron de sida), luego ella y sus dos hermanos vivieron con una tía (hermana menor de la madre) y luego con otra tía (hermana mayor de la madre) quien también falleció. La tía presente en la sesión (T6) dice: *“yo soy la tutora de ella, estoy tramitando la tutela... y ella tiene dos hermanitos más y yo tengo un nene, son cuatro y todos viven conmigo y con mi marido... los papás fallecieron pero de eso no puedo hablar”*. Este pasaje se calificó la primera parte con puntaje 1 dado que es un relato concreto, excepto la frase final que se calificó con puntaje -1 dado que se registró una negativa a informar sobre la muerte de los padres de la paciente, lo cual se vincula con el rechazo a verbalizar y reflexionar sobre las situaciones traumáticas vivenciadas.

La terapeuta señala la importancia de poder hablar, de respetar los tiempos, de la confidencialidad del grupo y de la privacidad entre el grupo de adolescentes y el de padres. La tía (T6) continúa aclarando su situación: *“estuvieron viviendo pocos meses conmigo hasta que los llevaron el año pasado a un hogar porque yo tenía que trabajar, mi marido también y ellos se me escapaban de casa... vinieron las peleas con mi marido y entonces la jueza para que podamos estar bien y no se rompa el matrimonio, los mandó a un hogar”*. En este párrafo se observa cierta desconexión afectiva acerca de la situación traumática que han atravesado sus sobrinos y su propia situación que implica que no pudo en un primer momento hacerse cargo de las reacciones de los mismos frente a la realidad vivida (muerte de sida de los padres y de una tía que los cuidaba y cambios sucesivos de hogar). Se calificó con puntaje 1 debido al predominio de información concreta de los hechos, sin ningún tipo de compromiso afectivo en su discurso.

**Unidad de Análisis 9:** En el noveno segmento, la tía (T6) continúa explicando que a los chicos se *“los volvieron a dar... porque hicimos terapia con mi marido dentro del hogar para que se pueda unir de nuevo la familia, trabajar con mi marido, ver que los chicos necesitaban de la familia”*. Esta intervención fue calificada con puntaje 3 ya que es de tipo cliché: hace alusión a la necesidad de un menor de contar con una familia, pero no involucra a sus sobrinos ni a ella misma que han atravesado por situaciones traumáticas que incluso son desestimadas: *“el problema que ella tiene es en la escuela nomás... en casa a mí no me falta el respeto... yo le digo andá a hacer esto y ella lo hace”* (puntaje 1).

La paciente (P6) se ríe y niega con la cabeza los dichos de su tía. Dice: *“en el colegio me peleaba mucho... dentro*

y fuera del colegio... siempre me agarraba a las piñas con cualquier chica porque molestaban... mis compañeras le mandaban a decir a las otras que yo era esto, que era lo otro y entonces ahí empezamos a discutir y nos agarramos a las piñas". Esta intervención fue calificada con puntaje 1 debido a que en este momento resulta imposible la reflexión sobre situaciones de peleas que sólo logra describir en forma concreta y a través de la acción.

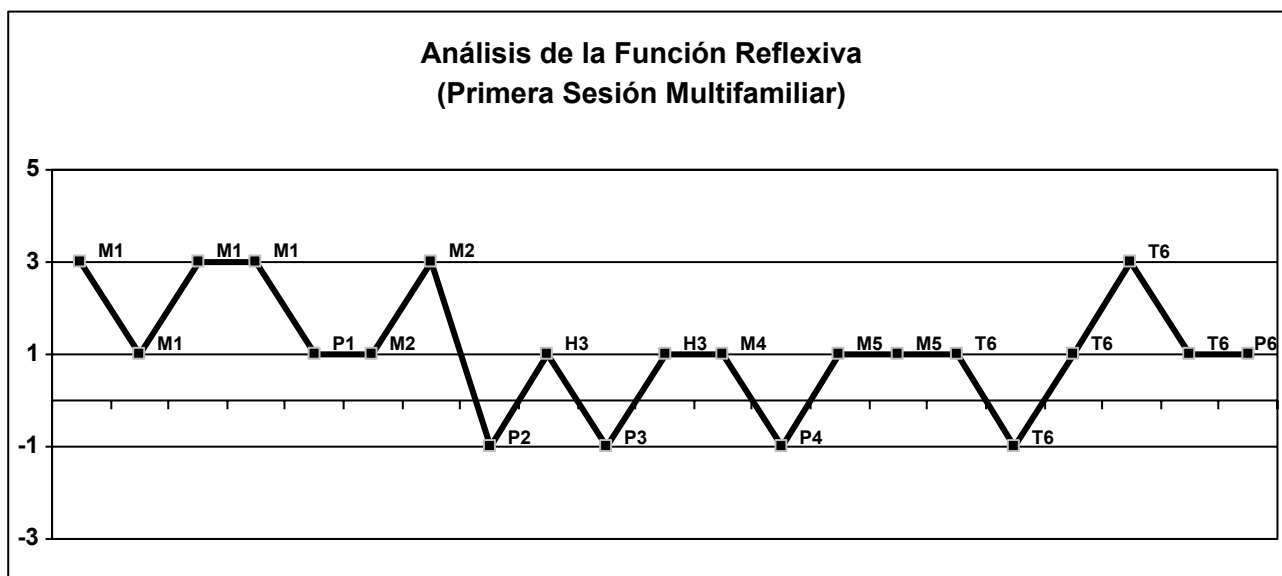
La terapeuta insiste en la necesidad de iniciar y continuar el tratamiento destacando la necesidad de pensar acerca

de las problemáticas vinculares y de historia familiar, más allá de los problemas escolares. Luego de esta intervención se comienza a realizar la actividad gráfica grupal, la cual como se explicó anteriormente no será analizada en este trabajo.

En el Gráfico 1 se puede observar la evolución en los puntajes de la Función Reflexiva considerando el orden de las intervenciones de los pacientes y adultos responsables que participaron de la primera sesión multifamiliar del dispositivo *GTF*.

## ANÁLISIS DE LA FUNCIÓN REFLEXIVA EN UNA SESIÓN MULTIFAMILIAR DE ADOLESCENTES VIOLENTOS

Gráfico 1. Análisis de la Función Reflexiva (Primera Sesión Multifamiliar)



En el Gráfico 1 se refleja que la interacción que se genera entre el adolescente y el adulto responsable se inicia con la intervención del adulto seguida de la intervención del adolescente.

El puntaje con mayor predominio es 1 (Función Reflexiva Ausente pero no rechazada), destacándose que el 57% de los pasajes analizados obtuvieron dicho puntaje. En relación con los adultos responsables, el 24% de los pasajes fueron calificados con puntaje 3 (Función Reflexiva Dudosa o Baja). Asimismo, el 19% de los pasajes fueron calificados con puntaje -1 (Función Reflexiva Negativa), correspondiendo en su mayoría a intervenciones realizadas por los adolescentes.

### 6. DISCUSIÓN

En este artículo se analizó una sesión multifamiliar de un dispositivo específico creado especialmente para el abordaje de la violencia juvenil. Este dispositivo al que denominamos Grupo de Terapia Focalizada- *GTF* constituye un marco de *contención témporo-espacial estable* en contraposición a la realidad disruptiva y cambiante en la que viven estos adolescentes, ya que tiene como meta

última la transformación del acto en verbalizaciones coherentes y transformadoras de los vínculos patológicos en conductas saludables. Para poder avanzar en el conocimiento de una problemática tan grave como la violencia juvenil es necesario el desarrollo de abordajes terapéuticos específicos que sean investigados empíricamente y demuestren su eficacia terapéutica. El análisis en profundidad del discurso de los pacientes y sus familias nos permite acercarnos a la comprensión de la dinámica vincular que predomina en estos adolescentes expuestos a un alto grado de vulnerabilidad y riesgo psicosocial.

Como se planteó en la introducción, la incorporación de dos sesiones multifamiliares (comienzo y final) constituyen momentos privilegiados en el abordaje terapéutico de adolescentes violentos. En estas sesiones es posible observar la interacción y el modo de comunicación que predomina en estas familias. El análisis de la Función Reflexiva se realizó en una única sesión, siguiendo el orden de intervención de los pacientes y sus madres para evaluar el grado de mentalización en la relación vincular. Dado que el análisis del discurso de los pacientes y sus padres se realizó en una única sesión, las conclusiones



del trabajo son consideradas con precaución. Como ya fue explicitado, no se pretende obtener una puntuación general de la Función Reflexiva de la sesión analizada ni una puntuación particular de cada participante de la misma. A continuación resumiremos algunos aspectos del análisis realizado que observamos que se repiten en los adolescentes y sus madres.

En principio, el análisis del discurso de los adolescentes violentos, que han sido derivados a tratamiento terapéutico por instituciones externas, demuestra que no han comprendido los estados mentales propios que incluyen situaciones traumáticas de gravedad. La predominancia del puntaje -1 indica que en estos pacientes prevalece un rechazo a la reflexión, representado por respuestas evasivas, bizarras y con cierto grado de hostilidad. En relación con el discurso de los padres, se pudo observar el predominio de puntajes entre 1 y 3, esto es que oscilan entre explicaciones de desconocimiento o de recuerdos distorsionados, generalizadas o concretas y afirmaciones banales y superficiales o respuestas de tipo *cliché* que no están sostenidas por una reflexión genuina. Una característica que se dio a lo largo de la sesión fue que los pacientes y sus padres no intervenían mientras hablaban otros, sino que sólo transmitían lo que les sucedía a sí mismos cuando la terapeuta les preguntaba. Asimismo, se detectó una marcada desconexión mental y afectiva de las madres y/o adultos responsables acerca de las situaciones traumáticas vivenciadas por los adolescentes y por ellas mismas que incluyen muerte temprana de progenitores por enfermedades graves y suicidio, violencia intrafamiliar y contextual, venta de drogas y tiroteos en el lugar de residencia, cambios de colegios y de familias, entre otras. Esta situación de desconexión deja a los adolescentes en un estado de vulnerabilidad psíquica al no poder ser alojados en la mente de un cuidador que pueda darle significación a sus pensamientos, sentimientos y emociones. Por otra parte, es importante destacar el predominio de la acción por sobre la palabra, destacándose escenas de fuga y evasión no sólo en las respuestas de los adolescentes y los adultos sino también en situaciones de la vida cotidiana (salir del aula, cambio de colegio, cambio de tratamiento terapéutico, etc).

Este panorama permite valorizar el escenario que genera la inclusión de esta primera sesión multifamiliar, ya que en la misma los otros presentes representan "un contexto y una pantalla que sirve para proyecciones y desplazamientos de distintos contenidos", tal como plantea García Badaracco. A través de esta sesión se puede observar lo que el autor denomina "interdependencias patógenas" en la historia personal de los pacientes y la necesidad de lograr una desidentificación de las mismas para que puedan ser transformadas en un futuro en *pensamiento reflexivo*. En este sentido, es importante destacar el pensamiento de Mitre acerca del tiempo que se necesita para que el paciente se atreva a entregarse a una relación terapéutica dado que estos adolescentes no han logrado aún la percepción de contar con alguien que pueda ayudarlos a salir del estado de vulnerabilidad y riesgo en el que viven. Para finalizar, consideramos que es necesario analizar

mayor cantidad de sesiones multifamiliares para profundizar en la capacidad de mentalizar de los adolescentes violentos y sus padres. En futuros trabajos presentaremos la evolución entre la primera y la novena sesión del Grupo de Terapia Focalizada- *GTF* y el análisis de las actividades gráficas realizadas por los pacientes y sus padres en el marco de sesiones multifamiliares.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cryan, G. (2012) Actividades Específicas de la Guía *Terapéutica del Dispositivo Grupo de Terapia Focalizada- GTF para Adolescentes Violentos. Memorias del Cuarto Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología: "Desarrollo Humano. Problemáticas de la Subjetividad y Salud mental. Desafíos de la Psicología Contemporánea"* Tomo I, pp. 215-216. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Cryan, G. (2013) Dispositivo GTF para Adolescentes Violentos: Análisis de la Interacción, la Comunicación y el Funcionamiento Grupal. *Memorias del Quinto Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología: "El Cuerpo y la Psicología. Su dimensión virtual, biológica, como lazo social. Prácticas contemporáneas"*. Tomo I, p. 181. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Cryan, G. & Quiroga, S. (2013a) Estudio sobre la Capacidad de Mentalización en Grupos de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos *XXI Anuario de Investigaciones*. Tomo 1, 17-28. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Cryan, G. & Quiroga, S. (2014a) Análisis de Sesiones Vinculares de Adolescentes Violentos y sus Padres. *Cuerpo y Subjetividad*. Capítulo 1 Cuestiones Clínicas en Salud Mental, pp. 126-128. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental AASM. Serie Conexiones.
- Cryan, G. & Quiroga, S. (2014c) Evolución de la Ansiedad en Grupos de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* 60(3):160-170. Buenos Aires.
- Cryan, G. & Quiroga, S. (2014d) Valoración de las Actividades Gráficas en el Dispositivo GTF para Adolescentes Violentos" *XXI Anuario de Investigaciones*. Tomo 1, 15-22. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Cryan, G. & Quiroga, S. (2014e) Sesiones Multifamiliares en el Abordaje Terapéutico de Adolescentes Violentos. *Memorias del Sexto Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología: "Adicciones: Desafíos y Perspectivas para la Investigación Científica y la Práctica Profesional"*. Tomo I, pp. 34-37 Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Cryan, G. & Quiroga, S. (2015a) Desvalimiento Psicosocial en Adolescentes Violentos. *Desvalimiento Psicosocial N° 2*. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales (artículo enviado por invitación).
- Cryan, G., Grubisich, G. & Quiroga, S. (2013) Sesiones Multifamiliares en Grupos de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos. *Salud Mental: Interdisciplina e inclusión social como ejes de intervención*. Serie Conexiones. Tomo I, 246-248.
- Díaz-Alejo Avilés, M.A., Aguilar Fernández, E.M. & González Rueda, R. (2011). Psicoanálisis multifamiliar. Experiencia en un centro de rehabilitación psicosocial. *Boletín de la Asociación Madrileña de Salud Mental*, Primavera: 20-26
- Fonagy, P, Steele, M., Steele, H. & Target, M. (1998) *Reflective Functioning Manual, Version 5.0: For application to Adult Attachment Interviews*. University College London, London, United Kingdom.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002) *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York: Other Press
- García Badaracco, J. (1989) *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de estructura familiar*. Madrid: Tecnipublicaciones S.A.
- García Badaracco, J. (1990) *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones S.A.
- García Badaracco, J. (2000) *Psicoanálisis Multifamiliar. Los otros en nosotros y el descubrimiento del sí mismo*. Buenos Aires: Paidós Psicología Profunda.
- García Badaracco, J. (2010) El futuro del psicoanálisis multifamiliar. *Avances en Salud Mental Relacional / Advances in Relational Mental Health* Vol. 9, N° 1
- Markez, I. (2009) Potencial Del Psicoanálisis Multifamiliar. Entrevista A Jorge E. García Badaracco. *Norte De Salud Mental N° 34*, 85-93
- Mascaró Masri, N. (2011) La Transferencia. Nuevas Perspectivas en la Clínica del Grupo de Psicoanálisis Multifamiliar. *Avances en Salud Mental Relacional*, Vol. 10, N°3
- Mergenthaler, E. & Gril, S. (1996) Descripción de las reglas para la transcripción de sesiones de psicoterapia. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 5(2), 163-176.
- Mitre, M.E. (2010) El Proceso de Des-Identificación de las Identificaciones Enloquecedoras a través de un Ejemplo Clínico. *Avances en Salud Mental Relacional*, Vol. 9, N°1
- Quiroga, S. (2003) *Manual de Función Reflexiva para la aplicación de la Entrevista de Apego en el Adulto. (Manuscrito no publicado)* Buenos Aires
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2006b) Estudio de la Construcción Mental de los Vínculos Intergeneracionales en el Abordaje Psico-terapéutico Grupal de Adolescentes con Conductas Antisociales". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente: Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. N° 41-42, pp. 111-146. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2008c) Grupos de Terapia Focalizada (GTF): Un Dispositivo para Abordar la Problemática de la Violencia Juvenil. *Premio Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires 2008 "Dispositivos en Salud Mental. Aportes de la Psicología"*, pp. 59-80. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2009a) Percepción Subjetiva de Ayuda en Grupos de Adolescentes Violentos *Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología: "Psicología y Sociedad Contemporánea: Cambios Culturales"*. Tomo I, pp. 93-96. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2009b) Análisis del Macroproceso Terapéutico del Dispositivo Grupo de Terapia Focalizada-GTF para Adolescentes Tempranos Violentos. *XVI Anuario de Investigaciones*, pp. 73-83. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2010a) Eficacia Terapéutica de un Dispositivo Grupal para el Abordaje Terapéutico de la Violencia Juvenil. Publicación on-line Enero en <http://www.depsicoterapias.com>
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2010b) Análisis Cuantitativo y Cualitativo de Sucesos de Vida Traumáticos en Adolescentes Violentos. *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología: "Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales"*, Tomo I, pp. 92-94. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2010c) Evolución de la Desesperanza en Grupos de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos. *Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias Afines*. Vol. 7, pp. 103-111. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología

- Quiroga, S. & Cryan, G. (2010d) Análisis del Microproceso Terapéutico del Dispositivo Grupo de Terapia Focalizada-GTF para Adolescentes Tempranos Violentos. *XVII Anuario de Investigaciones*, pp. 69,78. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2011b) Adolescentes Tempranos Violentos: Análisis del Macroproceso Terapéutico utilizando el Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales. Vol. 15 N° 1 *Procesos y Resultados*, pp. 200-229.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2011c) Análisis de la Función Reflexiva-RF en Grupos de Adolescentes Violentos y su Comparación con el Modelo de Ciclo Terapéutico- TCM. *Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología: "Interrogantes y Respuestas de la Psicología a las Problemáticas Sociales Actuales"*. Tomo I, pp. 282-284. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2011d) Guía Terapéutica del Dispositivo Grupos de Terapia Focalizada- GTF para Adolescentes Violentos. *XVIII Anuario de Investigaciones*, pp. 69-80. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2012a) Análisis de los Patrones Básicos de Organización Intrapsíquica Familiar en Adolescentes Violentos. *Diagnóstico o Estigma. Encrucijadas Éticas*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental AASM. Serie Conexiones, pp. 213-214.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2012c) Evolución de la Depresión Clínica en Grupos de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos" *Investigaciones en Psicología* Año 17, 3, pp. 107- 127. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2012d) Patrones Básicos de Organización Intrapsíquica Familiar en Adolescentes Violentos desde una Perspectiva Transgeneracional. *XIX Anuario de Investigaciones*. Tomo I, pp. 249-260 Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.
- Quiroga, S. & Cryan, G. (2012e) Análisis de Proceso en Grupos de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos: Función Reflexiva-RF y Modelo de Ciclo Terapéutico- TCM. *XIX Anuario de Investigaciones*. pp. 261-272. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología.

Fecha de recepción: 15/3/2015

Fecha de aceptación: 10/9/2015