

ABORDAJE TERAPEUTICO PARA ADOLESCENTES TEMPRANOS CON CONDUCTAS PERTURBADORAS: TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y TRASTORNO DISOCIAL.

Dra. Susana Quiroga, Lic. Liliana Paradiso, Lic. Glenda Cryan, Leandro Auguste y Darío Zaga.

Cita:

Dra. Susana Quiroga, Lic. Liliana Paradiso, Lic. Glenda Cryan, Leandro Auguste y Darío Zaga (2004). *ABORDAJE TERAPEUTICO PARA ADOLESCENTES TEMPRANOS CON CONDUCTAS PERTURBADORAS: TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y TRASTORNO DISOCIAL. XI Jornadas de Investigación. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-029/11>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eVAu/rUk>

198 - ABORDAJE TERAPEUTICO PARA ADOLESCENTES TEMPRANOS CON CONDUCTAS PERTURBADORAS: TRASTORNO NEGATIVISTA DESAFIANTE Y TRASTORNO DISOCIAL

Autor/es

Autores: Dra. Susana Quiroga, Lic. Liliana Paradiso, Lic. Glenda Cryan, Leandro Auguste y Darío Zaga.

Institución que acredita y/o financia la investigación

Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires

Resumen

En este trabajo se presenta el abordaje terapéutico de la Unidad de Violencia del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, Sede Regional Sur-Avellaneda - UBA (Directora: Dra. Susana Quiroga). Se presentan los resultados obtenidos en Grupos de Terapia Focalizada (GTF) de dos muestras de adolescentes tempranos (13 a 15 años) con conductas perturbadoras: Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial leve, con y sin Grupo de Encuadre Vincular y Representacional previo (GEVR). En el GTF sin GEVR, se observó que la disminución de los puntajes en los cuestionarios de ansiedad y desesperanza se correspondió en la clínica con una mayor comunicación radial de los pacientes con el terapeuta y un incremento de la posibilidad de escucha de sus propios problemas. En el GTF con GEVR, la disminución en los puntajes de los cuestionarios de desesperanza, ansiedad rasgo y depresión, especialmente en las subescalas inefectividad y anhedonia, se correspondió en la clínica con una mayor disposición a la escucha, al igual que en la muestra anterior, pero con una conexión emocional con los traumas infantiles de su historia familiar (abuso físico

y emocional, violencia familiar). El aumento de la ansiedad estado en estos pacientes se manifestó en una mayor implicación personal.

Resumen en Inglés

THERAPEUTIC APPROACH FOR EARLY ADOLESCENTS WITH DISRUPTIVE BEHAVIOUR: DEFIANT NEGATIVE DISORDER AND ANTISOCIAL DISORDER

The therapeutic approach of the Violence Unit of the Clinical Psychology Program for Adolescents, Southern Branch Avellaneda, UBA (Chair: Dr Susana Quiroga) is presented in this study. The results obtained in the Focused Therapy Groups (FTG) of two samples of early adolescents (aged 13-15) with disruptive behaviour: Defiant Negative Disorder and mild Antisocial Disorder, with or without previous Bond and Representation Framework Group (BRFG) are presented. In the FTG without BRFG, the decrease in the scores of the anxiety and hopelessness questionnaires was closely related to a better radial communication between the patients and their therapists and an increase in the possibility to listen to their own problems. In the FTG with BRFG, the decrease in the scores of the hopelessness and anxiety trait and depression questionnaires, especially in the ineffectiveness and unhedonist subscales, was closely connected to a better attitude towards listening, as in the previous sample, but there was an emotional connection with childhood traumas arising from their family history (physical and emotional abuse, family violence). The increase in the anxiety state in these patients became evident in the higher personal involvement.

Palabras Clave

grupos adolescentes conductas perturbadoras

INTRODUCCION

En este trabajo se presenta el abordaje terapéutico de la Unidad de Violencia del Programa de Psicología Clínica para Adolescentes, correspondiente al Proyecto

de Investigación UBACYT 2001-2003 P056, que se lleva a cabo en la Sede Regional Sur- Avellaneda - UBA (Directora: Dra. Susana Quiroga).

Se presentan los resultados obtenidos en Grupos de Terapia Focalizada (GTF) de dos muestras de adolescentes tempranos (13 a 15 años) con conductas perturbadoras: Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial leve, con y sin Grupo de Encuadre Vincular y Representacional previo (GEVR).

Se muestra la comparación de ambas muestras, teniendo en cuenta:

1. las definiciones de Trastornos de comportamientos perturbadores en la infancia, niñez o la adolescencia según los criterios del DSMIV
2. el abordaje modulizado creado para estas patologías: GEVR y GTF
3. la metodología
4. los resultados obtenidos en los cuestionarios que evalúan ansiedad, depresión y desesperanza y la información clínica acerca de la adherencia al tratamiento (asistencia, deserción e intervención espontánea)

1) DEFINICIONES DE TRASTORNOS DE COMPORTAMIENTOS PERTURBADORES EN LA INFANCIA, NIÑEZ O LA ADOLESCENCIA SEGÚN LOS CRITERIOS DEL DSMIV

Trastorno Disocial: es un patrón de comportamiento repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales. Se dividen en cuatro grupos: comportamiento agresivo que causa daño físico o amenaza a otras personas o animales, no agresivo que causa pérdidas o daños a la propiedad, fraudes o robos y violaciones graves de las normas. Provoca deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral y suele presentarse en distintos contextos: hogar, escuela o comunidad. Puesto que los sujetos tienden a minimizar sus problemas comportamentales, el clínico con frecuencia debe fiarse de otros informadores. Factores predisponentes: rechazo y abandono de los padres, temperamento infantil difícil, prácticas educativas incoherentes con disciplina dura, abusos físicos o sexuales, carencia de

supervisión, primeros años de vida en instituciones, cambios frecuentes de cuidadores, familia numerosa, asociación a un grupo de compañeros delincuentes y ciertos tipos de psicopatología familiar.

Trastorno Negativista Desafiante: es un patrón recurrente de comportamiento negativista, desafiante, desobediente y hostil, dirigido a las figuras de autoridad, que persiste por lo menos durante 6 meses y se caracteriza por la frecuente aparición de cuatro de los siguientes comportamientos: accesos de cólera, discusiones con adultos, desafiar o negarse a cumplir las demandas o normas de los adultos, llevar a cabo actos que molestarían a otras personas, acusar a otros de sus propios errores, ser quisquilloso o sentirse fácilmente molesto, mostrarse iracundo y resentido, ser rencoroso o vengativo. Los comportamientos deben producir deterioro significativo de la actividad social, académica o laboral.

2) ABORDAJE MODULIZADO CREADO PARA ESTAS PATOLOGÍAS: GEVR Y GTF

Grupos de Encuadre Vincular y Representacional (GEVR): Son grupos de espera -abiertos y específicos- con una frecuencia semanal de una hora y media de duración. Están organizados en módulos pautados que incluyen los siguientes tópicos: 1) *informar* acerca del problema utilizando material gráfico ilustrativo, 2) *favorecer* la expresión verbal del problema, estimulando la participación de los pacientes para formular preguntas acerca del trastorno que padecen, 3) *establecer* vínculos con la institución, los terapeutas y los pares, 4) *evitar* la profundización en los problemas personales y 5) *prevenir* la deserción producida por el tiempo de espera.

Grupos de Terapia Focalizada (GTF): Son grupos cerrados con modalidad psicodinámica, que constan de diez (10) reuniones de una vez por semana de una hora y media de duración, con temática focalizada, de acuerdo con edad, fase evolutiva, educación y criterio diagnóstico individual. Se distribuyen de la siguiente forma: dos reuniones multifamiliares al principio y al final del *GTF*, siete reuniones grupales paralelas con los adolescentes y los padres y una familiar individual de

evaluación final y derivación. Sus objetivos son la detección de: 1) patrones de interacción familiar y grupal a través de grupos de terapia paralelos de padres e hijos, 2) la capacidad de cambio psíquico del grupo familiar y 3) la prevención de conductas antisociales y autodestructivas. (Quiroga, S., et.al, 2003)

Una vez finalizado el GTF, los pacientes son derivados a un Grupo Terapéutico Definitivo (GTD), a Terapia Individual, a Terapia Familiar, a Servicios externos de cuidado intensivo o a la Repetición del Primer Módulo GTF .

3) METODOLOGÍA

Universo: adolescentes tempranos (13 a 15 años) de ambos sexos con conductas perturbadoras y diagnóstico presuntivo de Trastorno Negativista Desafiante y Trastorno Disocial leve.

Muestras: 17 adolescentes conforman la muestra que realizó GTF sin GEVR previo y 10 adolescentes conforman la muestra que realizó GTF con GEVR previo.

Instrumentos: Los cuestionarios administrados fueron:

- *Inventario de Depresión Infantil - CDI* (Kovacs, M., 1995) que evalúa depresión en adolescentes y consta de 5 subescalas: Estado de Animo Negativo, Problemas Interpersonales, Inefectividad, Anhedonia y Autoestima Negativa;
- *Inventario de Ansiedad IDARE E-R* (Spielberger H., Díaz Guerrero R. (1975), que evalúa ansiedad en adolescentes en dos dimensiones: estado y rasgo
- *Escala de Desesperanza BHS* (Beck, Weissman, Lester Y Trexler- 1974, adapt. Bas, F. y Andrés, V.-1986), que evalúa sentimientos y expectativas acerca del futuro y pérdida de motivación.

4) RESULTADOS OBTENIDOS EN LOS CUESTIONARIOS QUE EVALÚAN ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DESESPERANZA E INFORMACIÓN CLÍNICA ACERCA DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Muestra de GTF sin Grupo de Encuadre Vincular y Representacional previo

Depresión: en este abordaje, se observó que el 53% de los pacientes disminuyó la *depresión*, el 30 % aumentó y el 17% se mantuvo igual. Con respecto a la evaluación pre-post test, se registró un leve aumento de la media (Basal: 51,18 y Final 52,88, no siendo significativa la Prueba de Muestras Apareadas basal-final $p=.547$).

Ansiedad: se observó que el 70% de los pacientes disminuyó la *ansiedad estado* y el 64% la *ansiedad rasgo*. Con respecto a la evaluación pre-post test, hubo una disminución de la media de la *ansiedad estado* (Basal: 42,41, Final: 36,29, $p=.017$) y de la *ansiedad rasgo* (Basal: 44,88, Final: 36,39, $p=.012$), siendo significativas las Pruebas de Muestras Apareadas basal-final.

Desesperanza: casi el 60% de los pacientes descendió la *desesperanza*. Con respecto a la evaluación pre-post test, se observó una disminución significativa de la misma (Basal: 5,47, Final: 3,94, $p=.045$).

Adherencia: para este ítem se tomaron en cuenta asistencia, deserción e intervenciones espontáneas (asociación verbal del paciente acorde con la temática grupal, evaluada en la primer sesión). El porcentaje total de *asistencias* fue 59%, la *deserción* alcanzó el 33,33% y 24 fue la media de *intervenciones espontáneas*.

Muestra de GTF con Grupo de Encuadre Vincular y Representacional previo

Depresión: en este abordaje, se observó que el 60% de los pacientes disminuyó la *depresión*, el 20% la aumentó y el 20% se mantuvo igual. Con respecto a la evaluación pre-post test, se registró una disminución de la media (Basal: 51,6 y Final 48,2 siendo significativa la Prueba de Muestras Apareadas basal-final $p=.052$). Las subescalas del cuestionario *anhedonia* e *inefectividad*, disminuyeron

de manera significativa en esta muestra (*Inefectividad*: Basal: 59,1; Final 55; $p=.051$; *Anhedonia*: Basal: 47,2; Final 43,1; $p=.034$).

Ansiedad: el 40% de los pacientes disminuyó la *ansiedad estado* y el 70 % la *ansiedad rasgo*. Con respecto a la evaluación pre-post test, se observó un leve aumento de la media de la *ansiedad estado* (Basal: 37,1, Final 38,6, $p=.784$) y una disminución de la media de la *ansiedad rasgo* (Basal: 44,2, Final: 40,7, $p= .156$), no siendo significativas las Pruebas de Muestras Apareadas basal-final.

Desesperanza: el 60% de los pacientes disminuyó la *desesperanza*. Con respecto a la evaluación pre-post test, se observó que, si bien esta disminución es menor que en la muestra sin GEVR (Basal: 3,9, Final: 3,7, $p=.801$), la evaluación basal de esta muestra (3,9) es igual a la evaluación final del GTF sin GEVR (3,94).

Adherencia: el porcentaje total de *asistencia* fue 64%, la *deserción* alcanzó el 20% y la media de *intervenciones espontáneas* en la primer sesión fue 50, superando en un 100% la media de *intervenciones espontáneas* de la muestra GTF sin GEVR previo.

DISCUSION Y CONCLUSIONES

El abordaje técnico de estas patologías presenta serias dificultades en el tratamiento psicoterapéutico debido a las características de estos pacientes, que se agravan por el riesgo y la urgencia social que demandan. Los dispositivos propuestos (GTF y GEVR) surgieron para dar respuesta a estas dificultades y resultan novedosos por incorporar un tratamiento modulizado y focalizado de orientación psicodinámica.

Al analizar los resultados de la primera muestra (GTF sin GEVR), el equipo de investigación y el equipo clínico observaron que la disminución de los puntajes en los cuestionarios de *ansiedad* y *desesperanza* se correspondía en la clínica con una mayor comunicación radial de los pacientes con el terapeuta y un incremento de la posibilidad de escucha de sus propios problemas. Al mismo tiempo, los

terapeutas observaron en estos pacientes dificultades para establecer vínculos con los pares, lo cual se manifestó en una pobre interacción grupal, escasa identificación con la problemática de los otros participantes y cierta dificultad para integrarse en el GTD con los nuevos miembros.

Si bien los resultados del dispositivo GTF mostraron eficacia en los aspectos arriba mencionados, el mismo no alcanzó para cubrir las deficiencias en la construcción del preconciente verbal y el déficit en la estimulación psicosocial que estos pacientes presentaban. Por esta razón se pensó en la inclusión de un GEVR previo al GTF. Las técnicas usadas para el Grupo de Encuadre Vincular y Representacional facilitaron la comprensión del motivo de consulta y favorecieron tanto la verbalización como la integración grupal.

En la segunda muestra (GTF con GEVR), la disminución en los puntajes de los cuestionarios de *desesperanza*, *ansiedad rasgo* y *depresión*, especialmente en las subescalas *inefectividad* y *anhedonia*, se correspondió en el ámbito clínico con una mayor disposición a la escucha, al igual que en la muestra anterior, pero con una conexión emocional con los traumas infantiles de su historia familiar (abuso físico y emocional, violencia familiar). El aumento de la *ansiedad estado* en estos pacientes se manifestó en una mayor implicación personal a través del incremento de la *intervención espontánea* relacionada con la impaciencia por participar en el grupo.

A través del GEVR se logró reducir el tiempo de espera entre el diagnóstico y el inicio del GTF y con ello disminuir la deserción, establecer el encuadre grupal, favorecer la transferencia con la institución y los terapeutas y aumentar la concientización del motivo de consulta por el cual concurren. Esto se correspondió en el ámbito clínico, en primer lugar, con una mayor adherencia al tratamiento (*mayor asistencia e intervención espontánea y menor deserción* al GTF y al GTD) y en segundo lugar, con el establecimiento de vínculos con sus pares (*mayor registro de los miembros ausentes, planificación de actividades grupales fuera del*

ámbito terapéutico y menor dificultad para integrarse en el GTD con los nuevos miembros).

Es conveniente aclarar que este estudio se centró en la evaluación del GTF con y sin GEVR previo, y no en los resultados del GEVR en sí mismo. Sin embargo, dado que la evaluación basal en los cuestionarios de *desesperanza* y de *ansiedad estado* del GTF con GEVR es similar a la evaluación final del GTF sin GEVR, estos resultados merecen ser objeto de un estudio posterior que considere las evaluaciones basal-final del GEVR.

Otros aspectos que se tuvieron en cuenta, y que en esta presentación no se desarrollan se refieren al cambio en la técnica de la administración de los cuestionarios objetivos y a la adherencia de los terapeutas a este tipo de abordaje.

Con respecto al primer punto, cabe destacar la dificultad de estos pacientes para establecer vínculos así como la desconfianza inicial puesta de manifiesto en la comprensión cognitiva de los cuestionarios administrados. Por esa razón, la administración grupal realizada en un primer momento fue reemplazada por la administración individual, a manera de entrevista clínica.

Con respecto al segundo punto, la adherencia de los terapeutas a este tipo de abordaje implica la aceptación de un trabajo terapéutico de orientación psicodinámica focalizado y modulizado, en el cual tanto los terapeutas como los pacientes establecen transferencias múltiples hacia los distintos miembros del equipo y hacia la institución, que tienen que ser procesados intra e intersubjetivamente en el grupo de trabajo

Como dice Winnicott, D. (1990) "el niño antisocial, enfermo, que no ha tenido la oportunidad de desarrollar un buen ambiente interno necesita absolutamente un control exterior para sentirse feliz, para poder jugar o trabajar ... El método terapéutico adecuado consiste en proveer al niño de un cuidado que él pueda redescubrir y poner a prueba, y dentro del cual pueda volver a experimentar con los impulsos del ello"

Bibliografía

- DSMIV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (1995), Editorial Masson, Barcelona
- Echeburua, E. (1989) Personalidades violentas. Pirámide. Madrid
- Quiroga, S. (1998) *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*. Eudeba. Buenos Aires, Argentina.
- Quiroga, S. (2001) *La adolescencia, ¿Crecimiento o autodestrucción?*. JVE Ediciones. Buenos Aires, Argentina.
- 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"* Tomo I, págs. 95-97. Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.
- Winnicott, D. (1990) *Deprivación y delincuencia*. Paidós. Buenos Aires, Argentina.