

**Análisis de la Escala PERI en una muestra clínica de adolescentes violentos con vulnerabilidad  
psicosocial**

**PERI Scale analysis in a clinical sample of violent adolescents with psychosocial vulnerability**

Glenda Cryan<sup>1</sup>

**Resumen**

La Organización Mundial de la Salud plantea que la violencia es *uno de los principales problemas de salud pública de nuestro tiempo*. La violencia juvenil, específicamente, constituye un área de relevancia social dado que es la principal causa de muerte en los adolescentes y en los jóvenes en sus tres modalidades: suicidio, homicidio y/o accidentes.

En este artículo se presenta la evolución de los factores que evalúa la Escala PERI en una muestra clínica de adolescentes tempranos violentos con vulnerabilidad psicosocial que realizaron un dispositivo terapéutico grupal de orientación psicodinámica, focalizado, con objetivos y técnicas específicas, creado y desarrollado para el abordaje específico de la violencia juvenil.

El análisis realizado permitió comprobar que el dispositivo resultó eficaz para que los adolescentes tempranos violentos con vulnerabilidad psicosocial descendan en forma significativa la *Disociación*, el *Consumo de alcohol*, las *Falsas percepciones*, la *Desesperanza*, la *Salud física*, el *Sistema psicofísico* y la *Sexualidad*.

**Palabras clave**

Violencia juvenil – vulnerabilidad psicosocial – Escala PERI

**Abstract**

World Health Organization reports that violence is one of the main public health problems of our time. Youth violence, specifically, constitutes a social relevance area since it is the main

---

1 Dra. en Psicología, UBA; Lic. en Psicología, UBA. Miembro de la Carrera del Investigador Científico del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Docente de la Cátedra I de Psicología Evolutiva II: Adolescencia. Coordinadora Docente de la Carrera de Especialización en Psicología Clínica de Niños y Adolescentes, UBA. Investigadora formada en el Proyecto UBACYT 20020100100872 Análisis de Proceso Y Resultados de Terapia Grupal Focalizada para Adolescentes con Vulnerabilidad Psicosocial y Padres con Trastornos Graves de la Personalidad.

cause of death in adolescents and young people in its three modalities: suicide, homicide and / or accidents.

This paper shows the evolution PERI Scale factors in a clinical sample of early violent adolescents with psychosocial vulnerability who participated in a therapeutic focused psychodynamic orientation group device with specific objectives and techniques, created and developed specifically for youth violence approach.

The analysis allowed to verify that the device for early adolescents with psychosocial vulnerability violent was effective to descend significantly Dissociation, Alcohol consumption, False perceptions, Hopelessness, Physical health, Psychophysical system and Sexuality.

**Key words**

Youth violence - psychosocial vulnerability - PERI Scale

## INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud- OMS plantea que la violencia es *uno de los principales problemas de salud pública de nuestro tiempo* (Mercy, Butchart, Farrington y Cerdá, 2002). La violencia juvenil, específicamente, constituye un área de relevancia social a nivel internacional y nacional dado que es la principal causa de muerte en los adolescentes y en los jóvenes en sus tres modalidades: suicidio, homicidio y/o accidentes. (Reza, Krug y Mercy, 2001; Mercy, Butchart, Farrington y Cerdá, 2002; Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2003; Butchart, Phinney, Check y Villaveces, 2004, Proctor, 2006, McDonald y Richmond, 2008, Fowler, Tompsett, Braciszewski, Jacques-Tiura y Baltes, 2009, Foster y Brooks-Gunn, 2009, Kelly, 2010, Kerr y Capaldi, 2011, Chan, Clark y Fedotov, Y., 2014, Smith-Darden, Reidy y Kernsmith, 2016, McAra y McVie, 2016, Navarro-Pérez y Pastor- Seller, 2017).

Para ilustrar la gravedad de esta problemática, la OMS (2016) explicita que en el mundo se producen 200.000 homicidios anuales entre los jóvenes de 10 a 29 años, por lo que el homicidio resulta ser la cuarta causa de muerte en este grupo etario, con una prevalencia del 83% de sexo masculino en jóvenes víctimas y perpetradores de homicidio. Asimismo, destacan que por cada joven que muere por causas violentas, muchos otros sufren lesiones que requieren tratamiento hospitalario.

Una de las áreas más estudiadas es la importancia que cobra el contexto psicosocial en la aparición y desarrollo de comportamientos violentos ejercidos y/o sufridos en forma pasiva, lo cual se ha podido demostrar en diversos estudios epidemiológicos (Sheidow, Gorman-Smith, Tolan y Henry, 2001, Alleyne, 2002, Waiselfisz, 2006, OMS, 2011). Los ámbitos privilegiados en los que se desarrollan las relaciones sociales de los adolescentes y los jóvenes son la comunidad, la escuela, el lugar de trabajo y de residencia.

Sin embargo, desde un modelo ecológico, no sólo se destaca la importancia del contexto psicosocial, sino que se plantea que intervienen distintos factores de riesgo específico en la etiología del comportamiento violento (Butchart, 2002). En el primer nivel, se incluye a los *Factores individuales* que se refieren a las características biológicas, psicológicas y conductuales del individuo, así como también a las características demográficas (edad, educación, ingresos), las toxicomanías y los antecedentes de comportamientos agresivos o de maltrato infantil. En el

segundo nivel, se describe a los *Factores relacionales*, los cuales se refieren fundamentalmente a las relaciones interpersonales de los jóvenes con sus familias y especialmente con amigos y compañeros (por la mayor influencia que tienen en la adolescencia); las relaciones interpersonales, la falta de afecto y de vínculos emocionales y el tener amigos delincuentes influye de manera decisiva en el comportamiento violento. En el tercer nivel, se ubica a los *Factores comunitarios*, los cuales remiten al contexto en el que se desarrollan las relaciones sociales tales como escuela, lugar de trabajo y de residencia; en este nivel los principales factores de riesgo son la pobreza, la densidad de población, los altos niveles de movilidad de residencia, la carencia de capital social y la existencia de pandillas, armas de fuego y drogas. Por último, en el cuarto nivel se describen los *Factores sociales* que incluyen los cambios demográficos y sociales, la desigualdad de ingresos, las estructuras políticas y las influencias culturales, así como también las normas sociales que contribuyen a crear un clima en el que se alienta o se inhibe la violencia.

Diversos autores han profundizado el estudio de la etiología de la violencia juvenil, a partir de considerar algunos factores específicos. Entre los factores de riesgo más estudiados se encuentran la aparición del comportamiento violento o delictivo antes de los 13 años (Loeber et.al., 1993; Stattin y Magnusson, 1989), la manifestación de la impulsividad, las actitudes o creencias agresivas y los malos resultados escolares (Henry, 1996), el haber sufrido castigos físicos severos o presenciado actos de violencia en el hogar, la falta de supervisión y vigilancia por parte de los padres y la asociación con compañeros delincuentes (Thornberry, Huizinga y Loeber, 1995). Asimismo, se destaca que el consumo de alcohol es un factor de riesgo para convertirse en perpetradores o en víctimas de la violencia juvenil, especialmente en los varones (Bellis, 2006).

En relación con los factores psicopatológicos asociados al comportamiento violento, Gómez Acosta (2014) plantea que se han registrado estudios en los que las conductas violentas aparecen asociadas con trastornos de ansiedad y de depresión, una pobre autoestima, déficit de atención-hiperactividad, impulsividad, toma de riesgos, percepciones y razonamientos inapropiados, así como una mayor inestabilidad emocional (Mestre, Samper, & Frías, 2002). Por otra parte, se ha comprobado que los individuos violentos muestran un deterioro cognitivo significativo en atención, memoria y funciones ejecutivas, que explica su dificultad para monitorear y controlar su conducta de una manera adecuada (Arias & Ostrosky-Solís, 2008).

En este artículo se aborda la temática de la violencia juvenil como un problema de salud, destacando los factores individuales y relacionales que llevan a la aparición del comportamiento violento en la adolescencia y a su derivación a tratamiento terapéutico por instituciones externas (escuela y juzgados). Para ello, es necesario partir de la premisa de que la salud mental de adolescentes y jóvenes que han estado expuestos a situaciones de violencia en contextos desfavorables y/o han presentado comportamientos violentos, suele quedar perturbada, por lo cual requiere de tratamientos terapéuticos que le permitan desarrollar los recursos psíquicos necesarios para salir del estado de vulnerabilidad psicosocial en el que se encuentran.

En este punto, es necesario aclarar que este tipo de patologías presenta dificultades técnicas y metodológicas para los abordajes terapéuticos psicodinámicos clásicos, dado que los pacientes presentan desconexión afectiva y cognitiva y conductas amenazantes de odio y descalificación del otro combinadas con estados de vacío mental y desvitalización. 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 (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 (Quiroga y Cryan, 2004, Cryan y Quiroga, 2013a, 2015a, 2015d, 2016a, 2016b).

El dispositivo Grupo de Terapia Focalizada- *GTF*, creado y desarrollado para el abordaje específico de la violencia juvenil, es un dispositivo diagnóstico-terapéutico grupal, de orientación psicodinámica, de corto plazo y focalizado, que considera las lógicas previas al desarrollo de la verbalización. El marco teórico-conceptual que se tomó como referencia para la creación de este dispositivo incluye los fundamentos teóricos de la psicoterapia de grupo, la psicoterapia focalizada y la psicoterapia psicodinámica de corto plazo.

Para evaluar los factores individuales y relacionales que participan en la etiología de la violencia juvenil y su comportamiento a partir de la realización del dispositivo *GTF*, se administró la Escala *PERI* con el objetivo de evaluar los resultados terapéuticos en los 29 factores que componen el instrumento.

A continuación, se presentará brevemente la descripción de esta modalidad de abordaje y los resultados obtenidos en una muestra de adolescentes tempranos violentos con vulnerabilidad psicosocial.

## **1. ABORDAJE TERAPEUTICO GRUPAL ESPECIFICO PARA EL ABORDAJE DE LA VIOLENCIA JUVENIL**

El dispositivo *GTF* consiste en la conformación de grupos cerrados, con temática focalizada y orientación psicodinámica y 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 como las modificaciones en su comportamiento a lo largo del dispositivo. Por último, la *puesta de límites* resulta de fundamental importancia 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, es importante destacar que la investigación empírica de este dispositivo se inició en el año 2001 e incluye diferentes niveles de análisis, cuyos resultados han sido positivos hasta el momento. Entre los principales niveles de análisis, se destacan los siguientes: 1) Análisis de Resultados, 2) Análisis de Proceso Terapéutico que se realizó a través de la aplicación de dos métodos: el Modelo de Ciclo Terapéutico-TCM y la Función Reflexiva- RF (ambos adaptados al castellano y para procesos grupales) 3) Análisis de Sesiones Multifamiliares 4) Análisis de Sesiones Vinculares y 5) Análisis de Actividades Gráficas de la Guía Terapéutica con la que cuenta este dispositivo (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 dado que lo consideramos de fundamental importancia en el abordaje terapéutico de este tipo de pacientes.

### **3. METODOLOGIA**

#### **Participantes**

42 adolescentes de 13 a 15 años violentos con vulnerabilidad psicosocial que finalizaron el dispositivo *GTF* y realizaron la evaluación final

#### **Criterios de Exclusión**

Se excluyeron de la muestra los pacientes que 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 del presente trabajo**

El instrumento que se utilizó para realizar la evaluación pre-post test fue la Escala PERI- Psychiatric Epidemiological Research Interview (Dohrenwend, 1982; *Adaptación argentina*: Casullo, M.M., 1992).

Esta escala permite evaluar factores psicopatológicos, comportamiento social y factores estresantes, dado que fue diseñado para investigar dimensiones psicopatológicas específicas y no específicas en estudios de tipo poblacional o comunitario.

Está compuesto por 29 factores, presentados en forma de grupos de frases que representan lo que el paciente ha sentido, pensado o hecho durante el último año. El paciente tiene que valorarse a sí mismo, eligiendo cada frase en una escala Likert de cinco puntos: Siempre, A menudo, A veces, Casi nunca, Nunca.

Los 29 factores que evalúa la Escala PERI son: Expresión de hostilidad, Historia antisocial, Ansiedad, Confusión de pensamiento, Conversiones, Ciclotimia, Desmoralización, Disociación, Desconfianza, Temores, Consumo de alcohol, Desánimo, Falsas percepciones, Culpa, Desesperanza, Insomnio, Manía, Obsesiones, Salud física, Percepción de hostilidad, Autoestima, Sistema psicofísico, Tristeza, Ideas suicidas, Retraimiento social, Sexualidad, Somatizaciones, Problemas escolares, Relaciones familiares.

A partir de la evaluación se obtienen 29 puntajes correspondientes a cada factor que se evalúa.

### **Procedimiento**

Los adolescentes consultantes fueron evaluados por profesionales a través de un proceso diagnóstico. El mismo incluyó una entrevista clínica semidirigida a padres, una entrevista abierta al adolescente y la administración de cuestionarios objetivos en el que se evaluaban diferentes factores psicopatológicos. Una vez concluido el Proceso Diagnóstico, se realizó la firma del *Consentimiento Informado* de los padres y/o adultos responsables a cargo de los adolescentes, debido a que los mismos eran menores de edad. Asimismo, se les informó sobre las características del tratamiento.

Los adolescentes que cumplían con los criterios diagnósticos y que sus padres acordaban con las normas explicitadas, fueron incluidos y distribuidos en los grupos *GTF*, los cuales estaban conformados por un mínimo de 6 pacientes y un máximo de 8. En el período 2001-2005 se realizaron 9 Grupos de Terapia Focalizada-*GTF* para adolescentes tempranos violentos, conformándose una muestra de 42 pacientes que finalizaron el dispositivo.

Entre los instrumentos objetivos que administraron para realizar el análisis de resultados, se incluyó la escala PERI al inicio y al final del dispositivo *GTF* con el objetivo de comprobar la eficacia terapéutica del mismo.

Para realizar el análisis estadístico, se utilizó el Programa Estadístico SPSS que incluyó la aplicación de pruebas paramétricas y no paramétricas, que tuvieron por objeto realizar la comparación basal-final. Las pruebas estadísticas que se utilizaron fueron la Prueba t para Muestras Relacionadas y la Prueba de los Rangos con signo de Wilcoxon. La magnitud del efecto se estimó mediante la *r* de Pearson sólo en aquellos casos en que se registró diferencia significativa.

#### 4. RESULTADOS

El análisis realizado permitió observar que de los 29 factores que evalúa esta escala, se observó una tendencia al descenso de los puntajes en 25 factores, como se puede observar en las medias basales y finales de cada uno de los factores en la Tabla 1 (Estadísticos de muestras relacionadas).

**Tabla 1. Estadísticos de muestras relacionadas**

		Media	N	Desviación típ.	Error típ. de la media
Hostilidad	Basal	1,54	42	,574	,089
	Final	1,4607	42	,71561	,11042
Tendencia Antisocial	Basal	1,0188	42	,69756	,10764
	Final	,9790	42	,55517	,08567
Ansiedad	Basal	1,04	42	,562	,087
	Final	,9569	42	,54184	,08361

Confusión	Basal	1,160	42	,7309	,1128
	Final	1,21	42	,814	,126
Conversión.	Basal	,31	42	,427	,066
	Final	,30	42	,488	,075
Ciclotimia	Basal	1,64	42	1,049	,162
	Final	1,464	42	,9963	,1537
Desmoralización	Basal	,8657	42	,46064	,07108
	Final	,7867	42	,46956	,07245
Disociación	Basal	,5093	42	,46115	,07116
	Final	,33	42	,371	,057
Desconfianza	Basal	1,62	42	,852	,132
	Final	1,600	42	,7040	,1086
Temores	Basal	,51	42	,469	,072
	Final	,59	42	,658	,102
Consumo de alcohol	Basal	,28	42	,498	,077
	Final	,18	42	,435	,067
Desánimo	Basal	1,16	42	,654	,101
	Final	1,16	42	,620	,096
Percepciones falsas	Basal	,51	42	,520	,080
	Final	,38	42	,411	,063
Culpa	Basal	1,00	42	,800	,123
	Final	,86	42	,823	,127
Desesperanza	Basal	,79	42	,659	,102

	Final	,62	42	,572	,088
Insomnio	Basal	1,06	42	1,125	,174
	Final	,89	42	,955	,147
Manía	Basal	1,3717	42	,62000	,09567
	Final	1,369	42	,5646	,0871
Obsesio- nes	Basal	,92	42	,759	,117
	Final	,79	42	,597	,092
Salud física	Basal	,62	42	1,029	,159
	Final	,40	42	,726	,112
Percep. hostilida d	Basal	1,14	42	,893	,138
	Final	1,07	42	,809	,125
Autoesti- ma	Basal	,75	42	,654	,101
	Final	,6624	42	,61488	,09488
Sistema Psicofísic o	Basal	,5860	42	,59104	,09120
	Final	,43	42	,482	,074
Tristeza	Basal	,92	42	,752	,116
	Final	,93	42	,727	,112
Ideas Suicidas	Basal	,14	42	,459	,071
	Final	,11	42	,358	,055
Retraim. Social	Basal	,9281	42	,62333	,09618
	Final	,9133	42	,57957	,08943
Sexuali- dad	Basal	1,06	42	,788	,122
	Final	,82	42	,731	,113

Somatizaciones	Basal	,43	42	,370	,057
	Final	,35	42	,388	,060
Problemas escolares	Basal	1,6026	42	,84923	,13104
	Final	1,4348	42	,79513	,12269
Relaciones filiales	Basal	,857	42	,8603	,1327
	Final	,670	42	,6329	,0977

Sin embargo, y a pesar de esta tendencia al descenso, sólo 7 factores descienden en forma significativa ( $p$  a una cola), a saber: *Disociación, Consumo de alcohol, Falsas percepciones, Desesperanza, Salud física, Sistema psicofísico y Sexualidad*. En la Tabla 2 (Correlaciones de muestras relacionadas) y en la Tabla 3 (Prueba de muestras relacionadas) se pueden observar los resultados correspondientes a la Prueba  $t$  para Muestras Relacionadas en los factores mencionados. Asimismo, en la Tabla 4 (Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon) se observan los resultados de la prueba no paramétrica realizada para el factor Salud Física.

**Tabla 2. Correlaciones de muestras relacionadas**

	N	Correlación	Sig.
Disociación	42	,551	,000
Consumo de alcohol	42	,716	,000
Falsas percepciones	42	,606	,000
Desesperanza	42	,563	,000
Salud física	42	,595	,000
Sistema psicofísico	42	,617	,000
Sexualidad	42	,531	,000

**Tabla 3. Prueba de muestras relacionadas**

	Diferencias relacionadas					t	gl	Sig. (bilateral)
	Media	Desviación típ.	Error típ. de la media	95% Intervalo de confianza para la diferencia				
				Inferior	Superior			
Disociación	,1748	,40209	,06204	,0495	,3001	2,817	41	,007
Consumo de alcohol	,10	,356	,055	-,01	,21	1,825	41	,075
Falsas percepciones	,13	,425	,066	,00	,26	1,981	41	,054
Desesperanza	,17	,581	,090	-,01	,35	1,860	41	,070
Salud física	,21	,835	,129	-,05	,47	1,664	41	,104
Sistema psicofísico	,1562	,47996	,07406	,0066	,3058	2,109	41	,041
Sexualidad	,24	,737	,114	,01	,47	2,079	41	,044

**Tabla 4. Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon**

**Rangos**

		N	Rango promedio	Suma de rangos
Salud física	Rangos negativos	12(a)	10,29	123,50
	Rangos positivos	6(b)	7,92	47,50
	Empates	24(c)		
	Total	42		

**Estadísticos de contraste(b)**

	19 Salud física
Z	-1,683(a)
Sig. asintót. (bilateral)	,092

a Basado en los rangos positivos.

b Prueba de los rangos con signo de Wilcoxon

Los factores que descendieron significativamente en los adolescentes violentos con vulnerabilidad psicosocial que finalizaron el dispositivo GTF son los siguientes:

- **Disociación:**  $t(41) = 2,817$ ;  $p = .0035$ ; la media basal es 0.50 y la final 0.33;  $r = .403$
- **Consumo de alcohol:**  $t(41) = 1,825$ ;  $p = .0375$ ; la media basal es 0.28 y la final 0.18;  $r = .274$
- **Falsas percepciones:**  $t(41) = 1,981$ ;  $p = .027$ ; la media basal es 0.51 y la final 0.38;  $r = .296$
- **Desesperanza:**  $t(41) = 1,860$ ;  $p = .035$ ; la media basal es 0.79 y la final 0.62;  $r = .279$
- **Salud física:** Wilcoxon ( $p = .046$  a una cola);  $t(41) = 1,664$ ;  $p = .052$  a una cola; la media basal es 0.62 y la media final 0.40;  $r = .252$
- **Sistema psicofísico:**  $t(41) = 2,109$ ;  $p = .0205$ ; la media basal es 0.58 y la final 0.43;  $r = .313$
- **Sexualidad:**  $t(41) = 2,079$ ;  $p = .022$ ; la media basal es 1.06 y la final 0.82;  $r = .309$

En los otros 18 factores de los 25 que tienden a descender, se produjo un descenso no significativo en los valores de la medición final, lo cual supone que hay una clara tendencia a la reducción en los puntajes después de la aplicación del dispositivo *GTF*. En este punto es necesario suponer la posibilidad de que en algunos casos se haya cometido un error de Tipo II, al no considerar algunas diferencias como producto de la intervención; por otra parte, el tamaño de la muestra, al ser pequeño, dificulta alcanzar el nivel de significación establecido de .05. Los factores que descendieron en forma no significativa son: *Expresión de hostilidad, Historia antisocial, Ansiedad, Conversiones, Ciclotimia, Desmoralización, Desconfianza, Culpa, Insomnio, Manía, Obsesiones, Percepción de hostilidad, Autoestima, Ideas suicidas, Retraimiento social, Somatizaciones, Problemas escolares y Relaciones familiares.*

El único factor que permanece igual es *Desánimo* (medias basal y final 1.16).

Los factores que ascienden son *Confusión de pensamiento* (la media basal es 1,16 y la final 1,21), *Temores* (la media basal es 0.51 y la final 0.59) y *Tristeza* (la media basal es 0.92 y la final 0.93), aunque el ascenso no es significativo.

La administración de la Escala PERI permitió comprobar que la realización del dispositivo *GTF* les permitió a los adolescentes violentos tempranos con vulnerabilidad psicosocial descender en

forma significativa la *Disociación*, el *Consumo de alcohol*, las *Falsas percepciones*, la *Desesperanza*, la *Salud física*, el *Sistema psicofísico* y la *Sexualidad*.

## 5. DISCUSION

En este artículo se presentó la evolución de los factores que evalúa la Escala PERI en una muestra clínica de adolescentes tempranos violentos con vulnerabilidad psicosocial que realizaron un dispositivo terapéutico grupal de orientación psicodinámica, focalizado, con objetivos y técnicas específicas.

En la literatura presentada, se destacan las cifras alarmantes del crecimiento de la violencia juvenil, cuya etiología se ha estudiado desde diversos niveles y factores. La aplicación de la Escala PERI permitió evaluar factores individuales (ansiedad, desesperanza, ansiedad, confusión, desmoralización, temores, salud física, consumo de alcohol, entre otros) y factores relacionales (expresión de hostilidad, retraimiento social, problemas escolares, relaciones familiares). En este punto, es importante destacar que la evaluación de estos factores permite avanzar en el conocimiento de esta problemática en la que adolescentes y jóvenes se encuentran expuestos a situaciones de vulnerabilidad psicosocial en las que predomina el riesgo de muerte y/o autodestrucción.

En relación con el estudio de los trastornos psicopatológicos más frecuentemente asociados a la violencia, se destaca el interés clínico que despierta la comprensión del modo de funcionamiento psíquico en adolescentes y jóvenes violentos y/o que han vivenciado situaciones traumáticas y violentas en sus familias. El conocimiento sobre los factores psicopatológicos predominantes en este tipo de pacientes adquiere un rol fundamental en el diagnóstico de trastornos comórbidos asociados a la violencia, al tiempo que su evolución clínica permite comprobar la eficacia terapéutica del tratamiento.

En este estudio de carácter exploratorio se pudo comprobar que el dispositivo *GTF* resultó eficaz para que los adolescentes violentos con vulnerabilidad psicosocial descendan en forma significativa la *Disociación*, el *Consumo de alcohol*, las *Falsas percepciones*, la *Desesperanza*, la *Salud física*, el *Sistema psicofísico* y la *Sexualidad*. En este punto, es posible pensar que el descenso significativo de la *Desesperanza* probablemente se interrelacione con el descenso significativo de

la *Disociación* y de las *Falsas percepciones* acerca del presente y del futuro de estos pacientes que los llevan a vivir en un estado de alerta permanente en el que predominan situaciones de riesgo. Asimismo, el descenso significativo de la *Salud física*, el *Sistema psicofísico*, la *Sexualidad* y el *Consumo de alcohol* permite pensar que se ha realizado intrapsíquicamente un comienzo de pasaje de procesos vinculados al cuerpo a procesos vinculados a la vida mental. Sin embargo, estos resultados han sido analizados con precaución dado que el tamaño de la muestra es pequeño. Sería adecuado replicar este estudio en una muestra más amplia para corroborar los resultados.

La realización de estudios empíricos puede ser considerado 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, es importante rescatar la importancia de avanzar en investigaciones acerca de la efectividad en tratamientos de adolescentes violentos a través de estudios de proceso y de resultados, ya que la mayoría de los estudios 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).

Las dificultades que presentan los adolescentes violentos para su abordaje clínico requiere de abordajes específicos dado que las características intrapsíquicas e intersubjetivas de estos pacientes se manifiestan en una limitación de la capacidad elaborativa del psiquismo, un 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 terapeuta, la insistencia en no tener nada que decir, los límites difusos entre el mundo externo e interno de la mente y las relaciones objetales marginales que suelen establecer, entre otras. A estas dificultades se agrega la deserción temprana a los tratamientos, lo cual implica considerar la importancia de incluir a la familia en el abordaje terapéutico de los adolescentes. En este punto, se destacan los desarrollos teóricos de Winnicott (1990) acerca de la violencia, a la que define como producto de un contexto desfavorable y de un ambiente familiar poco facilitador y de Bowlby (1989) quien postula la existencia de un ciclo intergeneracional de violencia y maltrato que se perpetúa

transgeneracionalmente. Es por ello que resulta relevante destacar la importancia de desarrollar abordajes específicos que consideren las lógicas previas al desarrollo de verbalización en adolescentes violentos con vulnerabilidad psicosocial y sus familias.

El abordaje terapéutico de la violencia juvenil y las intervenciones preventivas que permitan abordar esta problemática desde una perspectiva interdisciplinaria e intersectorial permiten no sólo disminuir las conductas antisociales y autodestructivas sino también evitar el desarrollo de patologías de mayor gravedad.

### Referencias bibliográficas

Alleyne, G. (2002) *La Salud en las Américas*. Organización Panamericana de la Salud-OPS, Vol. I

Arias, N., y Ostrosky-Solís, F. (2008). Neuropsicología de la violencia y sus clasificaciones. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8 (1) 95-114.

Bellis, M. (2006) *Violencia juvenil y alcohol*. Organización Mundial de la Salud- OMS

Bowlby, J. (1989) *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Buenos Aires: Editorial Paidós

Butchart, A. (2002) *La Violencia Juvenil. Primer Informe sobre la violencia y la salud*. Organización Mundial de la Salud- OMS

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.

Casullo, M.M. (1992) *Las tareas de prevención y los estudios epidemiológicos en salud mental: La Escala Peri. Las Técnicas psicométricas y el diagnóstico psicopatológico*. Buenos Aires: Lugar Editorial

Chan, M., Clark, H., & Fedotov, Y. (2014). *Global Status Report on Violence Prevention*. Genova: World Health Organization

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. (2015a) Desvalimiento Psicosocial en Adolescentes Violentos. *Desvalimiento Psicosocial*. Nº 2. Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

Cryan, G. & Quiroga, S. (2015d) Análisis de la Función Reflexiva en una Sesión Multifamiliar de Adolescentes Violentos. *XXI Anuario de Investigaciones* Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. 1, 17-27.

Cryan, G. & Quiroga, S. (2016a). Análisis de la Función Reflexiva-RF en Sesiones de Grupos de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos. *Interamerican Journal of Psychology/Revista Interamericana de Psicología (IJP)*. 50 (2) 275-287

Cryan, G. & Quiroga, S. (2016b). Evolución de la Mentalización en Sesiones Multifamiliares del Dispositivo Grupo de Terapia Focalizada para Adolescentes Violentos. *XXIII Anuario de Investigaciones*. Universidad de Buenos Aires Facultad de Psicología. 1,17-27.

Foster, H & Brooks-Gunn, J. (2009) Toward a stress process model of children's exposure to physical family and community violence. *Clinical Child and Family Psychology Review*; 12 (2): 71–94.

Fowler, P.J., Tompsett, C.J., Braciszewski, J.M., Jacques-Tiura, A.J., Balthes, B.B. (2009) Community violence: a meta-analysis on the effect of exposure and mental health outcomes of children and adolescents. *Developmental Psychopathology*; 21(1): 227–59.

Gómez, W. (2001). Los avatares del sujeto y la pulsión. Recuperado el día 25 de noviembre de 2009 de <http://www.psicologíavirtual.com/>

Gómez Acosta, C. (2014) Factores asociados a la violencia: revisión y posibilidades de abordaje. *Revista Iberoamericana de Psicología*. 7:1, 115-124

Henry, B. (1996) Temperamental and familial predictors of violent and nonviolent criminal convictions: age 3 to age 18. *Developmental Psychology*, 32:614–623,

Kaës, R. & Puget, J. (1988) *Violencia de estado y psicoanálisis*. Buenos Aires: CEA, 1991

Kelly, S. (2010) The psychological consequences to adolescents of exposure to gang violence in the community: an integrated review of the literature. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*; 23: 61–73.

Kernberg, O.F. (1989). The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behavior. *Narcissistic personality disorder: Psychiatric clinics of North America*,. 553-570. Philadelphia: Saunders.

Kerr, D.C. & Capaldi, D.M. (2011) Young men's intimate partner violence and relationship functioning: long-term outcomes associated with suicide attempt and aggression in adolescence. *Psychol. Med.*; 41(4): 759-69

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*. Organización Mundial de la Salud- OMS; 588

Loeber, R., Wung, P., Keenen, K., Giroux, B., Stouthamer-Loeber, M., Van Kammen, W. B. & Maughan, B. (1993). Developmental pathways in disruptive child behavior. *Development and Psychopathology*, 5:103–133.

McAra, L. & McVie, S. (2016) Understanding youth violence: the mediating effects of gender, poverty and vulnerability. *Journal of Criminal Justice*.

McDonald, C.C. & Richmond, T.R. (2008) The relationship between community violence exposure and mental health symptoms in urban adolescents. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*; 15: 833–49.

Mercy, J., Butchart, A., Farrington, D. & Cerdá, M. (2002) *Primer Informe sobre la violencia y la salud*. Organización Mundial de la Salud- OMS

Mestre, V., Samper, P., & Frías, M. D. (2002). Procesos cognitivos y emocionales predictores de la conducta prosocial y agresiva: La empatía como factor modulador. *Psicothema*, 14, 227-232

Navarro-Pérez, J. & Pastor- Seller, E. (2017). Factores dinámicos en el comportamiento de delincuentes juveniles con perfil de ajuste social. Un estudio de reincidencia. *Psychosocial Intervention* 26, n.1,19-27.

Organización Mundial de la Salud OMS (2011) Riesgo para la salud de los jóvenes. Nota descriptiva. Recuperado el día 20 de agosto de 2011 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs345/es/>

Organización Mundial de la Salud OMS (2016) Violencia juvenil. Nota descriptiva. Recuperado el día 18 de octubre de 2019 de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/youth-violence>

Proctor, L.J. (2006) Children growing up in a violent community: the role of the family. *Aggression and Violent Behavior*; 11 (6): 558–76.

Quiroga, S. & Cryan, G. (2004) Adolescentes con conducta antisocial y autodestructiva: estudio epidemiológico y nuevas técnicas terapéuticas. *XII Anuario de Investigaciones*, pp. 25- 32. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires, Facultad de Psicología.

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* pp. 85-94. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología

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

Redondo Illescas, S. & Sánchez Meca, J. (2008) Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la delincuencia juvenil. En Pérez Alvarez, M., Fernández Hermida, J., Fernández Rodriguez, C. & Amigo Vázquez, I. *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y Adolescencia*. España: Ediciones Pirámide, 183-214.

Reza, A., Krug, E.G. & Mercy, J.A. (2001) Epidemiology of violent deaths in the world. *Injury Prevention*; 7:104–111

Sheidow, A., Gorman-Smith, D., Tolan, P.H. & Henry, D. (2001) Family and community characteristics: risk factors for violence exposure in inner-city youth. *Journal of Community Psychology*; 29: 345–60

Smith-Darden, JP, Reidy, DE & Kernsmith, PD (2016). Adolescent stalking and risk of violence. *J Adolesc.* 52:191-200.

Stattin, H. & Magnusson, M. (1996) Antisocial development: a holistic approach. *Development and Psychopathology*, 8:617–645

Thornberry, T.P., Huizinga, D. & Loeber R. (1995) The prevention of serious delinquency and violence: implications from the program of research on the causes and correlates of delinquency. En Howell, J.C. et.al., eds. *Sourcebook on serious, violent, and chronic juvenile offenders*. Thousand Oaks, CA, Sage, 213–237

Waiselfisz, J. (2006) *Mapa de la Violencia*. Organización de Estados Iberoamericanos para el Estudio de la Ciencia y la Cultura- OEI

Winnicott, D. (1990) "*Deprivación y Delincuencia*". Buenos Aires: Editorial Paidós