

Ángel Estalayo Hernández  
Olga Rodríguez Ochoa  
Raúl Gutiérrez Sebastián  
Juan Carlos Romero León

**PSICOTERAPIA  
DE VINCULACIÓN  
EMOCIONAL  
VALIDANTE (VEV)**

**Intervención con jóvenes  
vulnerables, en riesgo  
y conflicto social**

Colección Psicoterapias

PSICOTERAPIA DE VINCULACIÓN EMOCIONAL VALIDANTE (VEV).

INTERVENCIÓN CON JÓVENES VULNERABLES, EN RIESGO Y CONFLICTO SOCIAL

Primera edición: mayo de 2021

© Ángel Estalayo Hernández, Olga Rodríguez Ochoa,  
Raúl Gutiérrez Sebastián, Juan Carlos Romero León

© de esta edición:  
Ediciones OCTAEDRO, S.L.  
Bailén, 5, pral. – 08010 Barcelona  
Tel.: 93 246 40 02  
octaedro@octaedro.com  
octaedro.com

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, [www.cedro.org](http://www.cedro.org)) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

ISBN: 978-84-18615-96-2  
Depósito legal: B 9531-2021

Diseño y producción: Editorial Octaedro  
Impresión: Ulzama

Impreso en España – *Printed in Spain*

---

# Sumario

Prólogo	9
1 Modelo de vinculación emocional validante	11
2 El vínculo educativo-terapéutico y la circularidad relacional	27
3 Comprensión y abordaje de las conductas externalizantes	55
4 La evaluación	95
5 Propuesta de intervención organizada: el itinerario educativo-terapéutico	107
6 Conclusiones, aplicaciones y desarrollos del modelo	147
Anexo. Ficha de registro y observación	157
Referencias bibliográficas	163
Sobre los autores	187



---

## Prólogo

La obra que tienes entre tus manos aborda un tema de gran interés científico y social, y lo hace de una manera estructurada, con gran rigor y manteniendo un discurso coherente, muy bien trabado, que permite una rápida comprensión. Se trata de una obra de gran mérito ya que, desde un análisis reflexivo de una práctica profesional llevada a cabo en centros de Justicia Juvenil y de Acogimiento Residencial específico de más de dos décadas, construye un modelo que abarca no sólo la descripción de dicho modelo, sino también el contexto organizativo en el que debe desarrollarse.

Creo que éste es uno de los grandes valores del libro, el lograr reflexionar una práctica profesional como conocimiento científico, pero al mismo tiempo encarnar un compromiso con la justicia social a través de la investigación de calidad sobre la infancia y adolescencia en dificultad y vulnerable, contribuyendo con un modelo estructurado que permita a las y los profesionales mejorar su quehacer diario.

Este modelo surge del empeño científico por concretar la intervención en centros de Justicia Juvenil y en otros de Acogimiento Residencial Específico para adolescentes con graves o muy graves problemas de conducta, valorando que las necesidades de los adolescentes o los componentes que mantenían el problema conductual no habían sido atendidos: los relacionales. Y este es el hilo conductor de toda la obra.

Pero más allá de la pragmática, es también un libro para la didáctica que nos propone un viaje fascinante por la literatura científica nacional e internacional existente en la materia, y esta inmersión epistemológica nos permite asimilar las distintas categorías analíticas que necesitamos

para aprehender el modelo. Cada una de las mismas se van trabajando a lo largo de los distintos capítulos justificando la necesidad de su presencia en el modelo y la relación ontológica que se produce entre ellas, para dar como resultado un modelo de intervención con adolescentes en conflicto social en contextos específicos, que no sólo tiene en cuenta al adolescente, sino también, y en interacción, al profesional que le atiende, a la familia y a la organización que le acoge.

Resalta, así, la definición del vínculo y la descripción de cómo crearlo para contar con componentes que movilicen el cambio desde una propuesta, en palabras del propio autor, basada en componentes personales sin base patológica, que sean huella de las relaciones primigenias de cuidado o de origen exógeno, así como otras que tengan un origen endógeno y que puedan ser comunes entre el profesional y el adolescente. Este proceso de configuración del vínculo se desarrolla en una serie de fases o momentos que se concretan en la propuesta del modelo de vinculación emocional validante (modelo VEV), de un itinerario educativo-terapéutico de intervención que da una visión de proceso que permite observar cada caso atendido en virtud del progreso que va consiguiendo y la toma de decisiones técnicas en base a dicho criterio, lo que permite a los equipos aunar perspectivas y disminuir la confusión, así como disponer de objetivos a lo largo de la intervención ajustados a la realidad subjetiva y única de cada adolescente.

Esto permite dirigir la intervención con los adolescentes a través de una serie de pasos que concitan los aspectos a intervenir, guían las intervenciones y dotan de un marco comprensivo de las dificultades que pueden surgir a lo largo del proceso, y nos ayuda a reducir la arbitrariedad en la intervención, permitiendo controlar mejor el proceso de cambio y elaborar objetivos realistas tanto para el profesional como para el propio adolescente, haciéndole ser más consciente de dicho proceso de cambio.

En definitiva, futura lectora, lector, te encuentras ante una obra realizada con rigor y pionera en el ámbito disciplinar de la intervención social con adolescentes, lo que sin duda se debe a la gran sensibilidad social, capacidad intelectual, experiencia profesional, tesón y pasión investigadora del autor, pero también de su equipo. Me atrevo a afirmar, sin temor a equivocarme, que este libro se convertirá en un referente para las y los profesionales y para la literatura científica sobre el tema, en un área que genera tanta preocupación social: los adolescentes en conflicto social.

DRA. ARANTXA RODRÍGUEZ BERRIO  
Universidad de Deusto, Deusto-Bilbao

---

# 1 Modelo de vinculación emocional validante

El modelo de vinculación emocional validante (VEV) pretende contribuir a caminar hacia un espacio o una perspectiva educativa-terapéutica-social. Cabe subrayar ese «hacia» como una intención, y no como una realidad consolidada. Así, disponer de un espacio que defina conceptualmente el ámbito de la intervención puede permitir establecer los parámetros que concretarán opciones metodológicas, así como los límites de los contextos de intervención educativa-terapéutica dentro de los metcontextos (como los sistemas de servicios sociales y de prevención, de protección a la infancia y adolescencia o justicia juvenil, inclusión social, sanidad y educación) y las formas de coordinación entre ambos.

Lo primero es ubicar su implementación, acometiendo la tarea de especializar dispositivos que atiendan a una población con unas necesidades educativas, psicoterapéuticas y sociales de una complejidad considerable, y reflexionar acerca de la necesidad de adaptación de dichos dispositivos hacia una forma de atención que requiere marcos teóricos, metodológicos y organizativos nuevos.

Ello nos lleva a entender esa necesidad en clave de los elementos comunes que se convertirían en el foco de la intervención y alrededor de cuya atención se articularía dicho espacio educativo-psicoterapéutico-social. Es decir, recoger necesidades educativas de progreso, de evolución madurativa, o de aprender a vivir, como refería Marina (2004), atender las necesidades psicológicas y relacionales, dificultades en el desarrollo de la identidad, el narcisismo y la regulación emocional y, por último, observar e intervenir sobre sus expresiones en el ámbito social con las dificultades de inclusión que conllevan, ofreciendo un testimonio adulto

que genere la suficiente confianza como para ser aceptado e internalizado como propio y que responda a sus necesidades sociales.

En este sentido, se entiende que se respondería a ello atendiendo la regulación emocional, el control conductual, la generación de vínculos sanos, el abordaje de la involuntariedad, la atención al desarrollo de la identidad desde las relaciones sociales y el tránsito a la autonomía.

Por tanto, la importancia del equipo profesional para atender estas necesidades resulta determinante. Y esta es una función de todos los miembros del equipo de intervención, un cometido del ambiente que configuran entre ellos. Máxime si retomamos el factor determinante de la psicoplastia del contexto.

A esta importancia de las características profesionales y del ambiente habría que añadir la necesidad de un modelo de intervención centrado en las características específicas de la población atendida que disponga de una metodología que atienda sus necesidades educativas, psicoterapéuticas y sociales. Ello necesita disponer de una comprensión de la adolescencia y la juventud, de su etiología del sufrimiento y del registro de sus potencialidades, que acometa la resolución del siguiente dilema: ¿cómo abordar la involuntariedad desde un contexto obligado?, o bien ¿cómo abordar la involuntariedad, o la pseudovoluntariedad desde un contexto «voluntario»? Esto es, adolescentes que, de alguna manera, son remitidos coaccionados a contextos de intervención de inclusión social o servicios sociales y probablemente se encuentren bloqueados en un estado general de inseguridad y desconfianza.

De este modo, el propósito del modelo de vinculación emocional validante (VEV) es el desarrollo de una intervención centrada en atender a adolescentes o jóvenes y sus familias que cursen con expresiones o conductas externalizantes graves, o muy graves, de un sufrimiento personal que proviene de una falta o limitación de contención del ambiente, desde contextos socioeducativos de alta intensidad. En este sentido, se trataría de concretar y definir, como diría De Tychey (2003), el mismo saber:

¿Cuáles son las características de un modelo más atractivas para el niño que sufre, de modo que el otro se convierte en un blanco identificativo lo bastante fuerte y positivo, que le permita dejar las identificaciones negativas propias de unos padres que fallan, y construirse otras? (p. 197)

A continuación, se expondrán los principios, características, modalidad, metodología y tipo de profesional que el modelo propone.

## 1.1. PRINCIPIOS RECTORES DEL MODELO VEV

Todo ser humano tiene derecho a sentir, aunque otros no lo entiendan. Las emociones no se juzgan, se sienten y tienen una función adaptativa al medio. La comprensión clínica ayuda al profesional a «no juzgar» al comprender la necesidad o motivos de la consulta. Permite integrar lo negativo del otro y de uno mismo. Facilita la empatía.

El modelo VEV parte de la premisa de la formación social de la mente individual, es decir, que se forma en y desde la relación. Las personas necesitamos a otros para desarrollarnos en todas nuestras dimensiones, máxime en la construcción de la identidad. Se parte, por tanto, del concepto de zona de desarrollo próximo (Vygotski, 1978). Y se entiende que toda persona tiene tres tipos de contenidos: aspectos carenciales (déficit), aspectos basados en el exceso (conflicto) y recursos personales. Ello requiere abordajes que no escindan ninguna de estas dimensiones, estableciendo un equilibrio en las intervenciones.

Se entiende también a la persona en desarrollo. Sus expresiones actuales no son definitivas, especialmente en la adolescencia y juventud. Por ello, se tiene una visión generativa basada en la perspectiva madurativa y evolutiva normalizada, adquiriendo especial relevancia el papel del vínculo como escenario de crecimiento, como marco de desarrollo desde el que el sujeto introyecta del otro lo que elige por identificación con la figura principal de cuidado o referencia.

El vínculo se convierte en un componente necesario y fundamental, pero no suficiente, para la intervención. Es la base desde la que construir la imagen de uno mismo y del mundo externo y desde la que realizar cambios. Pero el papel del entorno, especialmente de la familia y del grupo de iguales, es también fundamental. No se puede intervenir con una persona al margen de dicho entorno, ni esperar cambios que no se generalicen en dichos espacios. Ningún dispositivo, recurso o servicio puede ni debe sustituir su papel.

Por otro lado, para el modelo lo que nos explicamos es tan importante, o más, que los hechos. Es el paso para generar nuevas narrativas que puedan ser validantes desde la respuesta del entorno que propicia un estilo seguro de relación. Ello señala la importancia de la función reflexiva, y el carácter intersubjetivo, contextualista y basado en los procesos del modelo.

Se respeta lo que se siente, pero no todo lo que se hace. Si la conducta externalizante no se limita y explica validando la emoción y desde su entorno-contexto, no se contribuye a eliminarla, el implicado puede

hacer una narrativa propia de la misma que sirva para mantener o justificar dicha conducta violenta: como antesala de lo instrumental. La responsabilización es fundamental.

Integrar lo negativo de uno mismo es algo más que conocerlo, reconocerlo, aceptarlo y desculpabilizarlo; es utilizarlo positivamente, es interpretarlo en positivo, es validarlo. Si no, lo negativo no integrado se vincula a una emoción, convirtiendo la misma en negativa y su vivencia también.

Por tanto, el modelo VEV se basa en la importancia fundamental del profesional de intervención directa, de quien convive cotidianamente con los adolescentes. En ese sentido, resaltan sus características personales al mismo nivel que su saber técnico.

## **1.2. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO VEV**

El modelo VEV es un modelo integrador, ya que parte desde los elementos comunes que hacen que distintas psicoterapias sean eficaces, e integra las perspectivas psicodinámica, sistémica y cognitiva de tercera generación, haciendo un especial énfasis en el desarrollo de un modelo adaptado al contexto específico de intervención y a las características de la población.

Es un modelo colaborador, es decir, propone una relación de respeto y co-construcción con el adolescente. No impone descripciones del problema ni de su solución, las genera en y desde la relación con el adolescente. Se basa en los fundamentos de la perspectiva dialógica.

Tiene un enfoque educativo-psicoterapéutico-social de soporte y apoyo, de carácter generativo con un encuadre de relación cotidiana e intensiva, que se desarrolla en un tiempo limitado, por perspectiva de psicoterapia breve y focal o por características de los metacontextos (sistemas de servicios sociales y prevención, de protección a la infancia y adolescencia, justicia juvenil, inclusión social, sanidad, educación) y dispositivos de intervención (recursos residenciales de diferentes intensidades, centros de día, unidades ambulatorias o enfocadas al contexto, académico-formativos y unidades de ingreso de agudos de corta y media estancia).

Se focaliza en generar adherencia al tratamiento, remisión de la sintomatología aguda y una experiencia emocional correctora desde vínculos validantes.

Se articula metodológicamente en un sistema de fases acumulativo y progresivo, con indicadores de consecución en cada una de ellas y ordenadas por etapas.

Es un enfoque interaccionista de base emocional que mantiene una perspectiva basada en lo procesual y madurativo, frente a la intervención centrada en el producto. Su objeto es la intervención, no tanto el diagnóstico, por lo que se parte de una visión integral de la persona y no centrada en sus aspectos patológicos. Se busca un equilibrio entre la perspectiva del déficit, del conflicto (Killingmo, 1989) y la psicología positiva, para lo que se parte de la idea del control sensible.

Por tanto, en el modelo VEV la intervención se adapta a la persona, y no viceversa. Los desajustes no se entienden como resistencias o bloqueos, sino como desencuentros en la relación, los cuales hay que atender, pensar y restaurar. De esta forma, la intervención tiene que ser multimodal y multicomponente, con el fin de disponer de más de un tipo de abordaje para situaciones similares en personas distintas, por lo que desarrolla una aplicación individual, pero también familiar y grupal que implementa dentro del dispositivo.

Es generativa frente a dinámicas reparativas. El abordaje de lo disfuncional es estratégico para fomentar los recursos del propio adolescente, o para partir del modelado de los mismos en la relación, trabajando desde metacontextos de control, trastornos graves o egosintónicos que conlleven desregulación emocional, desorden relacional e impacto en el entorno: aquellos que se gestan en los desencuentros o separaciones y que se nutren de ausencias.

Así, el modelo está destinado básicamente a etapas iniciales de la intervención, de carácter preterapéutico, o psicoterapéutico de apoyo (de preparación para poder aprovechar encuadres ambulatorios tradicionales), o de preparación para otros entornos, como el formativo y laboral, atendiendo especialmente a supuestos de involuntariedad hacia la relación de ayuda, dando un papel esencial a la obtención de adhesión o alianza en la intervención.

Se postula el especial valor nutricional y terapéutico del vínculo establecido como apego recíproco, como espacio generativo de confianza básica donde expresar y actuar los contenidos emocionales no realizados. Dicho vínculo tiene una concepción intersubjetiva.

Por lo que como se apuntaba en párrafos anteriores, se parte de la importancia de la persona del profesional que interviene, de sus características personales y de las competencias profesionales desde las que establecer y sostener el vínculo.

Para el modelo, el vínculo nace de un apego a una persona significativa que se extrapola a un contexto o institución, y desde esta a

otras relaciones externas, y como último paso, al propio estilo de relación (fruto de la internalización del vínculo y como resultante de una experiencia emocional correctora). En el propio vínculo se da la interacción entre estilos de apego, que pueden generar la evolución hacia modelos representacionales o patrones relacionales más funcionales y positivos (identidad sana), tanto de uno mismo como de los demás, propiciando una evolución hacia estilos más seguros. El vínculo pasa por tener unas características, contenedoras y validantes, que le proporcionan el componente terapéutico necesario.

El modelo VEV persigue, pues, favorecer dinámicas que promuevan la activación de la función reflexiva (supuestos reactivos) o la reobjetalización (supuestos instrumentales), y procura promover una experiencia de separación sana del dispositivo, cuando llega inexorablemente, sin rupturas ni heridas, es decir, trabajar la despedida, la desvinculación según que permanezca internalizado el estilo de relación y de apego que permita el mantenimiento de relaciones externas previas y el establecimiento y desarrollo de otras nuevas.

### **1.3. BASES Y REFERENCIAS TEÓRICAS**

Las bases teóricas del modelo VEV tienen un origen diverso. Su carácter integrador conlleva a que se cimiente fundamentalmente sobre:

- corrientes psicodinámicas como la mentalización, el psicoanálisis intersubjetivo y relacional;
- corrientes sistémicas centradas en la alianza terapéutica;
- corrientes cognitivas de tercera generación, como la psicoterapia dialéctico-comportamental y la psicoterapia cognitivo analítica;
- la teoría del apego y sus actualizaciones;
- el modelo transteórico del cambio.

Mirapeix y De Rivera (2010) definen la psicoterapia integradora como una forma de pensar que busca mirar más allá de un determinado modelo teórico, con la intención de aprender desde diferentes perspectivas. De esta manera, un mínimo rigor científico nos obliga como profesionales a actualizarnos y tomar en consideración las aportaciones provenientes de otras escuelas terapéuticas. La integración teórica enfatiza en la integración de las diferencias. También Campagne (2014) concluye que la aplicación de la terapia más eficaz posible para un paciente deter-

minado y la autoactualización constante forman parte de las obligaciones terapéuticas del profesional.

El modelo VEV se fundamenta en dos modalidades de integración: la integración teórica o asimilativa y los factores comunes en psicoterapia. El propio modelo supone la integración del modelo sistémico y psicodinámico, y propone un marco teórico y metodológico desde los factores comunes especializado en contextos de alta intensidad con adolescentes que presentan conductas fundamentalmente externalizantes, o bien mixtas (internalizantes y externalizantes).

El cambio en psicoterapia y en la conceptualización de la relación de ayuda es, en parte, el resultado de los factores comunes a la mayoría de los enfoques terapéuticos, a saber, la experiencia de una relación con un experto reconocido que ofrece atención próxima y respeto y aporta un nuevo marco de entendimiento, características que sirven para restablecer la moral. La negociación temprana de una definición del problema en un lenguaje compartido por el paciente y por el terapeuta también es útil (Frank, 1961).

Se ha encontrado que la relación terapéutica, y particularmente la alianza terapéutica, tiene una gran influencia sobre el resultado del proceso de psicoterapia (Orlinsky, Grawe y Parks, 1994), hasta tal punto que hay estudios que ponen de manifiesto que sólo el 15 % del cambio psicológico en terapia es atribuible a factores específicos, mientras que un 45 % es atribuido a factores propios de la relación terapéutica (Romero, Bejarano y Álvarez, 2000).

Karasu (1986) plantea un modelo terapéutico a partir del análisis de los aspectos comunes de las distintas técnicas o intervenciones terapéuticas, y propone la existencia de tres agentes de cambio que se pueden encontrar en todos los métodos terapéuticos, aunque con distinta ponderación: vivencia afectiva, dominio cognitivo y regulación conductual.

Estos agentes actúan del siguiente modo: (1) mediante la inducción de una vivencia afectiva se puede conseguir un estado que se considera como preparación para el cambio, un nuevo input cognitivo; (2) en la categoría de dominio cognitivo se transmiten nuevos patrones de percepción y de pensamiento que repercuten en la autopercepción y en la autocomprensión; y (3) las experiencias positivas logradas a través de las nuevas conductas refuerzan el cambio. La regulación conductual incluye técnicas de modificación de la conducta.

Otro aspecto que guía la teorización del modelo VEV es la perspectiva basada en la evidencia, cuyo propósito es destacar la mejor evidencia científica disponible en lo que ha resultado ser más efectivo en la

intervención con adolescentes en contextos específicos, como el sistema de protección para menores con problemas de conducta, justicia juvenil e inclusión social.

En la investigación en el ámbito de justicia juvenil se habla de los factores primarios o de éxito que representarían las fuentes del cambio y debieran recogerse como factores comunes en la intervención. Las investigaciones coinciden en señalar a los profesionales como el factor primario más relevante en el éxito de un programa de intervención (López *et al.*, 2005; Becedoniz y Rodríguez, 2005).

## **1.4. OBJETIVOS Y MODALIDAD DE INTERVENCIÓN**

### **1.4.1. Objetivos generales del modelo VEV**

Los objetivos generales que persigue el modelo con la intervención serían:

- Limitar las conductas externalizantes y remitir la sintomatología aguda.
- Generar un espacio interpersonal que propicie una experiencia emocional correctora desde vínculos contenedores y validantes.
- Generar adherencia al tratamiento y un proceso madurativo de confianza.
- Generar conciencia de problema y egodistonia para derivar al recurso externo o comunitario normalizado indicado.
- Generar conciencia de recursos, mantenerlos y generalizarlos en base a patrones relacionales funcionales.
- Integrarse en recursos externos o comunitarios normalizados.

### **1.4.2. Modalidad de intervención sobre la que se sustenta el modelo VEV**

La modalidad sobre la que se sustenta el modelo VEV es la de una psicoterapia de apoyo, o preterapia, con componentes educativos y función social. De esta forma, no se propone como enfoque clínico.

Trata de realizar un trabajo de maduración, confianza y adhesión que permita una toma de conciencia de problema y capacidades que faciliten una formulación de la ayuda que el adolescente viva como propia, posible y adecuada a su realidad y necesidades subjetivas, para, desde la misma, poder transitar a espacios externos o comunitarios y normalizados de los que poder beneficiarse. Además, pone el foco en la involunta-

riedad y en el abordaje de conductas externalizantes cuya presencia suele impedir un abordaje de otro tipo.

Para su estructuración, el modelo parte de formulaciones previas de la psicoterapia de apoyo, siendo su finalidad: «la mejoría de síntomas por medio de un mejor equilibrio adaptativo de configuraciones impulso-defensa, con un reforzamiento de las defensas adaptativas, así como de los derivados adaptativos de los impulsos» (Kenberg, 2005, p. 97). En muchas ocasiones, esta modalidad de intervención se ha circunscrito desde el psicoanálisis a personas que, como refiere Pinsker (2002), «no estaban capacitadas para recibir una terapia intensiva, la cual se consideraba, de forma casi universal, como el tratamiento adecuado para cualquiera que fuera lo suficientemente inteligente e íntegro como para participar en él» (p. 21).

Sin embargo, el modelo VEV difiere de estos supuestos, ya que se configura como una preterapia que no aborda contenidos clínicos por no ser el momento de preparación del adolescente y su entorno, ni el contexto, ni la demanda –de hecho, no suele existir–, y por darse conductas que impiden un abordaje más en profundidad. Además, no se busca una adaptación, sino una generación de nuevas formas de relación.

No obstante, dentro de las conceptualizaciones de psicoterapia de apoyo, se establecen dos clasificaciones que el modelo VEV tiene en cuenta: las expresivas y las supresivas. Como clarifica Alarcón (2008):

Tradicionalmente, a las psicoterapias psicoanalíticamente orientadas (PPO) se las ha dividido entre la modalidad expresiva y la de apoyo. Las primeras, cuyo paradigma es el psicoanálisis clásico (y cuya herramienta técnica por excelencia es la interpretación), buscan desvelar el conflicto inconsciente subyacente a la patología. Las segundas, por el contrario, se orientan a mantener o reforzar las defensas adaptativas del paciente, de tal modo que estas le permitan sobrellevar lo mejor posible su cotidianidad. Las terapias expresivas buscan el cambio de la estructura psíquica; las de apoyo, la mejor adaptación posible al medio y a las circunstancias que rodean al paciente. (pp. 114-115)

En este sentido, el modelo VEV no entiende la necesidad de la resolución del conflicto intrapsíquico, sino que activa la autoconciencia y el autoconocimiento, pero con límites y circunscrito a procesos y competencias, no a contenidos.

Sea como fuere, el modelo propone una psicoterapia de apoyo que pasa por una mezcla de ambas posiciones según distintos criterios:

- **Perfil del adolescente**, según haya presencia de rasgos subyacentes a uso de violencias reactivas e instrumentales. Siempre hay que excluir intervenciones expresivas en adolescentes con rasgos de insensibilidad emocional, o instrumentales, que llevan con ese funcionamiento mucho tiempo (desde la infancia).
- **Tiempo disponible** para la intervención y tiempo que lleva el sufrimiento y expresión manifestándose. Si el tiempo disponible es escaso y el sufrimiento lleva mucho tiempo, se aplica un criterio supresivo, en otras palabras, «no abrir lo que no se pueda cerrar»; si el tiempo es escaso y el sufrimiento lleva poco tiempo se aplicará el modelo VEV según las competencias e implicación del entorno; si el tiempo es amplio y el sufrimiento lleva mucho tiempo, se aplicará algún criterio del modelo VEV según el entorno y el perfil del adolescente; si el tiempo es amplio y el sufrimiento lleva poco tiempo, se podrá aplicar una modalidad expresiva.

Sin embargo, también aporta una visión propia y divergente de las dos anteriores en el sentido de que:

- Se basa en el vínculo y puntúa emociones, no hechos.
- Pone el foco en la involuntariedad y en la adhesión a la relación.
- Entiende la egodistonia como una motivación de cambio, que puede ser confrontable desde una relación de confianza.
- Tiene una visión procesual y madurativa: distingue momentos, no capacidades.
- Se basa en el entorno, no como herramienta, sino como pilar.

## 1.5. ESTRUCTURA METODOLÓGICA

Habida cuenta de la modalidad descrita, el cambio en el perfil de los adolescentes que llegan a los contextos de la red específica de protección, justicia juvenil e inclusión social requiere de la implementación de un abordaje educativo-terapéutico especializado que atienda a estas necesidades de salud mental que se presentan.

Recientemente, Alba, Aroca y López-Latorre (2016) han señalado que, en la actualidad, no se ha logrado una intervención específica para la atención de determinados perfiles para los que la Ley de 5/2000 de responsabilidad penal del menor no fue pensada, tales como los de abuso sexual, violencia filiofamiliar, acoso escolar, adolescentes infractores con

rasgos de insensibilidad emocional, pertenencia a bandas u organizaciones de carácter terrorista.

Por todo ello, el ingreso en un dispositivo intensivo brinda una oportunidad privilegiada para realizar un diagnóstico psicológico y social que permita orientar y diseñar la intervención educativa y terapéutica específica que requiera cada caso particular, ya que posibilita realizar una evaluación rigurosa y detallada, realizando una intervención especializada desde un enfoque integrador basada en los factores de éxito, tales como la vinculación con el profesional, el trabajo con la familia, la coordinación interinstitucional, el partir de un modelo conceptual sólido y la adaptación del programa de tratamiento a las características de cada adolescente (Becedoniz y Rodríguez, 2005).

En la misma línea, Garrido López y Alba (2005) proponen la presencia de los siguientes elementos para una intervención efectiva en este tipo de contextos: un modelo conceptual lógico, una programación multifacética, impactar en el pensamiento del adolescente infractor, la focalización en las necesidades criminógenas (disminuir los factores de riesgo dinámicos y promover factores de protección), programas estructurados e íntegros llevados a cabo por profesionales bien preparados y la orientación hacia la comunidad, esto es, conectar al adolescente con las redes de apoyo prosocial.

En definitiva, el modelo considera que el tratamiento en este tipo de contextos ha de consistir en una intervención especializada para estabilizar y remitir los síntomas más agudos y, desde un diagnóstico adecuado, generar conciencia de la necesidad de tratamiento con el fin de derivar a recursos externos de carácter especializado que continúen la intervención.

Habida cuenta de todo ello, la estructura metodológica del modelo VEV trata de seguir los criterios revisados por Haigh *et al.* (1999), propios de los tratamientos efectivos para pacientes con cuadros graves de trastorno de personalidad:

- **Deben ser muy estructurados:** en este sentido, el modelo dispone de una estructura definida en la vida cotidiana de los dispositivos, en la estructura diaria y semanal de las actividades grupales, así como en su distribución entre actividades orientadas a la reflexión, a la acción y a lo formativo-laboral, en la existencia de un régimen de convivencia, en las entrevistas individuales y en los grupos abiertos de carácter interactivo.
- **Presentar un foco de atención claro:** el modelo se centra en las emociones, patrones relacionales (roles recíprocos), capacidad de

mentalización y responsabilización, así como en el abordaje de la involuntariedad y las conductas externalizantes.

- **Destinar esfuerzo a fomentar el cumplimiento:** el modelo se orienta al cumplimiento. No obstante, se parte de la formulación y reformulación de la demanda y la adhesión a la relación de ayuda como factores técnicos destinados a tal propósito.
- **Ser conceptualmente coherentes:** el modelo contiene una explicación del desarrollo infanto-juvenil, de la etiología e intervención de las conductas externalizantes, de cómo atender la involuntariedad y el establecimiento de la relación.
- **Ser de larga duración:** estos dispositivos permiten un encuadre intensivo y convivencial, donde lo cotidiano se convierte en un espacio de intervención.
- **Fomentar una relación de vínculo intenso:** para el modelo este es un aspecto nuclear.
- **Estar bien integrados con otros servicios:** el modelo concede una gran importancia al apartado de la coordinación efectiva y colaborativa.

Además de estos aspectos, desde el modelo VEV se entiende como importante también:

- **Incorporar una visión e intervención procesual.** Mantener una perspectiva basada en el desarrollo evolutivo normal de la persona y proponer una intervención que reproduzca esa visión, distribuyéndola en etapas y fases con objetivos, indicadores de consecución y técnicas, ahondando en la necesidad de estructuración y añadiendo una visión de conjunto que también permite ser no sólo teórica, sino metodológicamente coherentes.
- **Disponer de una técnica especializada en las conductas externalizantes.** No todas las conductas tienen el mismo significado, aunque se expresen de idéntica forma. Por ello, atender a la necesidad de desarrollar encuadres externos que permitan construir otros subjetivos e internos es muy importante, así como disponer de herramientas de observación que permitan un diferencial de intervención en este cometido.
- **Atender la especificidad de dispositivos de intervención con equipos de profesionales que intervienen de forma simultánea con grupos de adolescentes.** Estos servicios no se basan en la intervención «uno a uno», donde el juego de lo trasferencial y contratrasfe-

rencial puede ser más objetivable, sino en la conjunción de muchas relaciones entrecruzadas. Así, el concepto de sistema o ambiente y sus atribuciones técnicas cobran una necesidad de técnica y organización al tratarse del espacio relacional, o «campo de juego».

## 1.6. LA FIGURA DEL PROFESIONAL

La importancia del profesional y, en particular, de sus características personales resulta central en el modelo VEV. En este sentido, Gunderson y Gabbard (2002) recogen una serie de actitudes del terapeuta o profesional que consideran como necesarias para poder intervenir:

Piensa que el paciente tiene interés (p.ej., provocador, conmovedor, desconcertante, atrayente, necesitado, sagaz); considera que el paciente puede mejorar; acepta que él puede ser esencial para el bienestar del paciente; asume una responsabilidad importante; percibe al paciente con comprensión (las hostilidades, la impulsividad y los síntomas aparecen por alguna razón); piensa que puede ayudar; está dispuesto a perseverar pese a tener que hacer cosas que no desea hacer o pese a ser criticado u ofendido; está dispuesto a trabajar en colaboración con otros y a recurrir a supervisión o consultas. (p. 40)

Por otra parte, y además de estas actitudes, existen algunos rasgos de carácter importantes para el éxito de la intervención. Swenson (1989) señala que los terapeutas que suelen funcionar son responsables, algo audaces, orientados hacia la acción y alegres. Este autor compara los estilos personales de dos profesionales que son referencias de escuelas teóricas muy distantes, en particular, Kenberg (referente de escuelas psicodinámicas) y Linehan (autora de la DBT, que es una corriente cognitiva de tercera generación). Al cotejar sus entrevistas con usuarios, encuentra que ambos son autoritarios, seguros, enérgicos y claros, transmitiendo la sensación de que están presentes, comprometidos y que son indestructibles. Parecen impertérritos ante el conflicto, e, incluso, parecen disfrutar de las discusiones y desacuerdos.

En la misma línea, Gradillas (2002) señala, en referencia en este caso al médico no especialista y en relación con personalidades disociales, que «ha de mostrarse firme, pero sin autosuficiencia, respetuoso, sin ocasionar con sus palabras o gestos motivos para irritar innecesariamente al enfermo, y limitarse sobre todo a su actuación profesional» (p. 64).

Así, para el modelo VEV, más allá de la técnica, sin duda importante, lo diferencial lo constituyen características como las mencionadas en el párrafo anterior. De ahí que sea tan importante ser consciente de las necesidades del profesional, así como de las tensiones inherentes en el mismo cuando tiene que intervenir desde el control sensible. En este sentido, Alexander y French (1946) recogen dos tipos de capacidades en el profesional: la operativa (fe en sí mismo, buen «*joining* con la familia» y capacidad de estimulación de la interacción) y la relacional (empatía, humor, calidez e integración afectivo-comportamental).

En la misma línea, Figley y Nelson (1989) señalan en sus estudios que resulta más importante la persona del terapeuta que sus competencias estrictamente profesionales como tales.

Sin embargo, este es un aspecto desatendido por muchos profesionales, o relegado a un segundo plano. Tal y como señala Cyrulnik (2003):

Resulta muy sorprendente constatar hasta qué punto los educadores subestiman el efecto de su persona y sobrevaloran la trasmisión de sus conocimientos. Muchos niños, realmente muchos, explican en las psicoterapias hasta qué punto un educador modificó la trayectoria de su existencia mediante una simple actitud o una frase, anodina para el adulto, pero capaz de conmocionar al chico. Los educadores, en cambio, no tienen conciencia de este poder. (p.100)

Ese poder puede tener varias vertientes, pero, de alguna forma, pasaría por una integración afectivo-comportamental del binomio control y seguridad:

Así, el educador social debe tener clara su situación como profesional ante su usuario, y saber utilizar este poder en beneficio del desarrollo de la persona. Necesariamente, en muchos de los casos, el usuario debe percibir este poder del educador social, que lo debe poner en práctica sin miedo a que este eje quede muy manifiesto. Como veremos más adelante, cuando hablamos de acceso a lo social, una función importantísima del educador social es la de limitar al usuario. Límites que le tienen que dar seguridad y permitir crecer. (Cabré y Castillo, 2003, p. 56)

Habida cuenta de lo anterior, el control sensible supone una actitud/apertura de la persona del profesional relativa a la gestión del poder que detenta desde su función. De esta forma, no es una estrategia o una técnica aprendida y extrapolable a cualquier situación, sino una actitud

y una disposición psíquica que desde su persona posibilita adaptarse y flexibilizarse a situaciones distintas.

En este sentido, Lerner (2002, 2007) describe los componentes de la relación que, a su vez, conllevan características de los profesionales para ejercerlas. Estos componentes serían: conexión, competencia, confianza, cuidado y carácter. Todos ellos necesitan de capacidades del profesional, de tipo personal, que el adolescente busca o valora y que facilitan el establecimiento de un vínculo que posibilite la adhesión a la relación de ayuda.

Así, la conexión se circunscribe a la sintonía emocional; la competencia, a la capacidad traducida en destrezas y habilidades; la confianza se basa en esas competencias y en la atribución a una buena intención, que se concreta en el cuidado, percibido como un interés genuino por el adolescente hacia su persona y no sólo como un trabajo; y el carácter, como suficiente fortaleza que los adolescentes admiran, ya que la debilidad en un profesional les evoca contenidos propios insoportables. Todo ello facilita procesos de identificación con una figura de referencia con la que establecer nuevos patrones de relación que desarrollen una identidad sana y prosocial.

Por todo ello, el modelo VEV hace hincapié en definir las dimensiones del profesional para establecer vínculos intensos y nutritivos con los adolescentes y que se desarrollan en el siguiente capítulo.



---

## Sobre los autores

### Ángel Estalayo Hernández

Doctor en Ciencias Sociales. Licenciado en Pedagogía y Psicopedagogía. Habilitado en Educación Social. Psicoterapeuta FEAP a través de SEPYPNA. Experto en intervenciones sistémicas. Máster en Psicoterapia y Psicopatología del Niño y del Adolescente, Master en Psicoterapia del Tiempo Limitado y Psicología de la Salud y experto en trastornos de la personalidad, siendo todas estas formaciones acreditadas por la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapia (FEAP). Por otra parte, se ha formado en MBT, MBT-A y MBT-F (*mentalization based treatment for adolescents and for families*), así como en AMBIT, todas ellas formaciones acreditadas por el Anna Freud Centre de Londres, y también como terapeuta PCA (psicoterapia cognitivo-analítica).

Profesor del Master de Intervención y Mediación con Menores en Situación de Desprotección y/o Conflicto Social y del Master en Intervención con Personas en Situación de Vulnerabilidad y Exclusión Social de la Universidad de Deusto; del Experto en Suicidiología de la UPV/EHU; del Experto en Acción Socioeducativa con Infancia, Adolescencia y Juventud en Acogimiento Residencial de la UMA; del Experto en Psicoterapia de Apoyo de la Universitat Ramon Llull; y del Postgrado de Intervención en Psicoterapia de Apoyo VEV en la ADP-CETS.

Autor de distintos artículos y capítulos relacionados con la intervención con adolescentes y jóvenes, involuntariedad, violencia y contextos socioeducativos.

Actualmente, desarrolla su labor profesional como director técnico de IRSE-EBI (Instituto de Reintegración Social de Euskadi), donde anteriormente ha sido director y educador en distintos servicios de Justicia

Juvenil, de Protección a la Infancia y de Inclusión Social. Además, es formador y supervisor externo en múltiples servicios en el Estado.

Presidente y miembro de la Junta Directiva de la ADP-CETS (Asociación para el Desarrollo de la Psicoterapia en Contextos Educativo-Terapéutico-Sociales).

### **Olga Rodríguez Ochoa**

Psicóloga, psicoterapeuta familiar y de pareja y psicoterapeuta infanto-juvenil acreditada por la FEAP, Máster en Psicoterapia del Niño y del Adolescente, Máster Universitario en Psicología General Sanitaria, especialización en psicología clínica, especialista en peritación psicológica forense, Máster en Drogodependencias y formada en mentalización (MBT, MBT-C, MBT-F) y AMBIT.

Profesora del Máster de Intervención y Mediación con Menores en Situación de Desprotección y/o Conflicto soCial de la Universidad de Deusto, del Experto en Psicoterapia de Apoyo de la Universitat Ramon Llull y del Postgrado de Intervención en Psicoterapia de Apoyo VEV en la ADP-CETS.

Desde 2017 dirige el proyecto Beinke (servicio de día y recurso residencial), perteneciente a la Estrategia Joven del Departamento de Inclusión Social de la Diputación Foral de Bizkaia y gestionado por el Instituto de Reintegración Social de Euskadi (IRSE-EBI), donde también ha trabajado como responsable educativa del Centro de Internamiento de Justicia Juvenil Txema Fínez (Álava) y como supervisora externa de centros de Protección de Menores. Anteriormente ha trabajado como psicóloga del Equipo Psicosocial Judicial de Bizkaia, supervisora y subdirectora del Centro de Justicia Juvenil Uribarri (Álava) y educadora del Servicio de Medidas en Medio Abierto de Bizkaia.

Miembro de la Junta Directiva de la ADP-CETS (Asociación para el Desarrollo de la Psicoterapia en Contextos Educativo-Terapéutico-Sociales).

### **Raúl Gutiérrez Sebastián**

Comenzó a trabajar en FAIM con adolescentes en riesgo y conflicto social en 2008; como educador social y tutor de menores en el módulo terapéutico del Centro de Educación e Internamiento por Medida Judicial (CEIMJ) de Aragón. En 2012 pasó a formar parte del equipo de Salud Mental de dicho centro y posteriormente en centros de Protección a la Infancia y Adolescencia, así como en el programa «Espacio Ariadna» para la atención a familias en conflicto filio-parental y consulta privada.

A lo largo de su carrera se formó en psicoterapia familiar sistémica, psicoterapia psicoanalítica relacional y *mentalization based treatment* (MBT), además de formarse en investigación. Actualmente es doctorando en la Universidad de Zaragoza y psicoterapeuta supervisor-docente por la FEAP (Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas).

Transversalmente a su desempeño profesional y académico-formativo, a lo largo de estos años ha publicado diversos artículos relacionados con adolescencia y familia en contextos de protección a la infancia y justicia juvenil, siendo asimismo ponente en jornadas y congresos, nacionales e internacionales, relacionados con el ámbito del riesgo de exclusión y conflicto social juvenil.

### **Juan Carlos Romero León**

Licenciado en Psicología por la Universidad de Deusto en 1992. Psicoterapeuta sistémico y familiar acreditado por la FEATF y la FEAP. Con 30 años de experiencia profesional en el campo de las adolescencias complicadas en el ámbito comunitario, en justicia juvenil, tanto en centros como dirigiendo el Servicio de Cumplimiento de Medidas Judiciales en Medio Abierto en Bizkaia y Gipuzkoa, y en recursos residenciales de protección de menores, tanto básicos como especializados en graves problemas de conducta.

Colaborador docente de la Escuela Vasco-Navarra de Terapia Familiar; docente de la Asociación para el Desarrollo de la Psicoterapia en Contextos Educativos, Sociales y Terapéuticos (ADP-CETS); formador y supervisor de equipos profesionales que intervienen con infancia y adolescencia a nivel estatal.

Autor de artículos y capítulos de libros con relación a las adolescencias complicadas. En la actualidad, dirige el Área de Protección de Menores de la Asociación Irse-Ebi en Gipuzkoa.



---

# Índice

Prólogo	9
1. Modelo de vinculación emocional validante	11
1.1. Principios rectores del modelo VEV	13
1.2. Características del modelo VEV	14
1.3. Bases y referencias teóricas	16
1.4. Objetivos y modalidad de intervención	18
1.4.1. Objetivos generales del modelo VEV	18
1.4.2. Modalidad de intervención sobre la que se sustenta el modelo VEV	18
1.5. Estructura metodológica	20
1.6. La figura del profesional	23
2. El vínculo educativo-terapéutico y la circularidad relacional	27
2.1. Vínculo y desarrollo	27
2.2. Alteraciones en el vínculo y sus funciones	29
2.3. El vínculo profesional: en la relación y desde la relación	30
2.4. La importancia de la persona del profesional	32
2.5. Del vínculo y la alianza educativo-terapéutica	33
2.6. El encuadre interno y externo como escenario de intervención	36
2.7. De la causalidad lineal a la circularidad	37
2.8. El vínculo en una perspectiva circular	39
2.9. Aportaciones desde la VEV	40

2.9.1. Los componentes personales y la circularidad interna	40
2.9.2. La circularidad externa como bidireccionalidad o mutua influencia	48
2.9.3. La circularidad externa como dinámica sistémica	50
2.10. La importancia de la desvinculación	52
3. Comprensión y abordaje de las conductas externalizantes	55
3.1. Conductas externalizantes	55
3.2. Agresividad y violencia	56
3.3. Tipos de violencia desde quien la ejerce	58
3.4. Clasificación desde quien la recibe	66
3.5. Aportaciones del modelo de vinculación emocional validante	68
3.5.1. El diferencial de intervención	68
3.5.2. La circularidad de la violencia	71
3.5.3. La circularidad entre los actos violentos ejercidos y recibidos desde cada miembro del sistema	79
3.5.4. Propuesta metodológica de intervención en violencia	80
3.6. Consumo de tóxicos	82
3.6.1. Pautas de intervención en consumos	86
3.6.2. Consideraciones sobre el abordaje de consumos	87
3.6.3. Propuesta metodológica de intervención desde la vinculación emocional validante	88
3.7. Fugas e interrupciones de la relación de ayuda	90
3.7.1. Pautas de intervención en supuestos de interrupción de la relación de ayuda o fugas	92
3.8. Consideraciones finales	92
4. La evaluación	95
4.1. La importancia de evaluar	95
4.2. Ficha de registro y evaluación	99
4.2.1. Componentes y constitución de la ficha de registro y evaluación	99
4.2.2. Criterios de uso y aplicaciones de la ficha de registro y evaluación	103

5. Propuesta de intervención organizada: el itinerario educativo-terapéutico	107
5.1. La intervención desde una perspectiva de proceso	107
5.2. Etapas y fases de la intervención desde el modelo VEV	109
5.2.1. Primera etapa: el inicio de la relación	109
5.2.1.1. Primera desvinculación	111
5.2.1.2. Encuadre externo (disciplina)	112
5.2.1.3. Contención	115
5.2.1.4. Valoración/validación	119
5.2.2. Segunda etapa: vinculación emocional validante	123
5.2.3. Tercera etapa: autonomía	131
5.2.3.1. Fase de responsabilización	133
5.2.3.2. Fase de amenaza a la identidad	138
5.2.3.3. Fase de desistencia	140
5.2.4. Cuarta etapa	142
5.2.4.1. Fase de desvinculación	143
5.2.4.2. Fase de revinculación	145
6. Conclusiones, aplicaciones y desarrollos del modelo	147
6.1. Líneas de desarrollo	150
Anexo. Ficha de registro y observación	157
Referencias bibliográficas	163
Sobre los autores	187

