

Evolución de la desesperanza en grupos de terapia focalizada para adolescentes violentos (1)

Susana Quiroga*
Glenda Cryan

Resumen

La violencia juvenil en nuestro país ha ido en creciente aumento en las últimas décadas. Debido a la alta demanda de tratamiento que se ha registrado en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA (Directora: Prof. Dra. Susana Quiroga) se creó y desarrolló un dispositivo diagnóstico-terapéutico denominado Grupo de Terapia Focalizada- *GTF*.

El estudio principal abarcó el análisis de resultados y de proceso terapéutico del dispositivo *GTF* para adolescentes tempranos violentos con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial. En esta presentación se mostrará sólo uno de los componentes de este estudio mayor: la evolución de la desesperanza como manifestación de la depresión en los adolescentes violentos.

Los resultados de la *Escala de Desesperanza- BHS* mostraron que en la comparación basal-final del dispositivo *GTF* (N= 42), los adolescentes con Trastorno Negativista Desafiante (TND) y Trastorno Disocial (TD) descienden en forma significativa la desesperanza, considerando el puntaje *Total*. En la comparación basal-final del dispositivo *GTF* por diagnóstico (TND: 17; TD: 25), se observó que los pacientes con TD descienden en forma significativa el puntaje *Total* y el *Factor 3: Expectativas del Futuro*. No se observaron diferencias significativas en la comparación de las diferencias en las medidas basales de las muestras conformadas por diagnóstico, sexo y edad.

Palabras clave: Desesperanza – Adolescentes violentos – Grupos de Terapia Focalizada – Análisis de Resultados

Hopelessness evolution in focused therapy groups for violent adolescents

Abstract

Juvenile violence has increased in our country in the last decades. Due to the high request for treatment registered in the Clinical Psychology Programme for Adolescents, Southern Branch, UBA (Chair: Prof. Dr. Susana Quiroga) a therapeutic-diagnostic device called Focused Therapy Groups- *FTG* has been created and developed.

The main study comprised the outcome and the therapeutic process analysis of the *FTG* device in violent early adolescents diagnosed with Defiant Negative Disorder and Conduct Disorder. In this presentation only one of the components of this main study will be shown: the hopelessness evolution as a manifestation of the depression in violent adolescents.

The outcome of the *Hopelessness Scale – BHS* showed that in the base-final comparison of the *FTG* device (N= 42) the adolescents with Defiant Negative Disorder (DND) and Conduct Disorder (CD) decrease their hopelessness significantly, regarding the *Total* score. In the base-final comparison of the *FTG* device by diagnosis (DND: 17; CD: 25), it was also observed that the patients with CD decrease the *Total* score and *Factor 3: Future Expectations*. No significant differences were observed in the comparison of the differences in the base measures of the samples of diagnosis, sex and age.

Keywords: Hopelessness - Violent adolescents - Focused therapy groups - Outcome analysis

Introducción

La violencia juvenil en nuestro país ha ido en creciente aumento en las últimas décadas. Debido a la alta demanda de tratamiento que se ha registrado en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA (Directora: Prof. Dra. Susana Quiroga) y a las dificultades que se presentan en el abordaje terapéutico de este tipo de pacientes, en el año 1998 se creó y desarrolló un dispositivo diagnóstico-terapéutico denominado Grupo de Terapia Focalizada-

GTF. Este dispositivo ha sido objeto de estudio en el marco de los Proyectos UBACyT 2001-2003 P056 “Detección del Patrón de Interacción Familiar-Grupal y Prevención de Conducta Antisocial y Autodestructiva en Adolescentes”, 2004-2007 P069 “Análisis de Proceso y de Resultados de Terapia Grupal Focalizada de Corto Plazo para Adolescentes con Conducta Antisocial y Autodestructiva” y 2008-2010 P049 “Análisis de Proceso y de Resultados de Terapia Grupal Focalizada de Corto Plazo para Adolescentes con Conducta Antisocial y Autodestructiva y sus Padres” (Directora: Prof. Dra.

* Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Conicet.
Gallo 1463 4ª A (1425) CABA, Argentina. Teléfono 11- 4824 - 4447 E-mail: suquirosa@ciudad.com.ar

Susana Quiroga), subsidiados por la Universidad de Buenos Aires.

En este trabajo se presentarán parte de los resultados de una Tesis de Doctorado (Dra. Glenda Cryan), realizada mediante la obtención de una beca de investigación vinculada a dichos proyectos. Si bien el estudio principal abarcó el análisis de resultados y de proceso terapéutico del dispositivo *GTF* para adolescentes tempranos violentos con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial, en esta presentación se mostrará sólo uno de los componentes de este estudio mayor: la evolución de la desesperanza.

La medición del constructo desesperanza (Aliaga Tovar, Rodríguez De Los Ríos, Ponce Díaz, Frisancho León y Enríquez Vereau, 2006) fue iniciada por Beck y sus colaboradores a partir de la elaboración de la Escala de Desesperanza de Beck (Beck Hopelessness Scale, BHS) basada en el modelo propuesto por Stotland (1969) quien la concibe como un sistema de esquemas cognitivos que tienen en común expectativas negativas acerca del futuro, sea éste inmediato o remoto. Esto implica considerar que la persona desesperanzada cree: 1- que nunca podrá salir adelante por sí misma, 2- que nunca tendrá éxito en lo que ella intente, 3- que nunca podrá alcanzar objetivos importantes, y 4- que nunca podrá solucionar los diversos problemas que afronte en la vida. En esta línea de trabajo, Beck (1967) considera que la desesperanza es uno de los componentes de la depresión, ya que la denominada tríada cognitiva consiste en: 1- una visión negativa de sí mismo, 2- una visión negativa del funcionamiento presente, y 3- una visión negativa del futuro. Este último aspecto es la desesperanza, la cual no sólo subyace a la depresión sino también a otros desórdenes psicológicos (Beck y Steer, 1988).

Desde el punto de vista de la teoría psicoanalítica, Schmale (1972) diferenció dos tipos de afectos depresivos: el desamparo y la desesperanza. El autor entiende que el desamparo es un afecto depresivo asociado con el proceso de separación y el duelo por la pérdida de gratificación; la desesperanza está asociada con la experiencia de la falta, la cual implica una toma de conciencia del sujeto de la imposibilidad de ser aceptado y/o deseado por el otro o de alcanzar un objetivo específico.

Considerando estos desarrollos, entendemos que resulta de fundamental importancia realizar el análisis de la desesperanza como manifestación de la depresión en los adolescentes violentos. El objetivo del presente trabajo es mostrar la evolución de la desesperanza en una muestra de adolescentes violentos con diagnóstico de Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial. La hipótesis es que este tipo de adolescentes descienden la desesperanza en forma significativa luego del dispositivo Grupo de Terapia Focalizada- *GTF*. Este análisis incluyó la comparación basal-final del dispositivo *GTF* (N=42), la comparación basal-final del dispositivo *GTF* por diagnóstico (Trastorno Negativista Desafiante: N=17; Trastorno Disocial: N=25) y la comparación de las diferencias en las medidas basales de

las dos muestras conformadas por diagnóstico, por sexo y por edad.

A continuación se presentará el dispositivo Grupo de Terapia Focalizada- *GTF* con objetivos y técnicas predeterminadas específicas para el abordaje terapéutico de los adolescentes violentos, la metodología empleada en este estudio y los resultados obtenidos sobre la evolución de la desesperanza luego de la aplicación de este dispositivo.

Abordaje Terapéutico Grupal Focalizado y Modulizado

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

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

Es por ello que en el Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA (Directora: Prof. Dra. Susana Quiroga) se desarrolló un dispositivo específico para abordar terapéuticamente a los adolescentes violentos.

Este dispositivo denominado *Grupos de Terapia Focalizada- GTF* (Quiroga y Cryan, 2004, 2008 c, Quiroga, Paradiso, Cryan, et al., 2003, 2004, 2006) 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 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.

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

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

los mismos son:

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

Para el tratamiento de adolescentes violentos de 13 a 15 años con Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial, estos objetivos fueron operacionalizados a través de intervenciones específicas en cada una de las sesiones. Para ello, se construyó una *guía terapéutica* en la que se fijaron los objetivos a trabajar en cada sesión, el desarrollo de los mismos y las técnicas específicas para alcanzarlos. Esta sistematización se debe fundamentalmente a las dificultades de los pacientes para verbalizar sus conflictos intrapsíquicos, lo cual se manifiesta en el “no tener nada que decir” dado que en su mayoría son derivados por instituciones externas y carecen de registro intrapsíquico de los conflictos 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

intrapésicamente. 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. Es por ello que 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.

Método

Se utilizó un diseño pre-post test o diseño de medidas repetidas

Participantes

42 adolescentes de 13 a 15 años consultantes al Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur, UBA, que tras haber completado el proceso de admisión cumplían con los criterios diagnósticos para Trastorno Negativista Desafiante o Trastorno Disocial según el DSMIV. Se excluyeron de la muestra los pacientes que a pesar de cumplir con los criterios diagnósticos del DSMIV para Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial, presentaban: 1) adicción severa a sustancias tóxicas (drogas, alcohol), 2) debilidad mental, 3) analfabetismo, 4) trastornos psiquiátricos mayores (esquizofrenia, paranoia, depresión psicótica) y 5) ausencia de un adulto responsable del tratamiento

Instrumento

El instrumento que se administró con el objetivo de evaluar la desesperanza y los factores que se vinculan a ella (Sentimientos acerca del futuro, Pérdida de motivación y Expectativas del futuro) fue la *Escala de Desesperanza- BHS*. Autores: Beck, A., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974); modificado por Bas, F. y Andrés, V. (1996); *Adaptación argentina*: Mikulic, I.M. (1998). La adaptación del instrumento se realizó mediante la técnica de “back translation”; se analizó la consistencia interna de la escala así como su validez concurrente, predictiva, diferencial y factorial. El coeficiente alpha de confiabilidad del instrumento fue aceptable (Mikulic, Casullo, Crespi y Marconi, 2009)

La *Escala de Desesperanza- BHS* está compuesta por 20 ítems, presentados en forma de frases. El paciente, luego de leer cada frase, debe elegir entre Cierto (si esa frase describe su actitud durante la semana pasada) y Falso (si no la describe). Considerando las

características que presentan estos pacientes (descriptas en el apartado anterior), en esta muestra la escala no se realizó en forma autoadministrada, sino de una manera especial. Con el objeto de obtener un feedback acerca de la comprensión cognitiva de la escala, el terapeuta administró la misma a modo de entrevista individual, leyendo al paciente cada uno de los ítems.

La evaluación permite obtener un puntaje total y un puntaje parcial para cada uno de los factores que evalúa (Sentimientos acerca del futuro, Pérdida de motivación y Expectativas del futuro).

Procedimiento

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

La Comparación basal-final del Dispositivo *GTF* (N=42) se realizó utilizando la Prueba *t* para Muestras Relacionadas. La Comparación basal-final del Dispositivo *GTF* por Diagnóstico (TND: 17; TD: 25) se realizó utilizando el mismo procedimiento. La Comparación de las Diferencias en las Medidas Basales de las dos Muestras conformadas por Diagnóstico (TND: 17; TD: 25), se realizó aplicando la Prueba *t* para Muestras Independientes (el valor de *p* se estimó a dos colas). En aquellos casos en que los datos no cumplieran con los requisitos necesarios para la aplicación de una prueba paramétrica, se procedió a realizar el análisis utilizando una prueba no paramétrica (*U* de Mann-Whitney). La Comparación de las Diferencias en las Medidas Basales de las dos Muestras conformadas por el Sexo de los sujetos (Mujeres: N=5; Varones: N=37) se realizó aplicando la Prueba *t* para Muestras Independientes (el valor de *p* se estimó a dos colas). En aquellos casos en que los datos no cumplieran con los requisitos necesarios para la aplicación de una prueba paramétrica, se procedió a realizar también el análisis utilizando una prueba no paramétrica (*U* de Mann-

Whitney). Estos resultados fueron analizados con precaución debido al reducido número de mujeres que componían la muestra. La Comparación de las Diferencias en las Medidas Basales de las tres Muestras conformadas por la Edad de los sujetos (13 años: N=23; 14 años: N=12; 15 años: N=7) se realizó aplicando el Análisis de la Varianza de un factor. La magnitud del efecto se estimó mediante la *d* de Cohen cuando se había usado la prueba *t* y ésta al cuadrado para los casos en que se usó Análisis de la Varianza.

Resultados

Comparación basal-final del Dispositivo *GTF*

Para realizar la comparación basal-final del dispositivo *GTF* se aplicó la Prueba *t* para Muestras Relacionadas. Considerando el *Total* de los factores, se observó que la desesperanza descendió en forma significativa [$t(41) = 1,76; p = .043$ a una cola]; la media basal fue 5.40 y la final 4.57; $d = .272$. El descenso significativo de la desesperanza probablemente se debió a la tendencia al descenso del *Factor 2 - Pérdida de motivación* y del *Factor 3 - Expectativas del futuro*, aunque independientemente ninguno de ellos resultó significativo. La media basal del *Factor 1 - Sentimientos acerca del futuro* fue 1 y la final 1.05. El *Factor 2 - Pérdida de motivación* presentó una tendencia al descenso, la media basal fue 2.10 y la final 1.76. En el *Factor 3 - Expectativas del futuro* también se observó una tendencia al descenso; la media basal fue 1.71 y la final 1.45.

Estos resultados muestran que la *Desesperanza* disminuyó en forma significativa en los adolescentes con TND y TD luego de la aplicación del dispositivo diagnóstico-terapéutico *GTF*. Teniendo en cuenta que se trata de un dispositivo de corto plazo y tratándose de pacientes con conductas impulsivas de tipo violento, los resultados obtenidos son altamente alentadores en cuanto a la disminución de este afecto negativo y la posibilidad de establecer un vínculo transferencial seguro y estable enmarcado en la relación terapéutica.

Por lo tanto, el establecimiento de un encuadre estable, la pertenencia a un grupo de pares y la presencia de un tipo especial de terapeuta parece ser apropiado para que este tipo de adolescentes comience a tener mejores expectativas para el futuro y recuperar motivaciones para el presente.

Tabla 1. Comparación Basal-Final del Dispositivo *GTF* (Prueba *t* para Muestras Relacionadas)

	Media Basal	Media Final	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Total	5.40	4.57	1,76	41	.043	.272
Factor 1 - Sentimientos acerca del futuro	1	1.05	-,196	41	.42	
Factor 2 - Pérdida de motivación	2.10	1.76	1,236	41	.11	
Factor 3 - Expectativas del futuro	1.71	1.45	1.379	41	.08	

Comparación basal-final del Dispositivo GTF de las dos Muestras conformadas por Diagnóstico

Para realizar la Comparación basal-final del dispositivo *GTF* de las dos Muestras conformadas por Diagnóstico, se aplicó la Prueba *t* para Muestras Relacionadas para cada uno de los diagnósticos (Diagnóstico 1: Trastorno Negativista Desafiante; Diagnóstico 2: Trastorno Disocial). En este sentido, observamos que considerando los diagnósticos por separado (TND: 17; TD: 25), para el TND ni el Total ni los factores descendieron en forma significativa.

Por el contrario, para el TD descendió en forma significativa el *Total* y el *Factor 3- Expectativas del futuro*. Los resultados para el *Total* fueron: $t(24) = 1,948$; $p = .031$ a una cola, siendo la media basal 5.52 y la final 4.24; $d = .390$. Los resultados para el *Factor 3 Expectativas del futuro* fueron: $t(24) = 2,243$; $p = .017$ a una cola; siendo la

media basal 1.76 y la final 1.24; $d = .449$. Estos resultados indican que los pacientes con diagnóstico de TD ($N = 25$) son los que marcarían la tendencia al descenso significativo de la Desesperanza considerando el total de la muestra ($N = 42$) desarrollado en el punto anterior. Asimismo, estos pacientes descienden en forma significativa el *Factor 3- Expectativas del futuro*, lo cual resulta muy importante en pacientes que suelen exponerse a situaciones de riesgo en los que la vida misma carece de valor y la noción de un futuro más favorable es desestimada. Resulta importante conjeturar que si bien de acuerdo al DSMIV la gravedad del TD es mayor que la del TND, en nuestra muestra el ofrecimiento de un vínculo estable, seguro y consistente en el marco del *GTF*, generó respuestas altamente positivas expresadas a través del descenso de la desesperanza.

Tabla 2.1 Comparación Basal-Final del Dispositivo GTF por Diagnóstico: TND (Prueba *t* para Muestras Relacionadas)

	Media Basal	Media Final	<i>T</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Total	5.24	5.06	.272	16	.39
Factor 1- Sentimientos acerca del futuro	1.12	1.19	-.394	16	.34
Factor 2- Pérdida de motivación	1.76	1.71	.212	16	.41
Factor 3- Expectativas del futuro	1.65	1.76	-.382	16	.35

Tabla 2.2 Comparación Basal-Final del Dispositivo GTF por Diagnóstico: TD (Prueba *t* para Muestras Relacionadas)

	Media Basal	Media Final	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Total	5.52	4.24	1.948	24	.03	.390
Factor 1- Sentimientos acerca del futuro	.92	.88	.143	24	.44	
Factor 2- Pérdida de motivación	2.32	1.80	1.260	24	.11	
Factor 3- Expectativas del futuro	1.76	1.24	2.243	24	.01	.449

Comparación de las Diferencias en las Medidas Basales de las dos Muestras conformadas por Diagnóstico

Para realizar la comparación de las Diferencias en las Medidas Basales de las dos Muestras conformadas por Diagnóstico se aplicó la Prueba *t* para Muestras Independientes (Diagnóstico 1: Trastorno Negativista Desafiante; Diagnóstico 2: Trastorno Disocial).

Considerando las medidas basales de las dos muestras conformadas por diagnóstico, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes iniciales entre ambos diagnósticos. Las medias basales se describen a continuación: *Total*: TND: 5.24; TD: 5.52; *Factor 1- Sentimientos acerca del Futuro*: TND: 1.12; TD: 0.92; *Factor 2- Pérdida de Motivación*: TND: 1.76; TD: 2.32; *Factor 3- Expectativas del Futuro*: TND: 1.65; TD: 1.76

Tabla 3. Comparación de las Diferencias en las Medidas Basales de las dos Muestras conformadas por Diagnóstico (Prueba *t* para Muestras Independientes)

	Media Basal TND	Media Basal TD	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Total	5.24	5.52	-.246	40	.40
Factor 1- Sentimientos acerca del futuro	1.12	0.92	.524	40	.30
Factor 2- Pérdida de motivación	1.76	2.32	.846	40	.20
Factor 3- Expectativas del futuro	1.65	1.76	-.275	40	.39

Comparación de las Diferencias en las Medidas Basales de las dos Muestras conformadas por Sexo

Para realizar la comparación de las Diferencias en las Medidas Basales de las dos Muestras conformadas por Sexo, se aplicó la Prueba *t* para Muestras Independientes (1: Mujeres; 2: Varones) y la Prueba *U* de Mann-Whitney. En el caso del *Factor 1- Sentimientos acerca del futuro*, el

valor obtenido en la *U* de Mann-Whitney está muy cercano al nivel de significación y el de la Prueba *t* es significativo, siendo que las mujeres presentan valores más altos que los varones: *U* de Mann-Whitney ($p=.052$); $t(40) = 2,083$; $p = .044$; Mujeres: 2.00; Varones: 0.86; $d = .992$. En el *Total* y en los demás factores no se encontraron diferencias significativas.

Tabla 4. Comparación de las Diferencias en las Medidas Basales de las dos Muestras conformadas por Sexo (Prueba *t* para Muestras Independientes- *U* de Mann-Whitney)

	Media Basal Mujeres	Media Basal Varones	<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>U</i>	<i>d</i>
Total	6	5.32	.385	40	.35		
Factor 1- Sentimientos acerca del futuro	2	0.86	2.083	40	.044	.052	.992
Factor 2- Pérdida de motivación	2	2.11	-.108	40	.45		
Factor 3- Expectativas del futuro	1.60	1.73	-.208	40	.41		

Comparación de las Diferencias en las Medidas Basales de las tres Muestras conformadas por Edad

Para realizar la comparación de las Diferencias en las Medidas Basales de las tres Muestras conformadas por Edad, se realizó un Análisis de la Varianza de un factor. No se encontraron diferencias significativas por edad. A

continuación, se presentan las medias basales: *Total*: 13 años= 5.78; 14 años= 4.67; 15 años= 5.43; *Factor 1- Sentimientos acerca del Futuro*: 13 años= 1.17; 14 años= 0.58; 15 años= 1.14; *Factor 2- Pérdida de Motivación*: 13 años= 2.30; 14 años= 1.83; 15 años= 1.86; *Factor 3- Expectativas del Futuro*: 13 años= 1.78; 14 años= 1.50; 15 años= 1.86

Tabla 5. Comparación de las Diferencias en las Medidas Basales de las dos Muestras conformadas por Edad (Análisis de la Varianza de un Factor)

	Media Basal 13 años	Media Basal 14 años	Media Basal 15 años	<i>F</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Total	5.78	4.67	5.43	.359	2	.35
Factor 1- Sentimientos acerca del futuro	1.17	0.58	1.14	1.034	2	.18
Factor 2- Pérdida de motivación	2.30	1.83	1.86	.247	2	.39
Factor 3- Expectativas del futuro	1.78	1.50	1.86	.231	2	.39

En síntesis, el análisis estadístico realizado para la Escala de Desesperanza- BHS permitió comprobar que en la Comparación basal-final del dispositivo *GTF* (N=42) los adolescentes con Trastorno Negativista Desafiante (TND) y Trastorno Disocial (TD) descendieron en forma significativa la desesperanza, considerando el puntaje *Total* luego de realizar el dispositivo. En la Comparación basal-final del dispositivo *GTF* por diagnóstico (TND: 17; TD: 25), se observó que los pacientes con TD descendieron en forma significativa el puntaje *Total* y el *Factor 3- Expectativas del Futuro*, lo cual indicaría que los pacientes con este diagnóstico marcarían el descenso significativo en el puntaje *Total* de la muestra (N=42).

En la Comparación de las diferencias en las medidas basales de las dos muestras conformadas por diagnóstico, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes iniciales entre ambos diagnósticos tanto

para el puntaje *Total* como para cada uno de los factores. Asimismo, no se observaron diferencias significativas en cuanto al género y la edad, aunque ambos análisis son preliminares y los resultados son analizados con precaución debido a que las muestras conformadas son muy pequeñas para establecer conclusiones.

Discusión

En este trabajo se estudió la evolución de la desesperanza en Grupos de Terapia Focalizada- *GTF* para adolescentes violentos.

En primer lugar, es importante rescatar la importancia de realizar estudios específicos de *proceso y resultados terapéuticos* acerca de la efectividad en tratamientos de adolescentes violentos en nuestro país, ya que como plantea Kazdin (2001) la mayor deficiencia en la investigación de la terapia para niños y

adolescentes radica en la falta de atención dedicada a descubrir científicamente cómo se produce el cambio terapéutico. La mayoría de los estudios acerca de la efectividad de los tratamientos se ha basado en la reincidencia en el delito y en las medidas de adaptación psicológica, adaptación institucional, adaptación escolar y adaptación laboral (Redondo Illescas y Sánchez Meca, 2008). Este tipo de estudios permite analizar la eficacia terapéutica de los tratamientos en una muestra importante de sujetos, pero la globalidad de los mismos hace que se pierda especificidad en cuanto al proceso que lleva a que se produzca el cambio terapéutico.

En este punto, se plantea la necesidad de desarrollar tratamientos específicos para abordar la problemática de la violencia juvenil, ya que la misma ha aumentado en muchas partes del mundo (Alleyne, 2002; Butchart, Phinney, Check y Villaveces, 2004; Mercy, Butchart, Farrington y Cerdá, 2002; Pinhei, 2006; Tamm, 2003; Urta, 2007; Waiselfisz, 2008; Yunes y Zubarew, 1999) así como también en nuestro país (Beloff y Palmieri, 2003; Casanovas, 2001; Falbo, 2008; Iglesias, 2008; Kornblit, 2008; Marconi, 2003; Mariani, 2003; Palmieri, Pol, Wagmaister y Lanziani, 2008; Spinelli, Alazraqui, Macías, Zunino y Nadalich, 2005; Vasile, Reyes y Elbert, 2000; Vázquez, 2001).

Este tipo de pacientes presenta dificultades para los tratamientos psicodinámicos clásicos, fundamentalmente por las características propias de la franja etárea de la adolescencia y por las particularidades propias que presentan los adolescentes violentos para su abordaje. Estas dificultades se vinculan en forma directa con la caracterización intrapsíquica e intersubjetiva de estos pacientes (Quiroga y Cryan, 2004, 2005 b, 2007 c, d) que se manifiesta en la limitación de la capacidad elaborativa del psiquismo, el desmantelamiento de la subjetividad, la reiteración de situaciones amenazantes y disruptivas de su historia, el volumen real de agresión, destrucción y odio que vuelcan contra los que tratan de modificarlos, la carencia de expresión verbal, las perturbaciones específicas en su sistema de control en el yo y en el superyo, la falta de reconocimiento del rol del terapeuta, los límites difusos entre el mundo externo e interno de su mente y las relaciones vinculares marginales que suelen establecer en el contexto en el que viven.

El dispositivo Grupos de Terapia Focalizada- *GTF* tiene por finalidad abordar en forma específica la problemática de la violencia juvenil. Este dispositivo cuenta con objetivos y técnicas predeterminadas, lo cual provee un marco de contención estable que regula los desbordes pulsionales que conlleva la actuación violenta. Estos desbordes encubren un afecto negativo: la desesperanza, entendida como un componente de la depresión, que es la variable que se estudió en este trabajo. Este afecto es imposible de ser verbalizado, y por lo tanto, se manifiesta en actos de destrucción dirigidos a otros y de autodestrucción dirigidos a sí mismo.

Las características de una persona desesperanzada (Beck, 1967) que incluyen la imposibilidad de salir

adelante por sí mismo, de tener éxito, de alcanzar objetivos y de solucionar los problemas de la vida, nos lleva a pensar en la importancia de estudiar este afecto en los adolescentes violentos. Dado que este tipo de pacientes no puede tomar conciencia de lo traumático que significa no ser aceptados y/o deseados por el otro o poder alcanzar un objetivo específico (Schmale, 1972), suelen exponerse a situaciones de alto riesgo, en las cuales su propia vida y la de los otros carecen de valor, expresado en la frase: "qué me importa si ya estoy jugado". El mañana no existe para estos adolescentes que no pueden vislumbrar el futuro, dado que lo que predomina es la desesperanza.

En este estudio se pudo observar que la desesperanza inicial que presentaron los adolescentes violentos descendió en forma significativa luego de la aplicación del dispositivo *GTF*. A partir del establecimiento de un encuadre estable, la pertenencia a un grupo de pares y la presencia de un terapeuta empático que se pueda identificar con el sentimiento desestimado de la desesperanza, los adolescentes pudieron comenzar a tener mejores expectativas para el futuro así como también recuperar motivaciones para el presente.

Es interesante considerar que al realizar la comparación basal-final del dispositivo *GTF* por diagnóstico, los adolescentes con Trastorno Disocial descendieron en forma significativa la desesperanza y el *Factor 3- Expectativas del Futuro*. Considerando que los criterios diagnósticos del TD son más graves que los del TND (de acuerdo al DSMIV), una posible explicación de este descenso estaría dada por la relación segura y empática que brinda el terapeuta que puede soportar las agresiones y las tormentas afectivas y pasionales (Kernberg, 2003) que se generan en el transcurso de las sesiones grupales.

La realización de estudios empíricos puede ser considerada como un primer paso que facilite la comprensión de la violencia juvenil y que evalúe la eficacia terapéutica de un dispositivo específico, desarrollado para abordar terapéuticamente a los adolescentes violentos. En este sentido, en esta investigación de carácter exploratorio se pudo comprobar que el dispositivo *GTF* resultó eficaz para que los adolescentes violentos desciendan en forma significativa la desesperanza.

Sin embargo, estos resultados han sido analizados con precaución dado que el tamaño de la muestra es pequeño. Entendemos que sería adecuado replicar este estudio en una muestra más amplia de adolescentes tempranos violentos. Asimismo, sería pertinente ampliar la muestra de mujeres y las muestras conformadas por edad, dado que las mismas son muy reducidas.

En trabajos posteriores mostraremos otros aspectos del análisis de resultados que hemos realizado y que incluyen el estudio de otras variables, tales como depresión, ansiedad, disociación, historia antisocial entre otras, así como también los resultados del análisis de proceso terapéutico.

Notas

1. Los resultados presentados forman parte de la tesis de Doctorado de la Dra. Glenda Cryan, realizada mediante la obtención de una beca de investigación en el marco de los proyectos UBACYT 2004-2007 P069 “Análisis de Proceso y de Resultados de Terapia Grupal Focalizada de Corto Plazo para Adolescentes con Conducta Antisocial y Autodestructiva” y 2008-2010 P049 “Análisis de Proceso y de Resultados de Terapia Grupal Focalizada de Corto Plazo para Adolescentes con Conducta Antisocial y Autodestructiva y sus Padres (Directora: Prof. Dra. Susana Quiroga), subsidiados por la Universidad de Buenos Aires.

Referencias

- Aliaga Tovar, J., Rodríguez de los Ríos, L., Ponce Díaz, C., Frisancho León, A. & Enríquez Vereau, J. (2006). Escala de Desesperanza de Beck (BHS): Adaptación y Características Psicométricas, *Revista IIPSI Facultad de Psicología UNMSM*, 9, 69-79.
- Alleyne, G. (2002). *La Salud en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud-OPS, 1, 587
- American Psychiatric Association-APA (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) Washington, DC: Author
- Beck, A. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Beck, A. & Steer, R. (1988). *Beck Hopelessness Scale. Manual*. New York: The Psychological Corporation Harcourt Brace Jovanovich, Inc.
- Beloff, M y Palmieri, G. (2003) *Situación de niños, niñas y adolescentes privados de libertad en la Provincia de Buenos Aires*. Centro de Estudios Legales y Sociales-CELS, 155-157.
- Butchart, A., Phinney, A., Check, P. & Villaveces, A. (2004) *Prevención de la violencia: guía para aplicar las recomendaciones del Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*. Departamento de Prevención de los Traumatismos y la Violencia, Organización Mundial de la Salud- OMS, 1-9.
- Casanovas, J. (2001, Enero 2) Hay que bajar la edad de imputabilidad a 14 años. Buenos Aires: *Diario Clarín*
- Falbo, M.C. (2008) *Estadísticas Poder Judicial de la Provincia de Buenos Aires*. Departamento de Estadísticas de la Procuración General de la Suprema Corte de Justicia. Suprema Corte de Justicia de la Provincia de Buenos Aires www.scba.gov.ar
- Iglesias, M. (2008, Abril 6) El 15% de los chicos de primaria con problemas psicológicos serios. Buenos Aires: *Diario Clarín*
- Kaës, R. & Puget, J. (1988) *Violencia de estado y psicoanálisis*. Buenos Aires: CEA, 1991
- Kazdin, A. (2001) Estado Actual de la Investigación Psicoterapéutica del Niño y del Adolescente. *Psicología Iberoamericana*, 9, 63-73.
- 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*, Philadelphia: Saunders, 553-570.
- (2003) La gestión de las tormentas afectivas en la psicoterapia psicoanalítica de los pacientes borderline. *Aperturas psicoanalíticas: Hacia modelos integradores*. Revista de psicoanálisis, 15.
- Kornblit, A. (2008) *Violencia Escolar y Climas Sociales*. Buenos Aires: Editorial Biblos .
- Marconi, E. (2003) *Indicadores de Mortalidad*. Dirección de Estadísticas e Información en Salud - DEIS www.deis.gov.ar
- Mariani, E. (2003). El fenómeno delictivo en Buenos Aires: seguridad ciudadana y rol de la policía. *Revista IIDH Edición Especial sobre Justicia y Seguridad*, 38, 153-198.
- Mercy, J., Butchart, A., Farrington, D. & Cerdá, M. (2002) *Primer Informe sobre la violencia y la salud*. Organización Mundial de la Salud- OMS, 25-55.
- Mikulic, I.M. (1998). *Ecoevaluación Psicológica del Exdelincuente en su Ambiente Natural*. Universidad de Belgrano, Tesis Doctoral no publicada.
- Mikulic, I.M., Casullo, G., Crespi, M. & Marconi, A. (2009). Escala de Desesperanza BHS (A. Beck, 1974): Estudio de las Propiedades Psicométricas y Baremización de la Adaptación Argentina. *XVI Anuario de Investigaciones*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, 365-373.
- Palmieri, G. Pol, L. Wagmaister, F. Lanziani, A. (2008). *Derechos Humanos en Argentina. Informe 2008* Centro de Estudios Legales y Sociales- CELS. Buenos Aires: Siglo XXI Editores. 91-142.
- Pinhei, P. (2006). *La violencia contra niños, niñas y adolescentes*. Informe de América Latina en el marco del Estudio Mundial de las Naciones Unidas, 36-70.
- 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, 25-32.
- (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, 78-80.
- (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, 104-106.
- (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, 31-41.
- (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., Paradiso, L., Cryan, G., Moreno, C. & Auguste, L. (2003). La vincularidad en grupos paralelos de terapia focalizada para adolescentes tempranos con conductas antisociales y sus padres. *Memorias de las X Jornadas de Investigación: "Salud, educación, justicia y trabajo. Aportes de la investigación en Psicología"*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, 95-97.
- Quiroga, S., Paradiso, L., Cryan, G., Auguste, L. & Zaga, D. (2004). Abordaje terapéutico para adolescentes tempranos con conductas perturbadoras: Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial. *Memorias de las XI Jornadas de Investigación: "Psicología, sociedad y cultura"*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, 71-73.
- Quiroga, S., Paradiso, L. & Cryan, G. (2006). Resultados de la Psicoterapia Grupal Psicodinámica Focalizada- GTF en una Muestra de Adolescentes con Conductas Perturbadoras y Padres con Trastornos de la Personalidad. *Memorias de las XIII Jornadas de Investigación y Segundo Encuentro de Investigadores del Mercosur: "Paradigmas, métodos y técnicas"*. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología, 59-61.
- Redondo Illescas, S. & Sánchez Meca, J. (2008). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la delincuencia juvenil. En Pérez Alvarez, M., Fernández Hermida, J., Fernández Rodríguez, C. & Amigo Vázquez, I. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y Adolescencia*. España: Ediciones Pirámide, 183-214.
- Schmale, A.H. (1972). Depression affect, character style and symptom formation. In R. Holt & E. Peterfreund (Eds), *Psychoanalysis and contemporary science*. New York: Macmillan, 327-351.
- Scotland, E. (1969). *The psychology of hope*. San Francisco: Jossey Bass.
- Spinelli, H., Alazraqui, M., Macías G., Zunino M.G. & Nadalich, J.C. (2005) *Muertes violentas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Una mirada desde el Sector Salud*. Representación OPS/OMS en Argentina: Buenos Aires, 60, 17-33.
- Tamm, P. (2003). Diagnóstico sobre la situación de niñas, niños y adolescentes en 21 países de América Latina. *Informe de Noticias Aliadas para Save the Children Suecia*. Suecia: Save the Children, 33-45.
- Urrea, J. (2007). *El pequeño dictador*. España: Esfera de libros.
- Vasile, V., Reyes, F. & Elbert, L. (2000) *Estudio sobre menores en conflicto con la ley penal*. Secretaría de Política Criminal y Asuntos Penitenciarios, Dirección Nacional de Política Criminal, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación Argentina. www.jus.gov.ar
- Vázquez, M. (2001). *Aspectos epidemiológicos y socioculturales de la mortalidad por causas violentas en adolescentes varones residentes en el Gran Buenos Aires*. Maestría en Ciencias Sociales y Salud. CEDES - FLACSO/ Organización Panamericana de la Salud- OPS.
- Waiselfisz, J. (2008). *Mapa de la Violencia*. Organización de Estados Iberoamericanos para el Estudio de la Ciencia y la Cultura- OEI, 98-108.
- Yunes, J. y Zubarew, T. (1999). Mortalidad por Causas Violentas en Adolescentes y Jóvenes: Un Desafío para la Región de las Américas. *Rev. Bras. Epidemiol*, 1, 102-171.

Fecha de recepción: 19-03-10

Fecha de aceptación: 02-09-10