

DESVALIMIENTO PSICOSOCIAL EN ADOLESCENTES VIOLENTOS

Autoras: Dra. Glenda Cryan y Dra. Susana Quiroga

RESUMEN

En este artículo se analiza un caso clínico de un adolescente violento que ha sido derivado a tratamiento terapéutico por una institución escolar. El objetivo es poder demostrar que los actos violentos que constituyen el motivo de consulta suelen encubrir el predominio de una alta vulnerabilidad psicosocial, que ubica a estos adolescentes en una situación de riesgo, desamparo y desvalimiento psíquico.

Se exponen algunas de las principales conceptualizaciones acerca de la violencia y de la vulnerabilidad propia de la adolescencia y un modelo de abordaje terapéutico grupal específico al que denominamos Grupo de Terapia Focalizada-GTF. Se analizan diferentes viñetas del caso clínico a lo largo del GTF y se incluye una técnica gráfica (árbol genealógico) que representa la construcción mental de los vínculos intergeneracionales del paciente y un familiar directo.

El análisis permitió observar que los problemas de conducta y de aprendizaje son la pantalla de situaciones traumáticas graves actuales y pasadas imposibles de ser verbalizadas en forma espontánea. La mejora sintomática permite pensar en un pronóstico positivo para este paciente que al encontrar respuesta a su demanda, pudo establecer una transferencia con la terapeuta y el grupo y quebrar así con el círculo vicioso de ser rechazado y abandonado.

PALABRAS CLAVE: Desvalimiento; Vulnerabilidad; Adolescencia; Violencia; Grupo de Terapia Focalizada

VIOLENT ADOLESCENT PSYCHOSOCIAL HELPLESSNESS

ABSTRACT

In this article, a violent adolescent report who has been referred to therapeutic treatment for an educational institution is analyzed. The goal is to demonstrate that violent acts constituting the reason for consultation often conceal the predominance of high psychosocial vulnerability, which places these adolescents in a situation of risk, homelessness and mental helplessness.

Some major conceptualizations about violence and the own vulnerability of adolescence and a model specific group therapeutic approach called Focalised Therapy Group- FTG are shown. Different clinical vignettes of the report along the FTG are analyzed. A graphical technique (family tree) representing the mental construction of intergenerational bonds of the patient and a family member is included.

This analysis allowed to observe that behavior and learning problems are the display of current and past severe trauma events which were impossible to be verbalized spontaneously. Symptomatic improvement suggests a positive prognosis for this patient who found answer to his demand, could establish a transference to the therapist and the group and thus break the vicious cycle of being rejected and abandoned.

Key Words: Helplessness; Vulnerability; Adolescence; Violence; Focalised Therapy Group

DESVALIMIENTO PSICOSOCIAL EN ADOLESCENTES VIOLENTOS

1. INTRODUCCION

En este artículo nos proponemos analizar un caso clínico de un adolescente violento que ha sido derivado a tratamiento terapéutico por una institución escolar. El objetivo es poder demostrar que los actos violentos que constituyen el motivo de consulta suelen encubrir el predominio de una alta vulnerabilidad psicosocial, que ubica a estos adolescentes en una situación de riesgo, desamparo y desvalimiento psíquico.

Comenzaremos citando una de las definiciones más completas y abarcativas realizada acerca de la violencia por la Organización Mundial de la Salud- OMS en el marco del “Informe mundial sobre la violencia y la salud. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo”. En este informe, Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano (2003), definen la violencia como el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. Esta definición comprende tanto la violencia interpersonal como el comportamiento suicida y los conflictos armados, cubriendo también una amplia gama de actos que van más allá del acto físico para incluir por un lado, las amenazas y las intimidaciones, y por otro lado, las numerosísimas consecuencias del comportamiento violento tales como los daños psíquicos, las privaciones y las deficiencias del desarrollo que comprometen el bienestar de los individuos, las familias y las comunidades. Desde esta perspectiva, la violencia es subdividida en tres grandes categorías de acuerdo con el comportamiento del autor del acto violento: por un lado se encuentra la *Violencia dirigida contra uno mismo* (comportamientos suicidas y autolesiones); por otro, la *Violencia interpersonal* (dividida en dos subcategorías: a- violencia intrafamiliar o de pareja que incluye el maltrato de los niños, la violencia contra la pareja y el maltrato de los ancianos y b- violencia comunitaria que incluye la violencia juvenil, los actos violentos azarosos, las violaciones y las agresiones sexuales por parte de extraños así como también la violencia que se lleva a cabo en establecimientos como escuelas, lugares de

trabajo, prisiones y residencias de ancianos); y por último, la *Violencia colectiva* (conflictos armados dentro de los estados o entre ellos, genocidio, represión y otras violaciones de los derechos humanos, terrorismo y crimen organizado).

Más allá de esta definición realizada por esta prestigiosa institución internacional, la violencia ha sido conceptualizada desde diferentes perspectivas teóricas, entre ellas el psicoanálisis. Siguiendo los postulados freudianos, Maldavsky (1992) retoma el concepto freudiano de *estasis libidinal*, el cual consiste en un desvalimiento anímico y motor para procesar la libido, por falta de una adecuada ligadura entre Eros y pulsión de muerte. Cuando la libido no ha establecido aún el elemento afectivo y/o sensorial al cual fijarse como forma de hacer consciente lo inconsciente o de hacer consciente una realidad dolorosa, es posible pensar en la existencia de una fijación a un momento lógico elemental, primario, que se corresponde con la libido intrasomática y con el yo real primitivo. Desde esta lógica, se produce una alteración de la autoconservación debido a la permanencia en la fijación de la libido intrasomática. Esta libido improcesable es derivada al soma como en el caso de los psicósomáticos o a la acción como en el caso del adolescente violento que se analizará en este trabajo.

Por otra parte, diferentes autores han destacado la importancia que adquiere la díada vincular primaria en la estructuración del psiquismo, siendo la intersubjetividad el paradigma de su origen (dio Bleichmar, 2000). En esta línea, Quiroga (1994, 2001) señala que autores como Spitz, Bowlby, Klein, Winnicott, Meltzer y Tustin coinciden en afirmar que una deficiencia en la relación materna es el origen del trastocamiento de la autoconservación, lo cual compromete seriamente la vida del bebé, ya que la falta de un objeto al cual investir convierte la investidura paranoide de la identificación proyectiva en desinvestidura de objeto y de las funciones del yo, con su consecuente empobrecimiento y peligro de muerte física y psíquica. La autora establece una correlación entre las ideas propuestas por Winnicott acerca del miedo al derrumbe, y lo enunciado por Marty (1968) como depresión esencial, Kreisler (1976) como depresión fría y Green (1972) como Complejo de la madre muerta, en donde la madre se declara ausente para el bebé y no puede ofrecerse como objeto de satisfacción de las necesidades.

Por último, entre los desarrollos actuales cobra importancia el concepto de *Función Reflexiva* planteado por Fonagy (1997), quien a través de sus desarrollos acerca del apego, recurre al mismo para explicar el concepto de vulnerabilidad que será desarrollado en el próximo apartado. La Función Reflexiva o mentalización es definida como la capacidad de darse cuenta de que tanto uno mismo como el otro tienen pensamientos, sentimientos, creencias y deseos que le son propios, otorgan sentido a la experiencia interpersonal y permiten atribuir significado y anticipar las acciones de los demás. Fonagy establece una relación directa entre la aparición de conductas violentas y un déficit en la capacidad de mentalización. En relación con el desencadenamiento de los actos violentos, Fonagy (2004) sostiene que el camino común de la violencia es a través de una inhibición momentánea de la capacidad de mentalización (Cryan y Quiroga, 2013a). Esta inhibición requiere de una de las siguientes condiciones: 1) una condición biológica donde los estados intencionales (deseos, necesidades, sentimientos, creencias y razones) no son respondidos comúnmente por el propio sujeto ("*No puedo reconocerme*"), 2) una historia personal que lleva a que el sujeto en el tiempo actual no reconozca los estados intencionales debido a que los mismos a su tiempo no fueron respondidos ("*Yo no soy reconocido*"), 3) un entorno social determinado, donde el sujeto entiende que se fusionó excesivamente con otras subjetividades y siente una necesidad primaria de rescatarse a sí mismo como un sujeto cuyas acciones propias y las de los otros son significativas en base a estados mentales intencionales. Esto podría suceder en los casos en que se da una separación temporaria de un grupo extenso como por ejemplo la familia extensa, o la tribu o una organización militar ("*No puedo ser reconocido*"). En los adolescentes violentos, el predominio de la acción por sobre la palabra y la búsqueda inconciente de la muerte física y de su propia autodestrucción, exponiéndose en forma permanente a situaciones de riesgo, darían cuenta de una ausencia parental. Esta ausencia se correlaciona con la ausencia de vínculos afectivos seguros en que las figuras de apego no han logrado estimular la capacidad mentalizadora en los niños y adolescentes, lo cual los lleva a cometer actos violentos debido a la dificultad que presentan para

discernir tanto sus propios estados mentales como los estados mentales de los otros sujetos (Allen, 2001, Fonagy, 2003).

A continuación expondremos algunas de las principales conceptualizaciones de la vulnerabilidad propia de la adolescencia y un modelo de abordaje terapéutico grupal para adolescentes violentos al que denominamos Grupo de Terapia Focalizada- *GTF*. Para finalizar presentaremos un caso clínico de un adolescente violento con un alto grado de vulnerabilidad psicosocial que lo deja en una situación de desvalimiento psíquico.

2. VULNERABILIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Independientemente del desvalimiento psicosocial que suele presentarse en los casos de violencia juvenil, es importante considerar que la adolescencia suele ser considerada por sí misma como una fase de gran vulnerabilidad. Esto se debe a los cambios físicos y psíquicos que se producen en esta etapa del desarrollo, en la cual el rol que ejerce el contexto familiar y/o social resulta de fundamental influencia en la vida del adolescente.

En principio, considerando la definición de Agüero Gioda y Scorza (2001) se puede afirmar que el sentimiento de vulnerabilidad como afecto intrasubjetivo es la percepción conciente de un sujeto o comunidad expuestos a una amenaza, acerca de su predisposición intrínseca a ser afectado o de ser susceptible de sufrir una pérdida. En este sentido, Donas (1997) en un informe realizado para la Organización Mundial de la Salud, sostiene que los cambios permanentes que se producen en la adolescencia hacen que la vulnerabilidad a ciertos riesgos y daños deba ser revalorada en cada contacto con el adolescente, con su grupo y con su familia. De esta manera, plantea que la vulnerabilidad en la adolescencia debe vincularse con la posibilidad de un daño específico inmediato (por ejemplo, riesgo de intento de suicidio), latente (por ejemplo, riesgo de una posible deserción escolar en los próximos meses) o futuro (por ejemplo, riesgo de cáncer de pulmón). Asimismo, destaca que es fundamental tener en cuenta los factores protectores, los factores de riesgo y las conductas de riesgo existentes, estableciendo un nivel de vulnerabilidad actual del adolescente que permita

observar la exposición a determinados riesgos o daños. Desde este enfoque, se puede afirmar que los adolescentes violentos suelen estar expuestos a riesgos y daños en forma permanente debido a las características de su problemática y a la falta de contención del entorno familiar y social.

Desde una perspectiva psicoanalítica, Zukerfeld y Zonis (1999) asocian el concepto de vulnerabilidad a vivencias traumáticas. Los autores comprenden que la vivencia traumática suele generar y/o estar asociada a una condición vulnerable que implica un modo de funcionamiento psíquico donde predominan las respuestas somáticas y/o comportamentales. Esto implica considerar a la noción de vulnerabilidad como un modo de funcionamiento psíquico donde predomina un déficit de la actividad representacional, ansiedad difusa, dificultades elaborativas y tendencia al acto-descarga.

Una de las autoras que más ha trabajado el concepto de vulnerabilidad en la adolescencia es Doltó (1988), quien plantea que el adolescente suele ser muy vulnerable a las observaciones despectivas procedentes de pares y/o adultos. En este sentido, afirma que en la adolescencia se reproduce la fragilidad del bebé que nace, el cual suele ser sumamente sensible a lo que recibe como mirada y oye como palabras que le conciernen. El concepto de inopia y la metáfora de la langosta le permiten explicar el concepto de vulnerabilidad en los adolescentes. La inopia es entendida como la debilidad propia que se presenta en la adolescencia mientras que la metáfora de la langosta alude a que las mismas en un determinado momento pierden su concha y se ocultan bajo las rocas mientras segregan una nueva para adquirir defensas, pero si mientras son vulnerables reciben golpes, quedan heridas para siempre; su caparazón recubrirá las heridas y cicatrices pero no las borrará.

En este punto y en relación con la adolescencia, Quiroga (1994, 2001) manifiesta que el adolescente atraviesa por situaciones de vulnerabilidad psíquica y física propias de los numerosos trabajos psíquicos a realizar, frente a los cambios inherentes al advenimiento de la pubertad que es su inicio, y a la inserción en el mundo del trabajo que es su finalización. Por lo tanto, considera que esta etapa, que es una de las de mayor capacidad vital del individuo, es también la de mayor

posibilidad de riesgo y autodestrucción. En este sentido, la autora explica que en algunos adolescentes (generalmente asociado a un contexto familiar no “contenedor”), la tramitación de las pulsiones parciales tiene como destino el cuerpo o la acción. En estos casos, ante la falla de la función empática, espacio generado para la proyección de los contenidos desestructurantes del infante, se produce una regresión al espacio intrasomático, siendo su consecuencia una reincorporación tóxica de dichos contenidos al interior del cuerpo produciendo lo que se conoce como estasis libidinal (Freud, 1895b), concepto que se explicitó anteriormente. De esta manera, ante el conflicto que se presenta entre la pulsión de autoconservación y la pulsión sexual, en el cual la primera es arrasada por la segunda, surge el peligro de la autodestrucción. Es interesante destacar que en los adolescentes violentos se observa que la modificación de un estado afectivo tiende a ser realizada a través de la modificación del contexto social, por ejemplo al cometer actos delictivos en los cuales suele arriesgarse la propia vida debido a la alta exposición a situaciones de riesgo (peleas físicas solos o en “barra”, manipulación de armas blancas y armas de fuego, asaltos, etc.). Esta exposición a situaciones de riesgo, hace que los adolescentes violentos se encuentren en un estado de vulnerabilidad biopsicosocial.

Por último, en el marco de la teoría de la mentalización, la vulnerabilidad se asocia con el apego inseguro, implica una actitud de desconfianza, no sólo con respecto a la disponibilidad de las figuras parentales, sino también con respecto a la posibilidad de concebir las interacciones como hechos intersubjetivos y no como una realidad concreta (Fonagy, 1997).

En el próximo apartado se describirá un dispositivo al que denominamos Grupo de Terapia Focalizada- *GTF*, el cual ha sido creado y desarrollado para el abordaje terapéutico de adolescentes con patologías actuales graves como la violencia.

3. ABORDAJE TERAPÉUTICO GRUPAL FOCALIZADO Y MODULIZADO

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

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

- a) *Comprender* el motivo de consulta o “conciencia de enfermedad”

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

Para el tratamiento de adolescentes violentos de 13 a 15 años con Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial, estos objetivos fueron operacionalizados a través de intervenciones específicas en cada una de las sesiones. Para ello, se construyó una **guía terapéutica** (Quiroga y Cryan, 2011d) en la que se fijaron los objetivos a trabajar en cada sesión, el desarrollo de los mismos y las técnicas específicas para alcanzarlos. Esta sistematización se debe fundamentalmente a las características intrapsíquicas e intersubjetivas de estos pacientes así como a las dificultades que presentan para verbalizar sus conflictos, lo cual se manifiesta en el “no tener nada que decir” dado que en su mayoría son derivados por instituciones externas y no registran las problemáticas que los afectan. Asimismo, esta sistematización provee un marco de contención estable que regula los desbordes pulsionales que conlleva la actuación violenta. Sin embargo, es importante aclarar que el marco de referencia es psicodinámico, y que tanto los objetivos como las técnicas apuntan a seguir la lógica de la constitución del aparato psíquico y a comprender las fallas en la constitución de la subjetividad. Esto implica considerar que en los casos en que los pacientes intervienen espontáneamente o surgen problemáticas urgentes a resolver, se da prioridad a los mismos, retomando lo pautado en la guía terapéutica sólo en los casos en que sea posible.

Con respecto al estilo de trabajo en estos grupos, predomina una interacción entre terapeuta, coterapeuta y pacientes, donde las **técnicas de intervención** están centradas en: a) la clarificación de aspectos cognitivos confusos, b) la confrontación con aspectos disociados intra e intersubjetivos, c) el señalamiento y la puesta de límites, como momentos previos al uso de la elaboración psíquica mediante la interpretación, como sucede en el tratamiento de orientación

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

Si bien no es el objetivo del presente trabajo, queremos señalar que este dispositivo ha sido objeto de investigación desde el año 2001, obteniendo resultados positivos en el *Análisis de Resultados* (Quiroga y Cryan, 2008c, 2009a, 2010a, 2010b, 2010c, 2012c, Cryan y Quiroga, 2014c), en el *Análisis de Proceso Terapéutico* (Quiroga y Cryan, 2009b, 2010d, 2011b, 2011c, 2012e, Cryan y Quiroga, 2013a), en el *Análisis de Sesiones Vinculares* (Cryan y Quiroga, 2014a) y en el *Análisis de las Actividades Gráficas* (Cryan, 2012, 2013, Cryan y Quiroga, 2014d, Quiroga y Cryan, 2006b, 2012a, 2012d) de la Guía Terapéutica del Dispositivo *GTF* (Quiroga y Cryan, 2011d).

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, 2009c) nos llevó a comenzar a sistematizar el dispositivo *GTFP* y a evaluar la eficacia terapéutica del mismo (Quiroga, et.al. 2010, 2011) dado que lo consideramos de fundamental importancia en el abordaje terapéutico de estos pacientes.

4. CASO CLINICO

Un adolescente al que denominaremos Adrián (su nombre y datos personales fueron modificados para preservar su identidad), de 15 años es derivado a tratamiento terapéutico por la escuela a la que asiste porque “*se porta mal y no estudia*” según el relato que realiza su tía materna quien lo acompaña a la primera entrevista de admisión. En el informe escolar que acompañaba la derivación se comunica que la situación familiar de Adrián era muy compleja debido al fallecimiento de su madre hacía seis meses y a los malos tratos que recibía por parte de quien consideró su padre durante su infancia (una pareja de su madre que nominaremos padre adoptivo), razón por la cual la institución escolar había realizado una denuncia judicial.

En la entrevista de admisión, su tía relata que la madre lo abandonó cuando él tenía 4 años y desde ese momento vivió con su padre adoptivo y su hermano. Aproximadamente un año y medio antes de la consulta, se entera por medio de esta tía y su marido que su madre está enferma de sida y decide ir a visitarla. Si bien pasaron diez años sin contacto con su madre, este reencuentro que duró casi un año le permitió a Adrián establecer un vínculo de visitas frecuentes que terminó en la confesión por parte de su madre de que su padre adoptivo no era su padre biológico. Esta revelación desató la furia de este padre conviviente, quien ya había formado una nueva pareja, y comenzaron los malos tratos contra el paciente (no

así con su hermano de 13 años quien efectivamente era su hijo biológico). Estos malos tratos consistían principalmente en agravios verbales que se alternaban con indiferencia absoluta al punto de no hablarle por días. En estas ocasiones solía echarlo de su casa gritándole que no era su hijo y lo obligaba a dormir en un galpón en el fondo de la casa. Cuando en la escuela a la que concurría detectaron esta situación, realizaron la denuncia judicial correspondiente y el paciente y su hermano comenzaron a vivir con su tía materna, quien al momento de la consulta se encontraba tramitando la tenencia definitiva. Durante el período en que vivía con su tía, su tío y sus dos primos, falleció su mamá y comenzaron los problemas de conducta y de aprendizaje en la escuela, que generaron la derivación a tratamiento terapéutico por parte de la institución escolar, absolutamente comprometida con el caso de Adrián.

Se realizó un Proceso Diagnóstico que incluyó una entrevista clínica semidirigida a su tía quien era la persona adulta responsable, una entrevista abierta al adolescente y la administración de cuestionarios objetivos en el que se evaluaron diferentes factores psicopatológicos. Una vez concluido este proceso, se realizó la firma del *Consentimiento Informado* por parte de su tía debido a que el paciente era menor de edad. Asimismo se les informó sobre las características del tratamiento y se incorporó al adolescente a un Grupo de Terapia Focalizada- *GTF* y a su tía a un Grupo de Terapia Focalizada para Padres- *GTFP*.

A continuación se presentarán algunos fragmentos de diferentes sesiones que permiten observar la situación de vulnerabilidad familiar en la que se encuentra el paciente.

Sesión 2

Dado que la primera sesión del *GTF* es multifamiliar, la segunda sesión del dispositivo constituye la primera sesión en la que participan sólo los adolescentes. En esta sesión se comienza a indagar por el motivo de consulta, por lo cual cuando se le pregunta a Adrián por qué vino a terapia, responde “*por los problemas que tengo*”. Se le pregunta por estos problemas y responde “*que mi papá me echó de la casa... porque yo me portaba mal, andaba mal en el colegio, tenía bajas notas*”. La terapeuta intenta profundizar las circunstancias de esta

situación en la que el padre lo echó y Adrián responde *“me fui con mi tío... mi papá no quería que vaya a lo de mi tía”*. La terapeuta le pregunta si él quería ir a la casa de su tía, a lo cual responde *“a ver a mi mamá... pero él no quería... porque mi mamá estaba mal... me dijo que si yo me iba a la casa de mi tía que me iba a echar ... entonces yo agarré y me fui igual porque hacía un montón que no veía a mi mamá”*. Se le pregunta cuánto tiempo estuvo con su mamá y responde: *“y... casi hace... sería un año... cuando yo me fui con mi tía... yo la iba a visitar porque ella estaba mal... todo el día estaba con ella (se refiere a su mamá)”*. Se le pregunta si volvió a ver a su papá adoptivo luego de que se fue a vivir con su tía y responde *“no, no lo quiero ver porque no se interesa por mí... ya fuimos al juzgado y todo hicimos”*. Se indaga sobre esta visita al juzgado, ya que se perciben muchas dificultades para verbalizar la situación. Adrián puede explicar que fue con su tía a tribunales y *“le contamos todo lo que pasó... y nos dijeron que iban a hacer todo lo posible para ver a mi hermana, porque yo a la única que quiero ver es a mi hermanita”*. Sin embargo, responde en un estado de confusión en el que no puede explicar con quién habló, si es un juez o una jueza o algún funcionario de los tribunales.

A partir de este momento, la terapeuta intenta dilucidar cómo está conformada la familia dado que hasta el momento se tenía registro de Adrián y un hermano menor de 13 años que también vivía con la tía. Adrián explica: *“yo tengo a mi hermanita chiquita y mi hermano menor... trece tiene mi hermano menor y mi hermanita tiene cuatro”*.

Cuando se indaga por el motivo de consulta por el que lo derivaron de la escuela, explica: *“tengo problemas ... ando mal en el colegio por ahí ... no estudiaba ... ahora más o menos ... con los compañeros no tengo problemas ... algunas veces con los profesores... no me gustan, contesto bajo o no les contesto, no hago la tarea ... paveaba todo el día”*. En este pasaje se observa la falta de ubicación temporal en relación con el motivo de consulta, ya que alterna los tiempos verbales entre pasado y presente, sin la comprensión de su problemática.

Sesión 5

En la quinta sesión del dispositivo *GTF* se aplica una técnica para cumplir uno de los objetivos del mismo: *Describir y comprender la composición familiar*. Esta técnica que consiste en la construcción de un árbol genealógico permite observar la construcción mental de los vínculos intergeneracionales, afinar el diagnóstico inicial y realizar un pronóstico de la situación familiar de los pacientes. Para la construcción del mismo se utiliza una hoja de papel y se distribuye en una mesa una cantidad suficiente de pequeños papeles (4 cms x 2 cms) de distintos colores recortados en forma rectangular, en los cuales se les pide que escriban el nombre de sus familiares, el vínculo y una cualidad que los describa.

Se realiza una descripción detallada de la consigna, que incluye la explicación de lo que es un árbol genealógico y cómo es la construcción del mismo (en la parte superior de la hoja se ubican los abuelos, en el medio a los padres y en la parte inferior a los hijos; las tres generaciones se unen a través de líneas que señalan el parentesco). En el mismo momento, y utilizando el material con el que van a trabajar, se les indica cuál es la tarea a realizar.

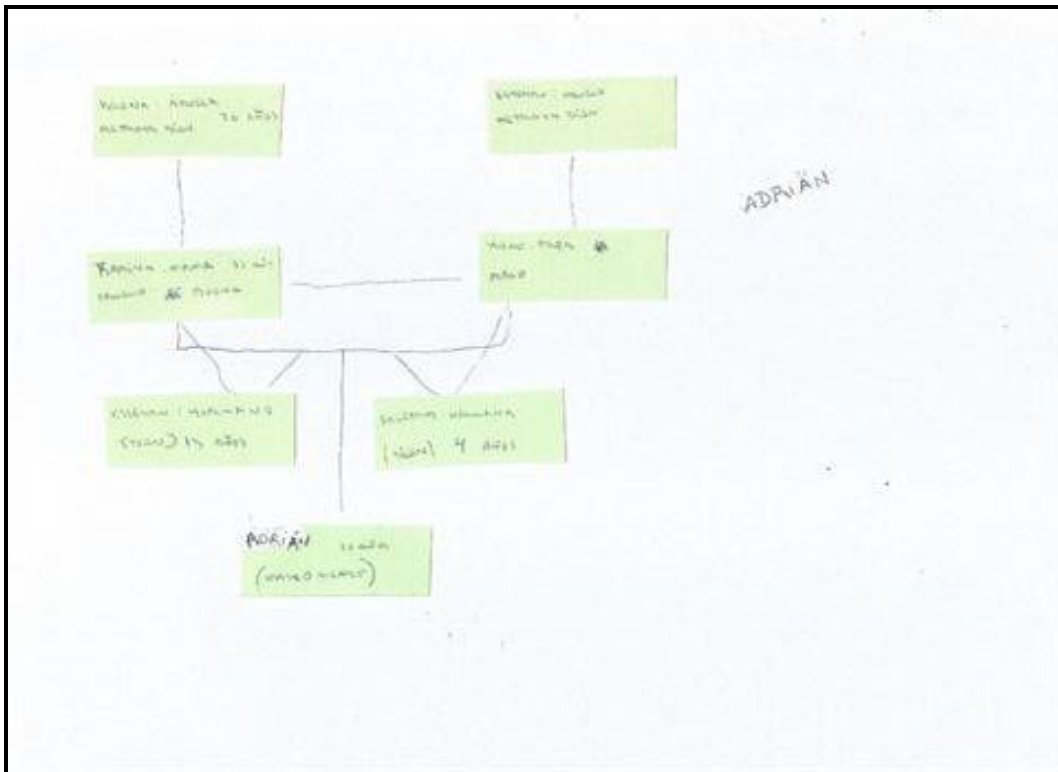
Una vez explicitada la consigna, se les pregunta si comprendieron la tarea que deben realizar y se aclaran las dudas que hayan surgido. Se les da un tiempo limitado (entre 15 y 20 minutos) para realizarlo en forma individual, sin la ayuda del terapeuta. Esta limitación obedece a sus deficiencias en su organización en las categorías de tiempo y espacio. El terapeuta sólo interviene para responder las preguntas aclaratorias sobre la consigna enunciada, pero no participa ni colabora ni responde preguntas respecto de la construcción formal y de contenido, dado que esta técnica es utilizada con fines diagnósticos y pronósticos. En trabajos anteriores se han publicado las categorías encontradas con sus respectivos ejemplos (Quiroga y Cryan, 2006b, 2012a, 2012d).

Cuando se le pregunta a Adrián cómo es su familia, responde “*eee soy yo, mi tío, mi tía, mi hermanita y mis dos primos... mi primo y mi prima y mi abuela*”. En este punto, vale aclarar que hacía apenas dos semanas que la hermanita había comenzado a vivir con él, sus tíos, primos y hermano. Se les pregunta cómo se lleva con cada uno de ellos y responde “*bien... con mi hermanita algunas veces nos peleamos así... porque ella no quiere que esté en la pieza de ella cuando está*

mirando la tele...". En ese momento, la terapeuta le pregunta cómo duermen, a lo cual responde: *"ella duerme con mi tío y mi tía... y nosotros dormimos en otra pieza con mis primos... mi primo tiene dieciséis y mi prima tiene catorce"*. Se indaga en la relación con los primos y dice: *"me llevo bien, algunas veces nos peleamos por boludeces... por cualquier cosa... por mirar la tele"*.

Antes de finalizar esta sesión y luego que el resto de los pacientes del grupo verbalizaran su situación familiar, se procedió a aplicar la técnica del árbol genealógico. Un dato llamativo en este caso es que luego de verbalizar su situación actual en la que vive junto con sus tíos, sus primos y sus hermanos, al representar gráficamente a su familia a través del árbol genealógico sólo incluye a sus padres, hermanos y abuelos, excluyendo a sus tíos y primos (Gráfico 1).

Construcción Árbol Genealógico Adrián (Gráfico 1)



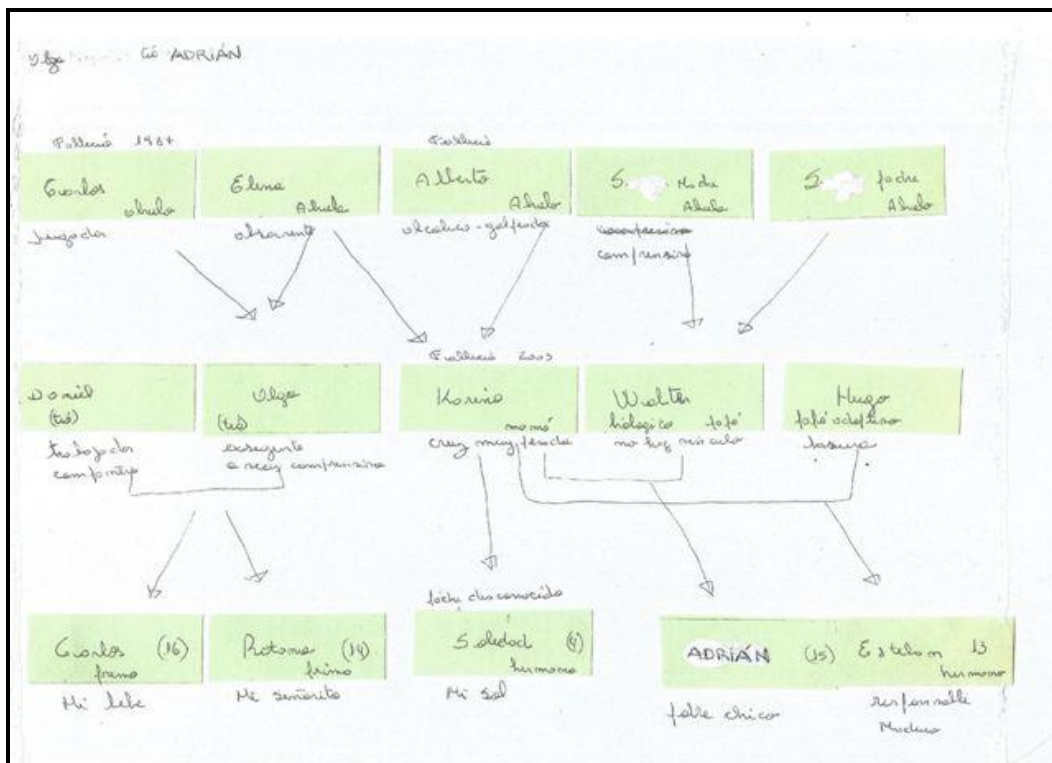
En relación con su abuela y abuelo escribe la misma leyenda para ambos: *"Me trata bien"*. De su mamá escribe la leyenda *"Falleció, buena"*. De su papá escribe

“Malo”, de sus dos hermanos escribe “Bien” y a sí mismo se escribe la leyenda “Más o menos”. En estas descripciones de su familia se observan las serias limitaciones que presenta el paciente en el registro y verbalización de las características de su grupo familiar primario.

Si bien puede narrar situaciones cotidianas de la familia conviviente, en la construcción mental de los vínculos intergeneracionales que realiza sobre el papel plasma a su familia de origen, inexistente en la realidad actual (madre fallecida, padre adoptivo abandonado y maltratador). Se podría pensar que en su realidad psíquica mantiene una representación de familia idealizada, constituida por las tres generaciones.

En el Grupo de Terapia Focalizada para Padres- *GTFP*, la tía de Adrián realizó un árbol genealógico con idéntica consigna que analizamos a continuación (Gráfico 2). En este árbol se observa que ha podido incluir a sus tres sobrinos (hijos de la hermana fallecida) en su familia y revela detalles que no habían sido explicitados verbalmente hasta ese momento. En principio describe a su padre (fallecido) como “Jugador” y a su madre como “Absorbente”. Asimismo incluye al segundo marido de su madre (también fallecido) con la leyenda “Alcohólico y golpeador” (la mamá de Adrián es fruto de esta segunda pareja de la madre). Esta tercera generación la completa con los padres del padre biológico de Adrián: del abuelo no escribe nada, de la madre escribe la leyenda “Comprensiva” (dado que los nomina con el apellido a ambos, se han borrado estos datos dejando sólo la letra inicial).

Construcción Árbol Genealógico Tía de Adrián (Gráfico 2)



En la generación del medio (correspondiente a padres) a la cual pertenece, se incluye y se autodescribe como *“Exigente, a veces comprensiva”*. A su marido lo describe como *“Trabajador, compañero”*. A su hermana fallecida de sida (madre de Adrián) la describe como *“Cruz, muy pesada”*, y logra expresar gráficamente que tuvo tres hijos con tres hombres diferentes. También incluye en esta generación al papá biológico de Adrián con la leyenda *“No hay vínculo”* y al papá adoptivo de Adrián con la leyenda *“Basura”*.

En la generación inferior (correspondiente a hijos) incluye a sus dos hijos y a sus tres sobrinos que viven actualmente con ella con las siguientes leyendas: su hijo de 16 años *“Mi bebé”*, su hija de 14 años *“Mi señorita”*, en el medio la hermanita de Adrián de 4 años *“Mi sol”* de la que también señala *“Padre desconocido”*, al lado ubica a Adrián de 15 años *“Pobre chico”* y a su hermano de 13 años *“Responsable, maduro”*.

En esta construcción se visualiza una distribución espacial en la cual se podría trazar una línea vertical imaginaria que divide la hoja. Hacia el lado izquierdo se

ubican sus padres, ella junto con su esposo y sus dos hijos. Hacia el lado derecho resulta complicada la interpretación del gráfico debido a la introducción de un segundo marido de su propia madre, de la hermana fallecida, de las dos parejas de esta hermana, de los tres hijos de diferentes padres y de los abuelos biológicos del paciente. La comprensión de esta distribución generó tanto en los terapeutas como en el equipo de investigación una sensación abrumamiento debido a la complejidad de vínculos interrelacionados con situaciones traumáticas no verbalizadas.

Un dato que llama la atención es que a pesar de haber papeles de diferentes colores, tanto Adrián como su tía eligen realizar el árbol genealógico en forma monocromática eligiendo el mismo color (verde). También se destaca que han podido respetar las tres generaciones (abuelos, padres e hijos) en un orden que hace coincidir la organización espacial con la temporal; ésto quiere decir que en la parte superior de la hoja colocaron a los abuelos; en el medio a los padres y en la parte inferior a los hijos.

Sesiones 6, 7 y 8

A partir de la verbalización de la composición familiar, comienzan a notarse cambios en la conducta de Adrián que se reflejan en un intento por mejorar su situación en la escuela. Se reproducen pequeñas viñetas de la sexta, séptima y octava sesión.

En la sesión 6 explica: *“ahora yo estoy mejorando en la escuela.... no le estoy contestando mucho a los profesores... antes llegaba y no hacía la tarea, me quedaba mirando todo el día la tele... ahora llego me tomo algo y me voy a hacer la tarea, termino de hacer la tarea y me pongo a mirar tele”*. Cuando la terapeuta le pregunta cuánto tiempo le lleva hacer la tarea responde *“media hora, una hora a veces, nada más”*.

En la sesión 7 también continúa explicando sus intenciones de cambio: *“estoy cambiando en algunas cosas en el colegio... ahora me estoy poniendo las pilas... en algunas materias... porque antes no hacía nada, estaba todo el día dado vuelta, estaba charlando con mis compañeros... y ahora no me doy vuelta casi... hago la tarea... parece que estoy empezando a subir las notas”*. En esta viñeta

intenta dar cuenta que en lugar de mirar hacia adelante y escuchar al docente, mira hacia atrás y conversa con sus compañeros, desestimando de esta manera la situación contextual en la que se encuentra.

En la sesión 8 manifiesta: *“pude cambiar en la escuela... hasta ahora más o menos... estoy estudiando... hay veces que no tengo ganas de hacer nada y miro la tele... y si estoy aburrido empiezo a hacer la tarea... todos los días cuando llego de la escuela... y algunas veces estudio para las pruebas”*.

Si tomamos el diálogo de Adrián, su percepción es que a partir del inicio de la asistencia terapéutica comenzó a mejorar su desempeño escolar. Esta percepción la vinculamos con la posibilidad de acceder a un lugar propio donde es escuchado de diferente manera y con especial atención. Esta situación poco experimentada por el paciente fue generada a partir de la falta de vínculo con sus padres biológicos y por la definición que realiza su tía acerca de él como *“Pobre chico”* a diferencia de su hijo que tiene casi la misma edad al cual denomina *“Mi bebé”*. La denominación que hace de su sobrino alude a alguien lejano, descalificado en sus afectos, mientras que llama poderosamente la atención que a su hijo de 16 años lo llame *“bebé”*. Esta última calificación aludiría a una erotización del afecto maternal con características de posesión y de difícil desprendimiento. Otra característica de estas denominaciones por parte de la tía es que a sus dos hijos y a la hija menor de su hermana le antepone el pronombre posesivo *“mi”* mientras que Adrián y su hermano carecen de este pronombre. Le atribuye diferentes connotaciones a ambos sobrinos con características binarias (uno es aceptado por ser *“maduro y responsable”* y el otro es descalificado como si fuera una persona que no pertenece a su familia o que está alejado de los afectos personales: un *“pobre chico”*).

Sesión 10

La décima sesión del dispositivo *GTF* es vincular, por lo cual el funcionamiento de la misma es diferente a las sesiones anteriores. En esta sesión se realiza una entrevista individual por separado de cada adolescente con su madre, padre o adulto responsable del tratamiento, en la cual se evalúan los cinco objetivos fundamentales del *GTF*. Por otra parte, el objetivo fundamental de esta sesión es

completar el proceso diagnóstico y realizar un pronóstico de la situación, para así poder efectuar la derivación correspondiente. En este caso, la entrevista se realizó con Adrián y su tía. En este apartado reproduciremos algunos de los principales fragmentos que dan cuenta de la situación actual del paciente y su convivencia en este nuevo grupo familiar.

En principio, la tía dice: *“en el grupo salieron cosas que estaban como tapadas ... no olvidadas, pero tapadas... como para no pensar en lo que me pasó o en lo que pasó. Y me molestó un poco, me molestó el tener que hablar... no sé si está bien o está mal hablarlo, no? Pero me molestó el tener que hablarlo tener que exponerlo. No en el momento de hablarlo porque me sentí bien... pero después yo me autoanalizo muchísimo y me pongo a pensar y digo: `bueno: si yo ya eso... ya era como que lo tenía eh... eh... no sé si asumido o comprendido o en un rinconcito´. Por qué lo tengo que sacar? Por qué tengo que hablar? Porque me hace mal. Pero bueno por ahí es algo contraproducente. A lo largo del tiempo por ahí me puede llegar a hacer bien y en este momento yo siento como que no, que no me hace bien”*.

La percepción de Adrián de la experiencia en el grupo es diferente: *“me sentí bien en el grupo... lo que más me gustó es que estaban los chicos, hablaban lo que pasaba con cada uno... me hace bien poder escuchar a los demás para ayudarme a mí”*.

En relación con la convivencia cotidiana de Adrián en la familia, su tía dice: *“la relación con los otros tres adultos que estamos en casa, o sea yo, el tío y la abuela sigue igual... es más, con la abuela es cada vez peor... lo que ha mejorado mucho es la relación con los primos más grandes, o sea con mis hijos... para mí eso es importante, porque es una forma de que él se encuentre en la familia porque por alguna puerta tiene que entrar, tiene que empezar a sentirse que es parte de la familia, y creo que es la mejor parte, la parte de los chicos”*.

Un disparador que se utiliza en esta sesión para promover la posibilidad de que se establezca un diálogo entre padres e hijos es preguntar a los adolescentes y a sus padres qué es lo que más y lo que menos les gusta del otro y así lograr un registro que incluya no sólo los aspectos negativos sino también los positivos.

Cuando se le pregunta a la tía qué es lo que más le gusta de Adrián responde: *“lo que me gusta... es... qué difícil... eee... essss... eee..., bueno... esss... servicial. El está ahí atento a mí! eee... para mí éso es importante porque de repente vengo cansada de trabajar y bueno, no hay tiempo de ir a comprar pan! Entonces no hay pan! Entonces yo pregunto: “quién puede ir a comprar pan?” Y él está preparado ahí... O no sé... eee... yo me siento mal y a ver eee.... no está mi otra hija y está él... Le pido “Adrián me podes hacer un té?” y él lo hace... Igual no quita que es medio vago siempre...!”*

En relación con lo que piensa que aún debe modificar responde: *“Y... para mí el punto número uno es el colegio. A ver, explicame por qué el profesor de sociales, el profesor de matemática te pone uno, uno, uno, uno, uno. Porque si vos no entendés la materia, te ponés a estudiar. Porque una cosa es que no entiendas la materia, te podemos ayudar. Pero otra cosa es que vos hagás cosas que vos te das cuenta que están mal. Y en relación al comportamiento en la escuela es pésimo... los mismos compañeros lo han denigrado... no hay un compañero que se siente con él, que comparta con él la hora de clases... él molesta con quien se sienta”.*

Con respecto a su tía, Adrián dice que lo que más le gusta es *“que esté con nosotros... que esté todo el día en casa... algunas veces me hace falta porque yo mucho tiempo no estuve con mi tía... para hablar... para estar... de todo”.* En relación con los aspectos que no le gustan de su tía dice: *“no me deja salir... porque... bah... yo muy chico no soy, yo a veces ando... ando mal... y como me porto mal, no me deja salir... no me deja salir... a jugar a la pelota, ir a bailar algunas veces, o ir a la casa de un amigo con mi primo”.*

En esta sesión podría deducirse el desafecto vedado de la tía por Adrián, manifestado en la construcción del árbol genealógico como el pobre chico impersonal que carece de pronombre “mi”. Cuando se le pregunta por lo que le gusta responde con una calificación autorreferencial y utilitario, describiendo a alguien que está pronto a servirle. Esta actitud de Adrián quizá responda a un miedo a ser rechazado si no cumple con ese lugar de ser servicial y atento para con su tía. Por otro lado, se observa una narrativa de desprecio y falta de

comprensión de la situación que Adrián vivencia en la escuela, responsabilizándolo por no pedir ayuda para mejorar su rendimiento escolar y por no tener amigos. Se detecta una falta de mentalización en cuanto a la imposibilidad de reconocer su propia problemática y la de su sobrino. Esto se correlaciona con el párrafo en el que sostiene que hablar le hace mal. Una interpretación probable sería la dificultad emocional para abordar cuestiones vinculadas con la vida promiscua y desordenada de su hermana fallecida, a raíz de lo cual tuvo que hacerse cargo de sus sobrinos.

En esta sesión se destaca que en contraposición a su tía, Adrián manifiesta que hablar en compañía de pares y escuchar a los otros le resulta beneficioso para sí mismo. En este punto, destacamos que el *GTF* funciona como un marco de contención témporo-espacial y emocional en el que los pacientes valoran su pertenencia. En el discurso se observa la necesidad de compartir un espacio familiar y afectivo con su tía dado que valora que la misma pueda estar con ellos en su casa, con el deseo de que la misma pueda intentar cubrir sus carencias parentales básicas.

5. CONCLUSIONES

En este caso clínico se observa la situación de desvalimiento psicosocial a la que se encuentra expuesto el adolescente.

En primer lugar, considerando los desarrollos psicoanalíticos de la violencia, se observa que sus comportamientos violentos están vinculados con una inhibición en la capacidad de mentalización debido a la presencia de cuidadores incapaces de alojarlo psíquicamente en su mente y establecer un vínculo de apego seguro. El desamparo familiar se representa en una ausencia parental real en este adolescente: abandonado por su madre cuando tenía 4 años, y no reconocido por su padre biológico con quien nunca mantuvo vínculo alguno. Durante su infancia, fue criado por un padre adoptivo maltratador quien lo echó de su casa al enterarse que no era su hijo luego de que él decide visitar a su mamá quien estaba enferma de sida. Al momento de la consulta vivía con su tía materna quien le brinda un espacio físico en su casa y en su familia. Sin embargo, como expresamos en esta

presentación se percibe en el discurso de esta tía ciertas dificultades para vincularse afectivamente con este sobrino al que denomina "*Pobre chico*". En estas circunstancias, ante la falla que se genera en el ambiente familiar que impide la contención y protección de sus miembros, el adolescente queda expuesto a la invasión de procesos tóxicos y traumáticos que impiden un adecuado procesamiento de la libido.

En segundo lugar, es posible pensar que la violencia desencadenada en la institución escolar delata un predominio de la acción por sobre la palabra. Considerando el concepto de estasis libidinal y la falta de una ligadura representacional que habilite la simbolización y el lenguaje, el aparato se ve invadido y sólo puede generar descarga en el contexto exterior. En este punto, destacamos el rol ejercido por la institución escolar que brinda la contención carente en la familia en dos instancias: a través de la denuncia de los malos tratos del padre adoptivo y a través de la derivación a tratamiento terapéutico a partir de las manifestaciones expresados por el paciente (problemas de aprendizaje y problemas de conducta). Estos motivos de consulta manifiestos funcionan en algún sentido como un grito desesperado de pedido de ayuda, ante la imposibilidad de la verbalización de las situaciones traumáticas actuales y pasadas. La posibilidad de comenzar tratamiento terapéutico a través de la inserción en un Grupo de Terapia Focalizada generó la rápida mejora de los síntomas. Esta percepción de comenzar a sentir el cambio por parte del paciente se deba probablemente al espacio de contención no punitivo generado en el grupo a partir de la presencia de un terapeuta con una escucha atenta y reflexiva. Esta situación de trabajo interdisciplinario e interinstitucional permiten generar cierto amparo institucional frente al desamparo familiar y social de este adolescente.

Por otra parte, comprobamos que la utilización de técnicas específicas del *GTF* permitieron focalizar rápidamente temáticas confusas en la mente del paciente. Por ejemplo, en la construcción de los árboles genealógicos se pudo observar que el paciente mantiene una representación idealizada de su familia de origen que no logra integrar con su familia actual y la realidad del abandono que ha padecido por parte de sus progenitores. En relación con su tía, la misma puede graficar su

propio origen y la familia que constituyó con su marido así como también la situación familiar desorganizada y confusa de la vida de su hermana fallecida (una “*cruz muy pesada*”). Los datos proporcionados acerca de la situación familiar de su sobrino con esta técnica nos remiten a la importancia de poder incluirla y analizarla para conocer aquello no verbalizado en el proceso diagnóstico. En este punto, el dispositivo *GTF* permite completar el proceso diagnóstico y discriminar el tipo de tratamiento adecuado. En el caso que nos ocupa, entendemos que uno de los puntos fundamentales del tratamiento es poder generar una transferencia positiva de la tía con el tratamiento para que se constituya en un sostén emocional adecuado para su sobrino.

Como expresamos en la introducción, los actos violentos que constituyen el motivo de consulta suelen encubrir el predominio de una alta vulnerabilidad psicosocial, que ubica a estos adolescentes en una situación de riesgo, desamparo y desvalimiento psíquico. En el caso de Adrián, se pudo observar que los problemas de conducta y de aprendizaje son la pantalla de situaciones traumáticas graves actuales y pasadas imposibles de ser verbalizadas en forma espontánea al momento de la consulta.

Para finalizar, destacamos que esta mejora sintomática no significa un cambio estructural. Sin embargo, es posible pensar en un pronóstico positivo para este paciente que al encontrar respuesta a su demanda, pudo establecer una transferencia con la terapeuta y el grupo y quebrar así con el círculo vicioso de ser rechazado y abandonado.

Referencias Bibliográficas

- **Agüero Gioda, C. & Scorza, D.** (2001) “Impacto de un Desastre en la Sintomatología Mental de los Sujetos Afectados. Estudio Epidemiológico en la Ciudad de Río Tercero”. *APDH-Asamblea Permanente por los Derechos Humanos*. Córdoba
- **Allen, J.** (2001). *Traumatic relationships and serious mental disorders*. Chichester, UK: Wiley. En Martínez, C. Mentalización en Psicoterapia: Discusión Sobre lo Explícito e Implícito de la Relación Terapéutica. *Terapia Psicológica*, Vol. 29, N° 1, 97-105, 2011
- **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. XIX Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología. Octavo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur: “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. XX Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología. Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur: "El Cuerpo y la Psicología. Su dimensión virtual, biológica, como lazo social. Prácticas contemporáneas"*. Tomo 1, 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*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Salud Mental AASM. Serie Conexiones (enviado para su publicación)
- **Cryan, G. & Quiroga, S.** (2014c) Evolución de la Ansiedad en Grupos de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina* (enviado para su publicación)
- **Cryan, G. & Quiroga, S.** (2014d) Valoración de las Actividades Gráficas en el Dispositivo GTF para Adolescentes Violentos" *XXI Anuario de Investigaciones*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. (enviado para su publicación)
- **dio Bleichmar, E.** (2000) "Lo intrapsíquico y lo intersubjetivo: metodología de la psicoterapia de la relación padres/hijos/as desde el enfoque Modular-Transformacional" *Aperturas psicoanalíticas: Hacia modelos integradores*. Revista de psicoanálisis N° 6
- **Donas, S.** (1997) "Vulnerabilidad, Protección y riesgo". OPS/OMS, Caracas. Venezuela
- **Fonagy, P.** (1997) "Apego y la función reflexiva: su rol en la autoorganización". *Development and psychopathology*, 9, 697-700.
- **Fonagy, P.** (2003). The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. *Infant Mental Health Journal*, 24, 212-239. En Martínez, C. Mentalización en Psicoterapia: Discusión Sobre lo Explícito e Implícito de la Relación Terapéutica. *Terapia Psicológica*, Vol. 29, N° 1, 97-105, 2011
- **Fonagy, P.** (2004) Early-life trauma and the psychogenesis and prevention of violence. *Ann.N.Y.Acad.Sci*, 1036: 181-200.
- **Freud, S.** (1895) "Proyecto de una Psicología para neurólogos" en *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores 1978-85, vol. 1.
- **Green, A.** (1972) *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1990
- **Kaës, R. & Puget, J.** (1988) *Violencia de estado y psicoanálisis*. Buenos Aires: 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.
- **Kreiser L.** (1976) *El Niño psicósomático*. Buenos Aires: Huemul N° Quiroga, S, *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*, Buenos Aires: Eudeba, 1998
- **Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. & Lozano, R.** (2003) *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Maltrato y descuido de los menores por los padres u otras personas a cargo*. Washington: D.C., Organización Mundial de la Salud- OMS Publicación científica y técnica N° 588
- **Maldavsky, D.** (1992) *Teoría y Clínica de los Procesos Tóxicos*. Buenos Aires: Amorrortu Editores
- **Marty, P.** (1968) "La dépression essentielle" *Rev. Fr. Psych* 32, 594-599, en Quiroga, S. *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*, Buenos Aires: Eudeba, 1998
- **Quiroga, S.** (1994) *Patologías de la Autodestrucción*. Buenos Aires: Ediciones PubliKar.
- **Quiroga, S. & Belçaguy, M.** (2001) *Adolescencia: ¿crecimiento o autodestrucción?*. Buenos Aires: Editorial JVE Ediciones
- **Quiroga, S. & Cryan, G.** (2004) Adolescentes con conducta antisocial y autodestructiva: estudio epidemiológico y nuevas técnicas terapéuticas. *XII Anuario de Investigaciones*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología. 1, 25-32
- **Quiroga, S. & Cryan, G.** (2005b) Estudio Sociodemográfico y Epidemiológico de una Población Adolescentes en Riesgo Psicosocial. *Memorias de las XII Jornadas de Investigación:*

"Avances, Nuevos Desarrollos e Integración Regional". Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.1, 78-80

- **Quiroga, S. & Cryan, G.** (2006b) Estudio de la Construcción Mental de los Vínculos Intergeneracionales en el Abordaje Psicoterapéutico Grupal de Adolescentes con Conductas Antisociales". *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente: Revista de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. Nº 41-42, pp. 111-146. Madrid: Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente.
- **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. 1, 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,1, 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, 59-80
- **Quiroga, S. & Cryan, G.** (2009a) Percepción Subjetiva de Ayuda en Grupos de Adolescentes Violentos *Memorias del I Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVI Jornadas de Investigación. Quinto Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur "Psicología y Sociedad Contemporánea: Cambios Culturales"*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. 1, 93-96.
- **Quiroga, S. & Cryan, G.** (2009b) Análisis del Macroproceso Terapéutico del Dispositivo Grupo de Terapia Focalizada-GTF para Adolescentes Tempranos Violentos. *XVI Anuario de Investigaciones*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología, 1, 73-83.
- **Quiroga, S. & Cryan, G.** (2009c) Trastornos de Personalidad en Padres de Adolescentes Violentos con Diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial. *XVI Anuario de Investigaciones*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología, 1, 85-94
- **Quiroga, S. & Cryan, G.** [en línea] (2010a) Eficacia Terapéutica de un Dispositivo Grupal para el Abordaje Terapéutico de la Violencia Juvenil. Publicación on-line Enero en <http://www.depsicoterapias.com>
- **Quiroga, S. & Cryan, G.** (2010b) Análisis Cuantitativo y Cualitativo de Sucesos de Vida Traumáticos en Adolescentes Violentos. *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR "Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales"*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología, 1, 92-94
- **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*. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Psicología, 7, 103-111.
- **Quiroga, S. & Cryan, G.** (2010d) Análisis del Microproceso Terapéutico del Dispositivo Grupo de Terapia Focalizada-GTF para Adolescentes Tempranos Violentos *XVII Anuario de Investigaciones*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. 1, 73-83
- **Quiroga, S., Pérez Caputo, M.C., Grubisich, G., Colugio, A. & Cryan, G.** (2010) Evolución de la Depresión en Padres de Adolescentes Violentos en el Dispositivo Grupo de Terapia Focalizada para Padres- GTFP *Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR "Clínica e Investigación. Contribuciones a las Problemáticas Sociales"*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. 1, 95-98
- **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 Nº 1 *Procesos y Resultados*, pp. 200-229.
- **Quiroga, S. & Cryan, G.** (2011c) Análisis de la Función Reflexiva-RF en Grupos de Adolescentes Violentos y su Comparación con el Modelo de Ciclo Terapéutico- TCM. *Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de*

Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR “Interrogantes y Respuestas de la Psicología a las Problemáticas Sociales Actuales”. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. 1, 282-284

▪ **Quiroga, S. & Cryan, G.** (2011d) Guía Terapéutica del Dispositivo Grupos de Terapia Focalizada- GTF para Adolescentes Violentos. *XVIII Anuario de Investigaciones*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. 1, 69-80

▪ **Quiroga, S., Copo, G., Cryan, G., Tocci, R., Gunter, G. & Villalba, R.** (2011) Estudio de la Ansiedad en Padres de Adolescentes Violentos a través del Dispositivo GTFP. *Psicodiagnóstico, Demandas Actuales, Prevención*. Compilador: Marcelo Ale. Ediciones Noagraf: Tucumán, Argentina, 252-256

▪ **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*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Año 17, 3, 107- 127.

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*. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. 1, 261-272

▪ **Zukerfeld, R. & Zonis, R.** (1999) *Psicoanálisis, Tercera Tópica y Vulnerabilidad Somática*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

