

Federación Psicoanalítica de América Latina

XXV Congreso Latinoamericano de Psicoanálisis

"Psicoanálisis en América Latina Hoy.
Teoría y Práctica en Tiempos de Crisis"

26 al 29 de Septiembre
Guadalajara-México

Título: Abordaje psicoterapéutico grupal de orientación psicoanalítica para Adolescentes y Padres con Trastornos de Personalidad

Eje IV- Trabajo de Investigación

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

Introducción

En el marco del Programa de Prevención, Asistencia e Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires Sede Regional Sur-Avellaneda funciona la Unidad de Violencia que asiste a adolescentes tempranos con conductas antisociales y autodestructivas y a sus padres.

En este trabajo se presentará la construcción de un modelo de abordaje *psicoterapéutico grupal de orientación psicoanalítica organizado en módulos con objetivos y técnicas predeterminadas.*

Se eligió a la psicoterapia grupal de orientación psicoanalítica porque entendemos al sujeto humano como un sujeto del vínculo tanto como del inconsciente, cuyas leyes de funcionamiento tienen una base común que se manifiesta en los grupos, en las parejas, en las familias y las instituciones. La psicoterapia grupal permite la experiencia y la elaboración de transferencias múltiples tanto con los terapeutas como con los otros integrantes del grupo, a partir de lo cual se ponen de manifiesto sentimientos y conductas en el aquí y ahora marcados por las experiencias tempranas. Entendemos que estas transferencias múltiples permiten la diversificación de la intensidad transferencial que caracteriza a la terapia individual. La presencia de muchas y variadas personas reales (adultos, terapeutas o padres) en el contexto de la terapia, facilita el reconocimiento de sus

reacciones emocionales hacia los otros.

Este abordaje *psicoterapéutico grupal* está organizado en módulos con objetivos y técnicas predeterminadas. Estas técnicas surgieron a partir de evaluar fracasos terapéuticos como deserción temprana y baja adherencia en las terapias grupales de largo plazo, regidas por las normas psicoanalíticas clásicas, es decir, atención flotante y asociación libre. Debido a que estos pacientes presentan fallas en la construcción del aparato psíquico, especialmente en las categorías básicas del principio de realidad: tiempo y espacio, la modulización permite establecer límites externos que facilitan la construcción de un andamiaje mental para sostener y hacer posible los contenidos del inconsciente.

Desde el punto de vista intersubjetivo, estos pacientes se caracterizan ya sea por un déficit en los vínculos, puesto de manifiesto en apatía, abulia y/o desinterés por el otro, o por la predominancia de vínculos de odio, manifestados en el rechazo sistemático y descalificación hacia la persona del terapeuta y los pares en el grupo. Desde el punto de vista intrasubjetivo, 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.

Objetivos

Mostrar los resultados del Grupo de Terapia Focalizada (GTF) a través de:

- 1) el incremento de la adherencia y la disminución de la deserción
- 2) los resultados pre-post test de los cuestionarios que miden ansiedad y depresión en adolescentes y sus padres
- 3) la estructura de personalidad de los padres
- 4) las características familiares y la construcción mental de los vínculos intergeneracionales

Metodología

Muestra

La muestra está conformada por 30 adolescentes con conductas antisociales y autodestructivas de ambos sexos entre 13 y 15 años (derivados por escuelas o

por juzgados de menores) y sus padres.

Instrumentos

Los padres y los adolescentes son evaluados al inicio y al final de los GTF, a través de los siguientes instrumentos:

Adolescentes

- Inventario de Depresión Infantil - CDI (Kovacs, M., 1995; traducido y adaptado por Casullo, M.M., 1995) que evalúa depresión en niños y adolescentes en 5 dimensiones. Punto de corte 70
- Inventario de Ansiedad IDARE E-R (Spielberger H., Díaz Guerrero R., 1975; traducido y adaptado por Figueroa, N., 1990) que evalúa ansiedad en niños y adolescentes. Punto de corte 35
- Gráfico del árbol genealógico. El mismo consiste en construir un gráfico de la estructura familiar en una hoja de papel

Padres

- Inventario de Depresión de Beck BDI (Beck, A., 1972; traducido y adaptado por Quiroga, S., 1998) que evalúa depresión en adultos Punto de corte. 10
- Inventario de Ansiedad STAI E-R (Spielberger H., et al., 1968 traducido y adaptado por Figueroa, N., 1983) que evalúa ansiedad en adultos. Punto de corte 36
- Inventario de Organización de la Personalidad (Clarkin, J.; Foelsch, P. y Kernberg, O., 2000/2001-USA; traducido y adaptado por Quiroga, S. 2003 Argentina) que evalúa la estructura de personalidad desde el punto de vista psicodinámico

Características del Tratamiento Psicoterapéutico

Breve descripción del modelo de abordaje

Este abordaje incluye dos módulos con objetivos específicos y un tercer momento de terapia de larga duración:

- **Primer módulo: Grupo de Encuadre Vincular y Representacional (GEVR)** es un grupo de espera abierto de 5 a 8 reuniones de una hora y media de duración que tiene por objetivos 1) informar acerca del motivo de consulta 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 sus pares, 4) evitar la profundización en la comunicación de los problemas personales, 5) prevenir la deserción producida por el tiempo de espera 6) detectar la capacidad de adaptación del adolescente a un encuadre grupal y 7) detectar las conductas transgresoras y de pasaje al acto del adolescente en el grupo.

- **Segundo módulo: Grupo de Terapia Focalizada de Corto Plazo (GTF)** es un grupo cerrado, que consta 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.

A través de este dispositivo nos proponemos: a) comprender el motivo de consulta o “consciencia 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 y multifamiliares f) detectar el grado de funcionamiento psíquico y g) reevaluar los puntos 6 y 7 del primer módulo

- **Tercer módulo: Grupo de Terapia de Largo Plazo (GTLP)** es un grupo sin tiempo de duración que se rige por las reglas clásicas de la psicoterapia grupal de orientación psicoanalítica.

Resultados

Objetivo 1

GTF: Adherencia y deserción

INSERTAR TABLA 1

La aplicación del abordaje modulizado del GTF, permitió el incremento de la adherencia del 41,5% al 66% y la disminución de la deserción del 58,5% al 34%. Estos resultados se obtuvieron al comparar la muestra del GTF con la población total ingresante al Servicio de Psicología Clínica antes de la implementación de las nuevas técnicas GEVR y GTF durante el período 1997-1999. Este nuevo modelo de abordaje permitió aumentar la adherencia y bajar la deserción en un 25%.

Objetivo 2

Resultados pre-post tests de los cuestionarios que miden ansiedad y depresión en adolescentes y sus padres al finalizar el GTF

INSERTAR TABLA 2

- **Adolescentes**

CDI: si bien la Paired Samples T- Test no fue significativa, el 52% de los pacientes disminuyó la depresión, especialmente en las subescalas: Inefectividad, Anhedonia y Autoestima Negativa

IDARE: solo fue significativa la Paired Samples T- Test para la dimensión rasgo. Sin embargo, el 60% disminuyó la ansiedad estado y el 67% la ansiedad rasgo.

INSERTAR TABLA 3

- **Padres**

BDI: si bien la Paired Samples T- Test no fue significativa, el 70% de los padres disminuyó la depresión

STAI: si bien la Paired Samples T- Test no fue significativa, el 60% disminuyó la ansiedad estado y el 70% la ansiedad rasgo.

Objetivo 3

Organización de la estructura de personalidad (IPO) de los padres

INSERTAR TABLA 4

Defensas Primitivas: La media obtenida en la muestra (40.5) se encuentra dentro de la media de la población no clínica (32.3 + - 7.43). El 84% de los pacientes se encuentran en los extremos o muy alejados de la media de la población no clínica.

Difusión de Identidad: La media obtenida en la muestra de padres (46.38) se encuentra por encima de la media de la población no - clínica (37.81 + - 9.36). El 74% de los pacientes se encuentran en los extremos o muy alejados de la media de la población no clínica.

Prueba de Realidad: La media obtenida en la muestra de padres (30.5) está dentro de la media de la población no - clínica (25.86 + - 7.52). El 63% de los pacientes se encuentran en los extremos o muy alejados de la media de la población no clínica.

Objetivo 4

4.a) Características familiares

INSERTAR TABLA 5

Los porcentajes de la tabla 5 se obtuvieron de los cuestionarios psicométricos y de los informes clínicos. En la misma se puede observar el alto porcentaje de figuras paternas o equivalentes físicamente ausentes: 23% de muertes tempranas en accidentes callejeros y/o automovilísticos, abuso de sustancias, enfermedades de transmisión sexual (SIDA, sífilis), y 35% de abandono físico parental .

Con respecto a los vínculos entre padres e hijos, se pudo observar la predominancia de un 66% de déficit en los vínculos (desconexión afectiva, padres ausentes psíquica y/o emocionalmente), un 54% de intrusión en los vínculos, y un 54% de abuso físico y/o sexual.

En cuanto a las enfermedades mentales, en el 58% de los padres se encontró presencia de depresión y en el 70% abuso de sustancias tóxicas (alcohol y droga).

4.b) Arbol genealógico: Construcción mental de los vínculos intergeneracionales

INSERTAR TABLA 6

INSERTAR GRAFICOS

Para el logro del objetivo del GTF: *Describir y comprender la composición familiar*, se comienza pidiendo la construcción de un gráfico de la estructura familiar en una hoja de papel.

Del análisis de los gráficos familiares surgieron tres patrones básicos de organización intrapsíquica familiar de los vínculos intergeneracionales:

- 1) **Construcción mental relativamente organizada**, en el que se encontraron tres modelos posibles: 1.a) el primero consiste en el dibujo de las tres generaciones (abuelos, padres e hijos) en un orden que hace coincidir la organización espacial con la temporal; esto quiere decir que en la parte superior de la hoja coloca a los abuelos; en segundo lugar a los padres y en el tercero a los hijos; 1.b) es igual que el anterior en coincidencia en tiempo y espacio pero no se incluye a los abuelos, es decir, la primera generación en el tiempo; 1.c) coincide con el 1.b en el dibujo de las dos generaciones pero invierte el orden en el espacio y el tiempo colocando en la parte inferior a los padres y en la superior a los hijos esparcidos como un ramillete floral
- 2) **Construcción mental deficitaria**, en el que se encontraron tres modelos posibles: 2.a) los miembros familiares están unidos circularmente por una flecha unidireccional y cerrada que une el primer miembro con el próximo, sin conservar la diferencia generacional; sin embargo los roles que no se representan espacialmente quedan registrados en la nominación escrita; 2.b) conserva la unión de los miembros con una flecha unidireccional abierta y zigzagueante sin conservar la diferencia generacional ni en el espacio ni en la nominación escrita de los miembros familiares (padre, hijo, hermano); 2.c) no conserva la unión de todos los miembros constituyendo bloques de vínculos sin

poder diferenciar la familia nuclear de otros miembros surgidos de la unión de ambos padres con otras parejas

- 3) Construcción mental caótica del vínculo intergeneracional**, en el que se observó confusión del orden generacional horizontal y vertical; ambos constituyen díadas, diferenciándose por la comunicación unidireccional y bidireccional.

CONCLUSIONES

Objetivo 1

La implementación del abordaje psicoterapéutico grupal de orientación psicoanalítica organizado en módulos con objetivos y técnicas predeterminadas en el ámbito clínico permitió una mayor adherencia al tratamiento (mayor asistencia y menor deserción) y desde el punto de vista clínico, el establecimiento de transferencias múltiples hacia los distintos terapeutas y hacia la institución, sostenidas a lo largo de los diferentes módulos del tratamiento (este último ítem no se desarrolla en este trabajo). Este nuevo modelo de abordaje permitió aumentar la adherencia y disminuir la deserción en un 25%.

Objetivo 2

Las medias de los puntajes de los cuestionarios que evalúan ansiedad y depresión no son representativas de la variación de estos síntomas debido a la presencia de puntajes extremos (outliers) de los pacientes de ambos grupos. Sin embargo la disminución de los síntomas medida en porcentajes (entre un 50 % y un 70%) en ambos grupos muestran la eficacia del abordaje paralelo.

Objetivo 3

Los resultados obtenidos en las tres escalas primarias del Inventario de Organización de la Personalidad (IPO) ubican a los padres en una organización borderline de la personalidad (*Defensas primitivas*- 84% y *Difusión de la identidad*- 74%) mientras que un alto porcentaje de los pacientes muestra un componente psicótico (*Prueba de realidad*- 63%).

Objetivo 4

Las características familiares mostraron un alto porcentaje de ausencias físicas reales, deficiencia vincular y existencia de enfermedades mentales. En la representación gráfica de la familia se detectaron tres patrones básicos de organización intrapsíquica familiar: *1- construcción mental relativamente organizada, 2- construcción mental deficitaria y 3- construcción mental caótica del vínculo intergeneracional*

Discusión

Para los pacientes con déficit en la mentalización y verbalización y conductas de riesgo, una psicoterapia grupal de orientación psicoanalítica organizada en módulos con objetivos y técnicas predeterminadas muestra una mayor eficacia, que se observa en una mayor adherencia al tratamiento y una menor deserción.

Una psicoterapia grupal paralela para padres es importante debido a la organización borderline y psicótica de la personalidad y las características de la organización familiar. Este abordaje permite la toma de conciencia del motivo de consulta, la relación del mismo con su propia historia y la de su familia de origen y la repetición compulsiva de la conducta destructiva y autodestructiva.

La reducción en puntajes de los cuestionarios psicométricos que evalúan depresión y ansiedad tanto en adolescentes como en padres coincidieron con los reportes clínicos. Por lo tanto, el abordaje del GTF permitió una mayor verbalización de los conflictos y una reducción de la conducta de riesgo