



UNIVERSIDAD DE DEUSTO

DEUSTUKO UNIBERSITATEA

**Modelo de Vinculación Emocional Validante: Una
propuesta de intervención para contextos de Justicia
Juvenil y Acogimiento Residencial Específico**

Ángel Estalayo Hernández

Directora: Arantxa Rodríguez Berrio

30 de Marzo de 2017

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Departamento de Trabajo Social y Sociología

Para tí, Ander, tus sonrisas son mi mayor alegría.

AGRADECIMIENTOS

Son muchas las personas a las que me gustaría mostrar mi agradecimiento.

A mi mujer Olga, por aportar tantas ideas y preguntas, por validarme, por darme tiempo y comprenderme, por acompañarme y contrastarme, pero sobre todo, por recorrer el camino conmigo.

A Juan Carlos, por tu amistad a prueba de fuego y apoyo crítico, siempre me da realismo y por tanto andado juntos, incluso en este modelo.

A mi Directora, Arantxa, por ser la mejor directora posible, por confiar en mis capacidades más que yo y exigirme con delicadeza. Por animarme cuando decaía, por tus comentarios y correcciones, por las horas de esfuerzo y tu disponibilidad.

Al IRSE-EBI, en concreto a Juan Luis, su director, por tu apoyo incondicional para este esfuerzo, a mis compañeros de los que siempre he aprendido y aprendo y a la organización por ser como es.

A Raúl de FAIM por apoyar sin preguntar y por creer en esta idea y mejorarla. También a Pedro y Miguel por apostar por este modelo.

A Josema, David, Nuria y Héctor por aportar y apoyar este proceso y seguir desarrollando este modelo. Por llevarlo a cabo en vuestra práctica y apostar por él.

A los chavales y sus familias. Sin duda, me han dado mucho más de lo que yo he conseguido darles. Este esfuerzo es para tratar de devolver algo de lo que queda pendiente.

A mi familia, a mis padres y a mi hermana Beatriz por estar para lo que haya necesitado y por su cuidado; a mi sobrina Laura por luchar y sonreír y a mis suegros por su apoyo silencioso y su generosidad.

A las instituciones para las que trabajo y donde he formado como profesional, especialmente a Patxi, de quién tanto he aprendido y a Yolanda.

A mis amigos de siempre, Alberto y Asier por vuestra paciencia con mis ausencias, por tantos años de experiencias y búsqueda.

A todos los equipos con los que he colaborado por ayudarme a comprender que cada persona tiene algo que aportar y que hay muchos caminos para llegar al mismo punto.

A Patricia, por su rigor y amabilidad en la última fase de esta tesis.

A la Universidad de Deusto por permitir esta tesis, tanto tiempo después.

Y a todos aquellos que creísteis que esto sería posible: muchas gracias; y a los que no, también.

ÍNDICE GENERAL

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN	11
CAPÍTULO 2. CAMBIOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE	20
1. EL PERÍODO EVOLUTIVO DE LA ADOLESCENCIA Y SU ESPECIFICIDAD	21
2. INVESTIGACIONES SOBRE SALUD MENTAL EN MENORES EN EL SISTEMA DE JUSTICIA JUVENIL	28
3. INVESTIGACIONES SOBRE SALUD MENTAL EN MENORES DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN	33
4. CAMBIO DE PERFIL DE LOS MENORES Y ADOLESCENTES DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN DE MENORES Y JUSTICIA JUVENIL	38
5. NECESIDADES DESDE EL CAMBIO DE PERFIL DE LA POBLACIÓN	40
CAPÍTULO 3. CONTEXTOS Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN	43
1. EL CONTEXTO DE INTERVENCIÓN DE LA JUSTICIA JUVENIL	45
2. EL CONTEXTO DE INTERVENCIÓN DE LOS PROGRAMAS ESPECIALIZADOS DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL PARA MENORES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA	50
3. CARACTERÍSTICAS DE LOS CONTEXTOS PROFESIONALES DE INTERVENCIÓN	53
4. HACIA UN ESPACIO EDUCATIVO-PSICOTERAPÉUTICO-SOCIAL	59
4.1.El espacio social como contexto de cambios	59
4.2.El espacio socio-sanitario y educativo-terapéutico	66
4.3.Hacia un espacio educativo-psicoterapéutico-social	75

CAPÍTULO 4. EL MODELO DE VINCULACIÓN EMOCIONAL VALIDANTE

.....	78
1. PRINCIPIOS RECTORES DEL MODELO VEV	79
2. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO VEV	81
3. BASES Y REFERENCIAS TEÓRICAS	84
4. OBJETIVOS Y MODALIDAD DE INTERVENCIÓN	87
4.1.Objetivos generales del modelo VEV	87
4.2.Objetivos específicos del modelo VEV	87
4.3.Modalidad de intervención sobre la que se sustenta el modelo VEV	89
5. ESTRUCTURA METODOLÓGICA	93
6. LA FIGURA DEL PROFESIONAL	96

CAPÍTULO 5. LA CIRCULARIDAD: VÍNCULO, RELACIÓN Y

APLICACIONES TÉCNICAS	100
1. VÍNCULO Y DESARROLLO	102
2. ALTERACIONES EN EL VÍNCULO Y SUS FUNCIONES	104
3. EL VÍNCULO PROFESIONAL: EN Y DESDE LA RELACIÓN	107
4. LA IMPORTANCIA DE LA PERSONA DEL PROFESIONAL	110
5. DEL VÍNCULO Y ALIANZA EDUCATIVO-TERAPEÚTICA	112
6. EL ENCUADRE INTERNO Y EXTERNO	116
7. DE LA CAUSALIDAD LINEAL A LA CIRCULARIDAD	118
8. EL VÍNCULO EN UNA PERSPECTIVA CIRCULAR	122
9. APORTACIONES DESDE EL MODELO VEV	124
9.1.Los componentes personales de la circularidad interna	125
9.2.La circularidad externa como bidireccionalidad o mutua influencia	140
9.3.La circularidad externa como dinámica sistémica	142
10. LA TÉCNICA DESDE EL VÍNCULO	146
10.1. A nivel individual	146

10.2.	A nivel familiar	150
10.3.	A nivel grupal	153
11.	LA IMPORTANCIA DE LA DESVINCULACIÓN	155
CAPÍTULO 6. ITINERARIO EDUCATIVO-TERAPÉUTICO		160
1.	PERSPECTIVA DEL PROCESO	161
2.	MODELOS TEÓRICOS DE ITINERARIOS O FASES	168
2.1.	El foco en la Psicoterapia basada en la mentalización	169
2.2.	La propuesta de la Psicoterapia Cognitiva Conductual	171
2.3.	El modelo focalizado en la alianza terapéutica	173
2.4.	El espacio terapéutico y la construcción de la demanda	175
2.5.	Modelo dinámico del cambio	177
2.6.	Síntesis de las aportaciones al modelo	179
3.	ETAPAS Y FASES DE LA INTERVENCIÓN DESDE LA VEV	183
3.1.	Primera etapa: El inicio de la relación	184
3.1.1.	Primera desvinculación	188
3.1.2.	Disciplina	191
3.1.3.	Contención	199
3.1.4.	Valoración/validación	209
3.2.	Segunda etapa: Vinculación emocional validante	221
3.3.	Tercera etapa: Autonomía	234
3.3.1.	Fase de responsabilización	237
3.3.2.	Fase de amenaza a la identidad	245
3.3.3.	Fase de desistencia	251
3.4.	Cuarta Etapa: Despedida y cierre	254
3.4.1.	Fase de desvinculación	256
3.4.2.	Fase de revinculación	259

CAPÍTULO 7. APLICACIÓN FAMILIAR DEL ITINERARIO EDUCATIVO- TERAPÉUTICO	263
1. FASES EN LA RELACIÓN FAMILIAR	268
1.1. Establecimiento de la relación	268
1.2. Vinculación emocional validante	270
1.3. Autonomía	270
1.4. Despedida. Cierre	271
2. USO DE NARRATIVAS EN LA INTERVENCIÓN	271
3. TECNICAS DE LA MENTALIZACIÓN COHERENTES CON LA PRÁCTICA SÍSTEMICA	278

CAPÍTULO 8. APLICACIÓN GRUPAL DEL ITINERARIO EDUCATIVO- TERAPEÚTICO	291
1. INTERVENCIÓN GRUPAL CON ADOLESCENTES EN EL MARCO DEL MODELO VEV	292
2. COMPOSICIÓN DE GRUPO	293
2.1. Consideración de grupo	293
2.2. Características de los grupos de adolescentes	295
2.3. Características del grupo de adolescentes en recursos residenciales	299
3. LA CONSTRUCCIÓN DEL ESPACIO GRUPAL	303
3.1. Normativa del grupo	303
3.2. Fenómenos grupales	305
4. EL MODELO VEV EN EL GRUPO	311
4.1. El grupo como ambiente validante	311
4.2. Objetivos de la intervención grupal	312
4.3. Etapas y fases	313
4.4. Técnicas	318
4.4.1. Narrativas circulares	318

4.4.2. Narrativas resilientes	319
4.4.3. Narrativas autoreferenciales	320
4.4.4. Grupo reflexivo	320
4.4.5. Preguntas circulares	320
4.4.6. Usa de las posiciones pasada, presente y futura	320
4.4.7. Utilizar un patrón relacional bien establecido	321
4.4.8. Conectar la dinámica en el grupo con otra exterior	321
4.4.9. Completar lo individual con lo grupal	321
4.5. Tipos de grupos	321
4.5.1. Grupos abiertos	323
4.5.2. Grupos semiestructurados	325
4.5.3. Grupos estructurados	326
4.6. Criterios de exclusión de grupo	327
5. LA FIGURA DEL PROFESIONAL COMO GESTOR DE GRUPOS	328

CAPÍTULO 9. ABORDAJE DE LAS CONDUCTAS EXTERNALIZANTES331

1. CONDUCTAS EXTERNALIZANTES	332
2. AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA	334
2.1. Tipo de violencia	336
2.1.1. Desde quien ejerce la violencia	337
2.1.1.1. Según la edad de inicio y la gravedad	340
2.1.1.2. Según la aparición de rasgos de insensibilidad emocional	341
2.1.1.3. Según el momento de aparición y la presencia o no de rasgos de crueldad-impasividad	342
2.1.2. Desde el análisis de los aspectos motivacionales o funcionales así como de los mecanismos cognitivos	345
2.1.2.1. Agresividad reactiva	346

2.1.2.2. Agresividad proactiva	347
2.1.2.3. Agresividad de tipo mixto	348
2.1.3. Desde quién recibe la violencia	353
3. APORTACIONES DEL MODELO DE VINCULACIÓN EMOCIONAL VALIDANTE	356
3.1. El diferencial de intervención (VEV)	356
3.2. La circularidad de la violencia	362
3.2.1. La influencia mutua entre sí de aspectos inicialmente intrapsíquicos	369
3.2.2. Dos circularidades internas entran en relación desde su propia forma	370
3.2.3. La circularidad entre los actos violentos ejercidos y recibidos desde cada miembro del sistema	372
3.3. Propuesta metodológica de intervención en violencia	373
4. CONSUMO DE TÓXICOS	377
4.1. Pautas de intervención en consumos	382
4.2. Consideraciones sobre el abordaje de consumos	385
4.3. Propuesta metodológica de intervención desde la Vinculación Emocional Validante	387
5. FUGAS E INTERRUPCIONES DE LA RELACIÓN DE AYUDA	389
5.1. Pautas de intervención en supuestos de interrupción de la relación de ayuda y fugas	391
6. CONSIDERACIONES FINALES	392
CAPÍTULO 10. ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO	394
1. ¿PARA QUÉ ES NECESARIA LA ORGANIZACIÓN DE UN SERVICIO?...395	
2. AREA 1. EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN PERSONAL DEL JOVEN Y DE SU FAMILIA	400

2.1.Herramientas de carácter objetivo para evaluar	407
2.2.Herramientas de carácter subjetivo para evaluar	408
3. AREA 2. EL ANÁLISIS DE LA DEMANDA	409
4. AREA 3. EL PAPEL DEL VÍNCULO COMO ELEMENTO CENTRAL DE LA RELACIÓN EDUCATIVO-TERAPÉUTICA	412
5. AREA 4. EL PAPEL DEL AMBIENTE, LA CONVIVENCIA Y LA VIDA COTIDIANA EN LA INTERVENCIÓN	416
6. AREA 5. EL TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA	419
7. AREA 6. LA INTERVENCIÓN INDIVIDUAL	421
8. AREA 7. LA INTERVENCIÓN GRUPAL	425
9. AREA 8. LA INTERVENCIÓN FAMILIAR	427
10. AREA 9. LA COORDINACIÓN Y EL TRABAJO EN RED	430
11. AREA 10. LA DISPONIBILIDAD EN EL SERVICIO DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN Y UNA PROPUESTA DE ITINERARIO EDUCATIVO- TERAPÉUTICO	434
CAPÍTULO 11. CONCLUSIONES Y LINEAS DE DESARROLLO	436
1. LÍNEAS DE DESARROLLO	442
REFERENCIAS	449

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Correlación entre estilos relacionales y tipos de apego (Estalayo, Rodríguez y Romero, 2009).....	130
Tabla 2. Referencias conceptuales del itinerario educativo-terapéutico	181
Tabla 3. Objetivo y criterios del inicio de la relación	187
Tabla 4. Objetivos y criterios de la vinculación emocional validante	223
Tabla 5. Objetivos y criterios de la autonomía	235
Tabla 6. Objetivos y criterios de la despedida y cierre	255
Tabla 7. Uso de narrativas por fases de intervención-modalidad familiar	276
Tabla 8. Itinerario grupal del modelo VEV	315
Tabla 9. Características del profesional del modelo VEV con grupos	330
Tabla 10. TC de inicio (TC en mujeres: “inicio diferido”). Elaborada a partir de Frick y Ellis (1999)	344
Tabla 11. Subtipos de TC en niños y adolescentes. Elaborado a partir de Frick (2001)	345
Tabla 12. Tipos de violencia	350
Tabla 13. Diferencial de intervención	358
Tabla 14. Bidireccionalidad entorno al adolescente	374
Tabla 15. Itinerario educativo-terapéutico con la violencia	375
Tabla 16. Tipos de consumo	379
Tabla 17. Itinerario educativo-terapéutico ante consumos	387

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Escalas Clínicas del CBCL. Resultados del estudio HEALTHINCARE 2013-2015, Plan nacional de I+D+I. Presentación Gipuzkoa	35
Figura 2. Ambiente invalidante	106
Figura 3. Causalidad circular. Esquema recuperado de Linares (1996)	119
Figura 4. Dinámica de la circularidad externa	140
Figura 5. Zona de desarrollo próximo. Elaboración propia en base a Vygotsky (1978)	163
Figura 6. Factores de cambio. Elaboración propia en base a Lambert (1992)	165
Figura 7. Revisión factores de cambio. Elaboración propia en base a Lambert (2013)	165
Figura 8. Curva de la hostilidad. Allaire y McNeill (1983)	207
Figura 9. Efectos en quien recibe violencia. Sluzki (1994).....	254
Figura 10. Circularidad de la violencia en base a Damasio (2005).....	368
Figura 11. Circularidad de la violencia del modelo VEV. Estalayo (2011).....	370
Figura 12. Ambiente invalidante y violencia. Estalayo (2011)	370

CAPÍTULO 1.

INTRODUCCIÓN

La intervención desde servicios residenciales de Justicia Juvenil y de acogimiento residencial específico conlleva la atención de adolescentes con una casuística muy variada. En ese sentido, la evolución de la misma en los últimos años ha venido marcada por el aumento de problemas de conducta externalizante entre dicha población. Al conocimiento de que las adversidades en la infancia conllevan daños posteriores en las personas, se empieza a añadir la evidencia acerca de que los fallos o discontinuidades en la función de contención de las figuras de cuidado y crianza, también lo hacen. Así, se da un aumento de la prevalencia de problemas de salud mental en la población adolescente general, que aún es mayor en Justicia Juvenil y en acogimiento residencial específico, y que se explica por el incremento de las problemáticas de origen exógeno.

Sea como fuere, existen pocos datos que pormenoricen esta realidad, lo cual se traduce en situaciones de infradiagnóstico que conllevan falta de atención especializada a los mismos. Fruto de ello, muchos adolescentes acaban en contextos de control, como los descritos, con unas necesidades de atención que no siempre se corresponden con el tipo de respuesta de intervención disponible en los mismos. De hecho, dichos contextos se corresponden con espacios de control destinados a una demanda institucional de cara a la atención de adolescentes que tienen como vía de entrada conductas que no tienen por qué tener una etiología mental o relacional.

De esta forma, coincide la necesidad de dar una atención especializada a una población adolescente con características nuevas, con las limitaciones en ese sentido de contextos de características y propuestas orientadas a otros supuestos, lo que se traduce o pasa por la necesidad de conceptualizar un espacio de intervención que diseñe programas y estrategias de intervención con componentes educativos, psicoterapéuticos y sociales que permitan entender, recoger y atender esas características emergentes.

Para ello, ese espacio debe simultanear el control con la ayuda, la obligación con la colaboración, es decir, debe articularse combinando componentes de contextos que en principio parecen antagónicos.

Ese cometido requiere el surgimiento de modelos de intervención que partiendo de la realidad descrita, propongan formas de intervención basadas en el mismo “campo de juego” donde estas problemáticas surgieron: la relación. Y dentro de ese terreno relacional, incorporar la contención y la atención a las conductas externalizantes que suponen el motivo de ingreso a los dispositivos descritos.

De ahí la necesidad de un modelo de intervención específico, siendo éste el objetivo central de esta tesis, la elaboración de una propuesta que bajo el nombre de Modelo de Vinculación Emocional Validante permita dar respuesta a esa necesidad. De esta forma, más allá de abordajes clínicos o educativo-asistenciales, los planteamientos deberían partir de la intervención sobre los problemas de autorregulación (emocional, conductual y cognitiva), como manifestación comportamental clave y como elemento definitorio. Ello se argumenta así al entender y conceptualizar la autorregulación como uno de los principales organizadores del desarrollo psicológico, tal como se plantea desde algunas formulaciones de la teoría del apego (Sroufe, 2005). Así, el elemento determinante para valorar la pertinencia del carácter terapéutico del ingreso sería la presencia de dificultades del adolescente para desarrollar unos mecanismos básicos de regulación emocional y conductual; la comisión del delito y la imposición de una medida judicial o la expresión de conductas externalizantes y la respuesta del ambiente, son el efecto sintomático o una forma de demanda involuntaria de ayuda.

Tal es así que en mi experiencia profesional como educador de equipos de vida cotidiana y como Director de Servicios posteriormente, he ido observando el progresivo

aumento de este tipo de situaciones. El tránsito de problemáticas de base de carácter socio-educativo a otras en el que el componente psicológico evolutivo y el desarrollo de la identidad se vuelven centrales, se sigue dando. Las metodologías anteriores resultan ya insuficientes para atender formas de involuntariedad, expresiones de violencia o consumo que no tienen una explicación contingente clara, o para recoger determinadas dinámicas familiares. Es por ello, que el desarrollo del Modelo de Vinculación Emocional Validante ha ido emergiendo como un proceso de atención desde la práctica a estas realidades, como una forma de adaptación a nuevas necesidades de atención.

Así, el modelo surge como la consecuencia del esfuerzo por concretar los perfiles que se correspondían con los nuevos supuestos que estaban llegando a los Servicios. Esa experiencia se estaba dando especialmente en Centros de Justicia Juvenil y en otros de Acogimiento Residencial Específico para graves o muy graves problemas de conducta. En ambos contextos, las propuestas de atención de las que se disponía no daban respuesta a los adolescentes, como máximo conseguían una adaptación puntual y circunscrita al tiempo de convivencia en esos centros pero no se traducían en una posterior generalización a sus entornos de referencia, al término de la intervención. De hecho, poner el foco en respuestas basadas en criterios formativos o laborales no daba resultado. Se recaía en las mismas dificultades con distinto nivel de gravedad, sobre todo en estos casos. En esos momentos, ya se empezó a valorar que las necesidades de adolescentes o los componentes que mantenían el problema conductual no habían sido atendidos: los relacionales.

Así, tras varios años de experiencia en los Centros y con los equipos de intervención y de análisis reflexivo sobre la atención de este tipo de adolescentes, comencé a sistematizar una forma de intervención. Ello supuso poner en orden lo que ya se hacía y que funcionaba y la detección de los aspectos que no lo hacían.

El primer factor de reflexión se centró en analizar la evolución en la tipología de los adolescentes atendidos (Estalayo y Romero, 2003). A continuación, empecé a desarrollar los primeros pasos de la intervención basados en la técnica de “contención validante” (Estalayo y Romero, 2005). Su progresiva implementación en los Centros y los resultados en la práctica llevaron a que me centrara en la persona del profesional, la atención especializada de la violencia y el desarrollo más pormenorizado de un sistema de fases progresivo que guiara la intervención en este tipo de supuestos, lo que se tradujo en la primera integración de estos componentes alrededor de un modelo de intervención (Estalayo, Rodríguez y Romero, 2009). De esta forma, los resultados en la práctica avalaban esta perspectiva, permitiendo incluso que profundizara en el abordaje especializado de otras conductas externalizantes y en la aplicación del itinerario en un formato familiar y grupal (Estalayo, 2011).

El esfuerzo por especializar la intervención conllevó que comenzara a colaborar con otros Centros en formato de formación y supervisión a equipos desde este modelo. Ello me permitió aumentar mi experiencia y corroborar que las reflexiones se correspondían con las de otros equipos de ámbito estatal, contribuyendo a definir progresivamente los supuestos de aplicación dentro de los contextos de Justicia Juvenil y de Acogimiento Residencial Específico, concretándose en:

- 1) Todos aquellos casos que presentaran problemas clínicos desde la infancia y que hubieran transitado desde entonces por distintos contextos profesionales, máxime cuando tuvieran un diagnóstico clínico, sin haberse conseguido una adherencia al tratamiento o alguna relación de ayuda estable.
- 2) Aquellos casos en los que la comisión del delito o la expresión de la conducta externalizante tuviera una explicación desde la etiología del sufrimiento psíquico interno del adolescente, es decir, cuando el delito pudiera ser considerado como

un síntoma. En estos supuestos el abordaje conductual no respondía a los contenidos que pudieran promover el cambio y las intervenciones basadas en la priorización formativa o laboral quedaban lejos del foco principal de problema.

- 3) Aquellos casos en los que las circunstancias anteriores concomitasen con el consumo de tóxicos y ello desencadenase la conducta trasgresora y externalizante o en su caso la agravase. Estos supuestos se solían expresar a través de diferentes formas de patología dual.
- 4) Aquellos casos de problemática relacional o trastornos vinculares que expresaran síntoma en sus contextos convivenciales, ya sean familiares o de recursos de Protección a la infancia. En estas situaciones la intervención familiar no solo se caracterizaría por una orientación, sino que pudiera requerir un abordaje sistémico más profundo y una redefinición de la demanda.

Estos criterios no son excluyentes entre sí y pueden presentar un carácter sumativo, de forma que se dan simultáneamente o por separado bajo distintas formas de etiquetaje, léanse violencia filio-parental, trastornos de conducta, trastornos de personalidad, problemáticas de consumo (Estalayo, Rodríguez y García, 2014).

Desde ese momento, mis esfuerzos se orientaron a realizar revisiones de las técnicas de aplicación dentro del itinerario de intervención (Estalayo, Rodríguez y Gutiérrez, 2016) y en desarrollar aplicaciones de la mentalización en el itinerario familiar (Estalayo, Rodríguez y Gutiérrez, 2017).

Habida cuenta de estos desarrollos, el objetivo de la tesis es integrar todo ello y manualizarlo en un enfoque conjunto, como resultado de su evolución a lo largo de los últimos quince años. Para ello, se sigue una metodología de revisión y reflexión teórica, así como de propuesta de estrategias y técnicas concretas de intervención.

La tesis consta de once capítulos. El primero de ellos supone esta introducción que pretende presentar el objetivo de la tesis y la estructura de la misma.

En este sentido, la estructura de la tesis se inicia en el segundo capítulo con una revisión de diferentes fuentes que reflejen el cambio de la población adolescente en el sentido del aumento de los problemas de salud mental de origen exógeno y que se traducen sobre todo en problemas de conducta externalizante, especialmente en contextos de Justicia Juvenil y de Protección de la Infancia y la Adolescencia, así como el infradiagnóstico de este tipo de problemáticas.

A continuación, en el tercer capítulo, se exponen las características de los contextos de Justicia Juvenil y de Acogimiento Residencial Específico y sus limitaciones iniciales para atender las necesidades de la población adolescente correspondiente con el aumento de problemas de conducta de origen exógeno. En ese sentido, se propone la incorporación de enfoques y técnicas que conlleva la redefinición del espacio de intervención con contenidos educativos, psicoterapéuticos y sociales y las formas de configuración que se concretan en la necesidad de desarrollar un modelo específico de intervención.

Ya en el cuarto capítulo se procede a exponer cuales serían las características que el modelo de Vinculación Emocional Validante propone para responder a dicha necesidad, a partir de unas líneas generales, de una propuesta de modalidad de psicoterapia de apoyo concreta que encaje en el espacio educativo-psicoterapéutico-social y de su concreción en objetivos base de intervención, y características metodológicas, considerando las características personales de los profesionales como un factor central.

En el quinto capítulo, se procede a profundizar en el vínculo desde esos componentes personales en el profesional y el adolescente, teniendo como objetivo describir las

dinámicas personales, interpersonales y sistémicas que posibilitan que se articule de cara a conseguir una conexión emocional que permita asentar la alianza. En ese sentido, se define y conceptualiza la circularidad y mutua influencia para proponer posteriormente estrategias y técnicas desde el vínculo a nivel individual, familiar y grupal.

Llegados a este punto, el sexto capítulo se orienta a la exposición del itinerario individual de intervención. Para ello, se exponen las distintas fuentes en las que el modelo se basa para justificar y articular los hitos que la intervención debe seguir para describir un proceso adecuado al contexto, necesidades del adolescente y objetivos al respecto. De esta forma, se proponen unas etapas que se subdividen en fases y que tienen un carácter acumulativo. Cada una de ellas se sustenta en un planteamiento teórico de corte madurativo y dispone de objetivos generales, específicos, criterios de éxito que indican el tránsito hacia otra fase posterior, así como de técnicas concretas de aplicación.

La aplicación de este mismo itinerario a nivel familiar se expone en el séptimo capítulo. Así, se describen narrativas como herramientas centrales de la técnica a implementar en cada momento del proceso. También se aborda la contribución de la mentalización para este cometido, siendo una forma circular de intervención que permite centrarse en los procesos y dinámicas de relación, más que en los contenidos problemáticos existentes. Por otra parte, se introduce la importancia de que esta aplicación siga un curso paralelo y compensado a la individual para poder ir asentando los avances en el entorno de referencia y favorecer la generalización de los mismos.

El octavo capítulo se centra en la aplicación grupal del itinerario. Para ello, se parte de la importancia del grupo de iguales en la intervención, máxime cuando se convive

con los mismos. Así, se describen las características a construir en un grupo de adolescentes en un recurso residencial, las normas, el funcionamiento y los objetivos a trabajar en y desde el mismo. A continuación se expone su uso desde las distintas fases del itinerario del modelo a través de diferentes estrategias como el uso de narrativas, preguntas circulares y la construcción de patrones relacionales bien establecidos. Por otra parte, también se aborda la existencia de tipos de grupos y de la asignación de adolescentes a los mismos de cara a optimizar su desarrollo.

Una vez descrito el itinerario, en el noveno capítulo, se pasa a abordar la intervención sobre las conductas externalizantes más problemáticas en estos adolescentes: la violencia, el uso de tóxicos y las interrupciones de la relación de ayuda. En este sentido, se describen las distintas clasificaciones existentes, con el objetivo de promover abordajes especializados en cada una de ellas y se propone el diferencial de intervención como una herramienta para abordar las mismas, diferenciando las intervenciones en su expresión conductual o más objetiva y en su expresión interna, más subjetiva. Además, se establece la posible concomitancia de todas ellas y criterios de atención en esos supuestos.

En el décimo capítulo, se atiende la organización del Servicio de intervención, entendiendo la misma como un factor indispensable para sostener el desarrollo técnico del modelo. De esta forma, se enumeran diez componentes a tener en cuenta, con una propuesta de estructura e implementación en cada uno de ellos.

Por último, en el undécimo capítulo se exponen las conclusiones del trabajo, así como posibles líneas de desarrollo del modelo a nivel teórico, de modalidad y metodológico.

CAPÍTULO 2.
CAMBIOS EN LA POBLACIÓN ADOLESCENTE

1. EL PERÍODO EVOLUTIVO DE LA ADOLESCENCIA Y SU ESPECIFICIDAD

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la adolescencia es un periodo que transcurre entre los 11 y los 19 años. Dentro de este rango de edad, la OMS considera dos fases, la adolescencia temprana (12-14 años) y la adolescencia tardía (15-19 años). Existe, pues, un rango de edades amplio, lo que conlleva adaptar la intervención y contenidos en función de la edad y proceso evolutivo.

En la literatura científica la adolescencia se define como un periodo de transición desde la niñez a la edad adulta (Frydenberg, 1997; Jackson, Cicognani y Charman, 1996; Noller y Callan, 1991; Palmonari, 1993). Estos autores describen la adolescencia como un periodo de ajustes a diferentes tareas y cambios evolutivos que se producen entre los 12 y los 20 años de edad. La adolescencia habitualmente se divide en tres etapas: primera adolescencia (12-14 años), etapa en la que se producen la mayor parte de los cambios físicos y biológicos que se mantendrán durante toda la adolescencia; adolescencia media (15-17 años), caracterizada por cambios anímicos bruscos y frecuentes y por una mayor implicación en conductas de riesgo, tales como el consumo de drogas, conductas agresivas, la conducción temeraria o las conductas sexuales de riesgo; y adolescencia tardía (18-20 años), etapa que se está alargando en los últimos años porque los adolescentes permanecen más tiempo en el hogar parental (Musitu, Buelga, Lila y Cava, 2001).

En esta etapa, el adolescente ya ha dejado atrás la dependencia propia de la infancia y la adolescencia pero está todavía lejos de asumir las responsabilidades adultas y continua implicado en las conductas de exploración y riesgo características de la adolescencia (Arnett, 2000).

Por tanto, a grandes rasgos, la adolescencia es una etapa de desarrollo que señala el final de la niñez y preanuncia la edad adulta y que repercute, entre otros y especialmente, al ciclo vital familiar. Se caracteriza por ser un periodo de cambio, autonomía y crecimiento que conllevan el desafío y donde se pone en valor la demostración de las capacidades propias en la toma de decisiones y en la asunción de responsabilidades (en el mejor de los casos) en un continuo rastreo de identidad. El adolescente ha de demostrar que tiene ideas propias y capacidad para defenderlas. Intenta huir de la dependencia en la búsqueda de una continua independencia e individuación donde la oposición y el enfrentamiento son utilizados para lograr la diferenciación, mostrándose crítico con el mundo adulto. Estos cambios no solo los vive el adolescente, sino que se trasladan también a los grupos de referencia en los que este convive, como son sus grupos de iguales o familia, obligando a estos a formar parte de este cambio.

De esta forma, Sluzki (2005) entiende que la adolescencia es particularmente complicada porque compromete a toda la familia en un viaje que va desde la dependencia hacia la autonomía e incluye un recorrido que no es lineal, sino con muchos altibajos.

Así las cosas, la adolescencia constituye un período crucial para la construcción de la identidad personal y la definición del propio rol dentro de la sociedad (Prato, Espejo, Valdivieso, Aguirre y González, 2011). La visualización de la adolescencia como un momento vital fundamental por su gran impacto en la identidad, pero también por su gran plasticidad y vulnerabilidad, nos permite comprender el porqué de la mayor incidencia de comportamientos de riesgo y actuaciones transgresoras y delictivas en esta etapa; y a la vez nos ofrece una gran posibilidad para actuar mejorando las

oportunidades de crecimiento humano integral en los adolescentes (Pérez-Luco y Alfaro, 2012).

La adolescencia es considerada también como una etapa clave en el comienzo y/o sostenimiento del comportamiento antisocial (Redondo y Andrés, 2007). Son diversas las expresiones violentas que se producen en edad adolescente en múltiples contextos (escuela, familia, relaciones de pareja, comunidad, etc.). Es necesario tener en cuenta que, no siendo la violencia una característica exclusiva de la adolescencia, sí parece ser una etapa donde su manifestación adquiere una riqueza de formas particular y cuyas consecuencias son asociadas a medio y largo plazo con dificultades en la etapa adulta.

Desde un enfoque psicosocial del estudio de la adolescencia Martínez, Moreno, Musitu, Villarreal-González y Sánchez-Sosa (2012) señalan la importancia de considerar factores explicativos relacionados no sólo con las adolescentes figuras en desarrollo sino también con sus entornos más cercanos. Las variables individuales entran en interacción con las familiares, las escolares y las comunitarias. De hecho López, Alba y Garrido (2005) y Becedoniz y Rodríguez (2005) reconocen dos factores claves en las intervenciones con adolescentes que presentan conductas externalizantes: la inclusión de la familia y de la comunidad.

Por tanto, la etapa adolescente constituye un tiempo en el que se ponen de manifiesto y se consolidan determinados rasgos prototípicos de personalidad. Pero al mismo tiempo, la adolescencia es también considerada una de las etapas de la vida en que se puede intervenir “más fácilmente” en la estructura de personalidad.

Autores como Jeammet (2002) señalan la paradoja del adolescente: en el momento que tienen que separarse se encuentran presos de la paradoja de que lo que necesitan para tranquilizarse es lo que más les amenaza. Esta paradoja la resuelven con sus

propios recursos; no obstante, hay situaciones en las que estos recursos no van a ser suficientes y van a necesitar de una persona externa (su cuidador principal). En la medida en que el cuidador principal responde adecuadamente contribuye a favorecer el tránsito de la dependencia (infantil) a la posibilidad de usar su mente (adulta). De esta manera nos encontramos con adolescentes que perdieron toda esperanza en la respuesta del otro. No creen en la relación, por tanto lo que hacen es sentir la sensación en lugar de sentir la relación. Se trata de adolescentes que actúan para sentir su vida.

Otro elemento a considerar son las dificultades específicas que entraña el diagnóstico psicopatológico en las crisis de la adolescencia:

El diferenciar una sintomatología propia del desarrollo adolescente de una verdadera identidad psicopatológica de base en ocasiones puede ser complejo; en otras ocasiones la sintomatología propia de la crisis adolescente se superpone a un trastorno psiquiátrico dificultando el diagnóstico de este último. Esta dificultad será de especial relevancia en el diagnóstico de adolescentes con problemas de conductas (Fernández et al., 2010, p.24).

En este sentido, Navarro, Meléndez, Sales y Sancerni (2012), señalan la escasez de investigaciones con muestras amplias y representativas de niños, niñas y adolescentes con síntomas psicopatológicos. La razón de esta escasez hay que buscarla en la inexistencia de instrumentos estandarizados que posean significación pronóstica, consecuencia de la variedad de enfoques teóricos que llevan a diferentes diagnósticos o tratamientos y el manejo de varias clasificaciones taxonómicas (Navarro et al., 2012). Galán, Bermúdez, Gutiérrez, Ojea y Marabel (2007), también expresan como existen pocos datos estadísticos sobre la prevalencia de estos trastornos, a pesar del cambio percibido sobre todo en contextos residenciales.

Respecto a la incidencia de los trastornos mentales en la población infanto-juvenil general, Navarro et al. (2012) recogen la existencia de tres tendencias:

- 1) En primer lugar, una disminución de las patologías no filiadas (como los retrasos mentales de etiología desconocida).
- 2) En segundo lugar, pocas oscilaciones en cuanto a incidencia y prevalencia a los trastornos con base orgánica, como los trastornos psicóticos.
- 3) Y por último, un aumento de la incidencia de los trastornos de conducta y ansiedad, con un predominio de los trastornos externalizantes.

La segunda tendencia ya venía siendo observada anteriormente, pudiendo deberse a diagnósticos tempranos y formas de abordaje definidos (Benítez, Chávez y Ontiveros, 2005; Tizón et al., 2008).

En cuanto a la tercera tendencia, también en la investigación del Plan Osteba¹¹, los datos evidencian que de la muestra total de pacientes atendidos en la red de Salud Mental Extra hospitalaria de la CAPV, los diagnósticos más frecuentes de la población de menores atendida son: trastorno disocial, trastorno adaptativo, trastorno de personalidad y trastornos afectivos (Fernández et al, 2010).

También, De la Peña y Palacios (2011) señalan los trastornos de la conducta (TC) disruptiva en la infancia y la adolescencia como uno de los motivos más frecuentes de consulta y asistencia psicológica, neurológica y psiquiátrica. Los padecimientos externalizados como el trastorno negativista y desafiante (TND) y el trastorno disocial (TD) constituyen algunos de los problemas más frecuentes y graves dentro de los trastornos mentales de inicio en la infancia y la adolescencia.

¹ Informe nº: Osteba D-10-01. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco

Según Aláez, Martínez y Rodríguez (2000) son los trastornos de conducta los diagnosticados con más frecuencia (el 23 % de los casos) y a menudo se encuentra una comorbilidad (28%) de trastornos depresivos y de ansiedad. Fernández del Valle y Fuentes (citados por Bravo y Fernández del Valle, 2009a), también destacan un aumento cada vez más alarmante de niños con graves problemas de conducta. No disponemos de estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de los Trastornos de Conducta en el adolescente en nuestro medio. El mayor esfuerzo en este sentido lo ha realizado Fernández et al. (2010) que encuentran que:

En la mayoría adolescentes atendidos en Salud Mental Extrahospitalaria de la CAV se señala la Alteración de Conducta (AC) como motivo de consulta: 85,8% en la muestra de Bizkaia, el 91,57% de los casos en Gipuzkoa y el 76,47% de los casos de Álava (p.54). La AC representa la causa de ingreso psiquiátrico del 47-76% de los adolescentes atendidos en las Unidades de psiquiatría infanto-juvenil hospitalarias de la CAV. (p.58).

Además señalan la falta de programas específicos de tratamiento para adolescentes con Trastornos de Conducta a nivel nacional que engloben el abordaje intra y extrahospitalario.

Según varias investigaciones, se observan relaciones significativas entre edad, género y diagnósticos de trastorno. Navarro et al. (2012) analizan el caso de 588 sujetos derivados por los pediatras de Atención Primaria a una Unidad especializada de Salud Mental de Infancia y Adolescencia y destacan como entre los 0 y los 5 años se da una mayor incidencia en los trastornos de conducta, comunicación, eliminación, control de impulsos y trastornos generalizados del desarrollo. Con los 6 años aparecen también trastornos de conducta seguidos del trastorno por déficit de atención e hiperactividad

(TDAH). Entre los 12 y los 15 años los trastornos de conducta son acompañados por trastornos de ansiedad y hasta la mayoría de edad es otra vez predominante el trastorno de conducta. El estudio de Aláez et al. (2000), confirma como los trastornos que muestran una clara tendencia a aumentar con la edad son los de conducta y, en menor medida, los depresivos. De hecho es en el grupo de menores de 16, 17 y 18 años, donde aparecen las puntuaciones más altas respecto a la presencia de conductas antisociales y delictivas (Sanabria y Uribe, 2009). Existe entonces una fuerte correlación entre el tipo de trastorno y la edad: con una mayor edad, los trastornos de conducta y eliminación disminuyen y crecen los problemas de estado de ánimo y de la alimentación. Los menores con más edad tienen mayor incidencia de trastornos: en las primeras etapas se dan por la mayoría trastornos funcionales (trastornos específicos del desarrollo, de eliminación, de la actividad y la atención, de rivalidad entre hermanos, y del sueño), vinculados a los hitos evolutivos propios de la edad y prevalentes entre los 0 y los 9 años (Aláez et al., 2000); en los periodos intermedios, al trastorno de conducta se acompaña a menudo a un trastorno de tipo TDAH, relacionado con un menor autocontrol y una menor asunción de límites y normas y una consecuente dificultad en la relación filio-parental (Navarro et al., 2012); acercándose a los 18 años aumenta la prevalencia de trastornos de conducta, ansiedad y depresión (Aláez et al., 2000): emergen sobre todo los trastornos más referidos a la ansiedad, probablemente por una mayor exigencia a nivel académicos, así como los diversos cambios físicos, psicológicos y hormonales de la pubertad o a la creciente interacción, relación o compromiso entre iguales (Navarro et al., 2012).

Dentro de esta población infanto-juvenil existen dos grupos especialmente vulnerables y con mayor riesgo: los adolescentes infractores y los adolescentes en acogimiento residencial.

2. INVESTIGACIONES SOBRE SALUD MENTAL EN MENORES EN EL SISTEMA DE JUSTICIA JUVENIL.

El aumento de las tasas elevadas de sintomatología psicopatológica detectadas entre el grupo de adolescentes infractores ha derivado en un interés creciente por la salud mental de esta población.

La prevalencia de los trastornos mentales es significativamente mayor en los adolescentes usuarios de los recursos del Sistema de Justicia Juvenil.

Un meta-análisis de la Universidad de Oxford arroja tasas de prevalencia de trastornos mentales hasta diez veces superiores a las de la población infanto-juvenil general. Este trabajo, que supone el análisis de 25 estudios e incluye datos de 13.778 chicos y 2.972 chicas de entre 10 y 19 años usuarios de recursos del Sistema de Justicia Juvenil, estima que las prevalencias de psicosis, TDAH, depresión y trastornos de conducta son de 3.3%, 11.7%, 10.6% y 52.8% respectivamente en chicos; y de 2.7%, 18.5%, 29.2% y 52.8% en chicas (Fazel, Doll y Langström, 2008).

Así las cosas, el interés por la investigación sobre la patología psiquiátrica como factor de riesgo para la delincuencia en la adolescencia parece haber aumentado, habiéndose demostrado de manera consistente la presencia de altos índices de trastornos en la población de justicia juvenil. La investigación sobre la prevalencia de los trastornos mentales en los adolescentes dentro de la justicia de menores ha aumentado

en los últimos años, pero sigue siendo limitada en comparación con investigaciones similares en adultos. Los escasos estudios sobre las características de salud mental de esta población se han centrado casi exclusivamente en los adolescentes en situación de detención y no en el grupo más amplio de los adolescentes dentro del sistema de justicia de menores. Los TC y trastornos por consumo de sustancias obtienen las tasas más altas de prevalencia, pero también otros trastornos mentales se presentan comúnmente en esta población. Debido a que los criterios de TC se superponen con la conducta delictiva, algunos autores han proporcionado tasas de trastorno mental excluyendo este trastorno. Aun así, más de la mitad de estos adolescentes son diagnosticados con al menos otro diagnóstico psiquiátrico. Se ha encontrado que los adolescentes detenidos tenían niveles más altos de ambas patologías; las internalizadas y las externalizadas, en comparación con los adolescentes “no arrestados”. La comorbilidad, definida como la presencia de más de un trastorno, ha sido consistentemente diagnosticada en más de la mitad de los adolescentes delincuentes, un hallazgo que pone de relieve la complejidad de los problemas psiquiátricos que presentan (Vermeiren, Jaspers y Moffitt, 2006).

Bailey y Tarbuck (2006) muestran que los adolescentes infractores en América del Norte y Europa tienen necesidades de salud mental desproporcionadamente más altas en comparación con la población infanto-juvenil general. Estas necesidades son a menudo insatisfechas debido a la falta de métodos para su detección y la evaluación de las mismas.

En el mismo sentido, Folino y Maller (2011) subrayan que en la justicia de menores, la evaluación de los adolescentes es de gran importancia con el fin de detectar las características de la personalidad y la patología. Baum, Archer, Forbey y Handel (2009) realizaron una extensa revisión de la literatura, con el fin de estudiar la investigación con el Inventario de Personalidad Multifásico de Minnesota - Adolescentes (MMPI -A)

y el Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI). Se utilizaron las normas chilenas del MACI y se informó de que las escalas que muestran las mayores diferencias son: rebelde, rudo, insensibilidad social, inclinación al abuso de sustancias y predisposición a la delincuencia. La baja capacidad intelectual y los fracasos escolares fueron las variables que mejor predijeron la inclusión en el grupo de delincuentes juveniles.

Alves, Vilariño y Arce (2013) han llevado a cabo un contraste del estado clínico, medido a través del SCL-90-R, entre un grupo de menores infractores que cumplen medidas de internamiento en un Centro de Lisboa (Portugal) y los datos de la población general adolescente que aparecen recogidos en el propio manual del instrumento. Obtienen resultados que evidencian una proporción más elevada de alteraciones psicopatológicas en los menores infractores en relación con la población normativa. Encontraron diferencias significativas en el estado clínico en las siguientes escalas del SCL-90-R: Obsesión-compulsión, Depresión, Ansiedad, Hostilidad e Ideación Paranoide; y en dos de las escalas globales: Índice de Severidad Global (GSI) y el Malestar Referido a Síntomas Positivos (PSDI). Los infractores presentan un mayor sufrimiento psíquico y psicossomático global, y la intensidad de los síntomas que padecen es mayor en relación con la población general.

Varias investigaciones realizadas en España han encontrado porcentajes muy elevados de problemas de salud mental dentro de la población de menores infractores (Bravo y Fernández del Valle, 2003; Gude y Fandiño, 2006; San Juan y Ocariz, 2010).

Rioseco et al. (2009) encuentran una elevada presencia de patología psiquiátrica en el grupo de adolescentes infractores y, según estos autores, los cuadros más prevalentes en los adolescentes infractores son el trastorno disocial (46,9%), el abuso de alcohol

(26%) y la dependencia a otras sustancias (18%). También resaltan los resultados en la capacidad intelectual en el grupo de menores infractores, ya que el 78% está dentro de categorías de clasificación que reflejan un potencial intelectual deficitario. Estos autores realizaron un análisis desde 2001 hasta 2010 del total de expedientes de menores infractores del Servicio de Justicia Juvenil de Jaén y la mayoría de los menores infractores consume algún tipo de sustancia. También destaca el hecho de que lo más habitual en esta población sea el poli-consumo. Los resultados indican que este consumo reviste una mayor gravedad en los varones, puesto que son los que consumen una mayor variedad de sustancias.

Gude y Fandiño (2006), señalan como los trastornos del comportamiento y los trastornos de personalidad que han ido aumentando en la población de menores en centro de justicia juvenil, a menudo, se relacionan con un abuso de tóxicos.

En los últimos años parece existir un importante aumento de la prevalencia de los trastornos de personalidad en la población general y, de manera específica, en los centros de justicia juvenil. Actualmente la frecuencia estimada es del 12.7-14.6%, con una prevalencia acumulada a los 33 años del 28.2% (Johnson, Browne y Hamilton-Giachritsis, 2006). Desafortunadamente no existen estudios epidemiológicos rigurosos que reflejen la prevalencia real de los mismos en el medio de justicia juvenil. Son fundamentalmente dos los trastornos de la personalidad que debido a su elevada prevalencia y comorbilidad (con el abuso de sustancias estupefacientes y con las conductas violentas) deben ser rápidamente detectados en el ámbito de la justicia juvenil: el trastorno disocial de la personalidad y el trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Además existe comorbilidad de distintos tipos de trastorno o sufrimiento en estos adolescentes (Estalayo et al., 2014).

Contreras y Cano (2012) en una revisión de las investigaciones empíricas más recientes encuentran que factores tradicionalmente considerados de alto riesgo para la aparición de conductas antisociales, tales como baja economía familiar y desestructuración familiar, no aparecen de manera tan contundente en los estudios más recientes. Cada vez son más los menores que delinquen y que pertenecen a familias estructuradas y plenamente integradas socialmente.

En los estudios sobre la eficacia de las intervenciones con menores infractores, si se atiende al tipo de medida judicial aplicada, la tasa de reincidencia más elevada corresponde a aquellos adolescentes que han cumplido medidas de internamiento (con un porcentaje de reincidencia de alrededor del 60%). Se trata de un grupo de menores que muestran mayor número de factores de riesgo, déficits y necesidades criminógenas. (Redondo, Martínez y Andrés, 2012).

Otro dato relevante se encuentra en la investigación de Méndez y Barra (2008) sobre la percepción de apoyo social por los menores infractores. Los resultados indican que los adolescentes infractores presentan una menor percepción de apoyo social respecto a los no infractores. Lo que los autores refieren es que para ese grupo de menores lo más importante para su bienestar y salud es la calidad de las relaciones sociales más que la cantidad de ellas y específicamente el apoyo que perciben. Además los mismos menores infractores se perciben como una fuente generadora de menor apoyo para quienes conforman su propia red social, existiendo por lo tanto un mayor desequilibrio en el intercambio con otros. Esta apreciación influye por lo tanto en la calidad de los vínculos, ya que cuando se aprecia una menor reciprocidad en los intercambios se generan efectos psicológicos negativos asociados a una sensación de mayor dependencia, menor valía personal y un menor nivel de bienestar psicológico, sintiéndose incapaces de contribuir al bienestar de los demás.

En un estudio realizado en Barcelona sobre los factores explicativos del desistimiento en adolescentes infractores se encontró por un lado que los factores histórico familiares no resultan ser suficientemente determinantes e indican que un pasado adverso no dificulta el desistimiento y, por otra parte, la acción de factores de protección contextuales e individuales disminuyen el riesgo de reincidencia. Existen cuatro ejes para promover el desistimiento en adolescentes infractores: la familia, la comunidad, la educación-ocupación y el propio menor o adolescente (Blasco, Fuentes-Peláez y Pastor, 2014).

Recientemente se ha realizado un meta-análisis sobre la reincidencia delictiva en menores infractores en España con el objetivo de identificar las variables que se relacionan con una mayor reincidencia. Entre los resultados cabe destacar que las variables relación con iguales disociales, violencia en el delito base, haber sufrido maltrato físico y el entorno familiar de riesgo (familiares con problemas mentales o que presenten consumo de tóxicos) están relacionadas con una mayor tasa de reincidencia (Ortega-Campos, García-García y Frías-Armenta, 2014).

3. INVESTIGACIONES SOBRE SALUD MENTAL EN MENORES DEL SISTEMA DE PROTECCIÓN

Los menores bajo medidas de protección presentan graves trastornos de conducta en un porcentaje muy superior al resto de la población (Bronard, et al., 2011; Burns, et al., 2004; Pécora, Jensen, Romanelli, Jackson y Ortiz, 2009; Sainero, Bravo, y Fernández Del Valle, 2014). También en acogimiento residencial, se detectan varios tipos de problemas emergentes: entre ellos, la necesidad de una atención terapéutica para niños con problemas emocionales y de salud mental (Bravo y Fernández del Valle, 2009a). Se

destaca el aumento cada vez más alarmante de niños y adolescentes con graves secuelas y problemas de conducta en la población general y la población de menores acogidos (Fernández del Valle y Fuentes, 2000, citados por Bravo y Fernández del valle, 2009a). La mayoría de los estudios indican que los menores en acogimiento residencial presentan tasas más elevadas de problemas de comportamiento tanto de carácter externalizado como internalizado y mixtos (Armsden, Pecora, Payne y Szatkiewicz, 2000; Muris y Maas, 2004; Rutter, 2000; Schimd, Goldbeck, Nutzel y Fegert, 2008). Los comportamientos externalizados son aquellos que van dirigidos hacia los demás y causan molestias a otras personas, mientras que los comportamientos internalizados incluyen sentimientos o estados que normalmente están dirigidos hacia el propio individuo y le causan sufrimiento (Achenbach y Edelbrock, 1983; Mash y Graham, 2001). En una investigación realizada en Turquía Simsek, Erol, Öztop y Münir (2007) también encontraron una elevada prevalencia de problemas emocionales y conductuales en menores criados en instituciones así como mayores puntuaciones en trastornos externalizantes frente a internalizantes. Es significativo cómo el porcentaje de niños y niñas con dificultades comportamentales y emocionales en acogimiento residencial es notablemente más alto que el de la población no protegida (Fernández-Molina, Fernández del Valle, Fuentes, Bernedo y Bravo, 2011).

En una investigación realizada con niños y adolescentes en acogimiento residencial Sainero et al. (2015) encontraron que el 25.4% estaba recibiendo o había recibido en los últimos dos años tratamiento psicológico y/o psiquiátrico. También se detectó una elevada prevalencia (16.7%) de adolescentes con un diagnóstico de discapacidad intelectual, de los cuales un 30.4% se encontraba en el grupo clínico (con problemas de salud mental). De los 35 adolescentes con tratamiento, solamente en 17 casos existía un diagnóstico conocido, de los cuales el 65% correspondían a la categoría de trastornos

externalizantes, frente al 12% que tenían un diagnóstico internalizante y en el resto de los casos se informaba de un diagnóstico muy genérico no clasificable.

Recientemente González-García et al. (2017) han realizado a nivel nacional el Proyecto de investigación HEALTHINCARE en el periodo comprendido entre 2013 y 2015 cuyo objetivo consistía en describir las necesidades relacionadas con los problemas emocionales y conductuales de los menores en acogimiento residencial. Los resultados evidenciaron que el 78,4% tenía al menos un antecedente de riesgo familiar (pobreza, abuso de sustancias, salud mental, violencia de pareja, discapacidad intelectual y/o conducta delictiva). Respecto a los factores de riesgo individuales, el 16,5% presentaba discapacidad intelectual y el 7,5% presentaba conducta suicida. En lo relativo al contexto académico, el 60,1% había repetido algún curso. Las escalas del Child Behavior Checklist (CBCL) que presentaron un mayor porcentaje de casos clínicos fueron la conducta agresiva y la conducta disruptiva (véase Figura 1).

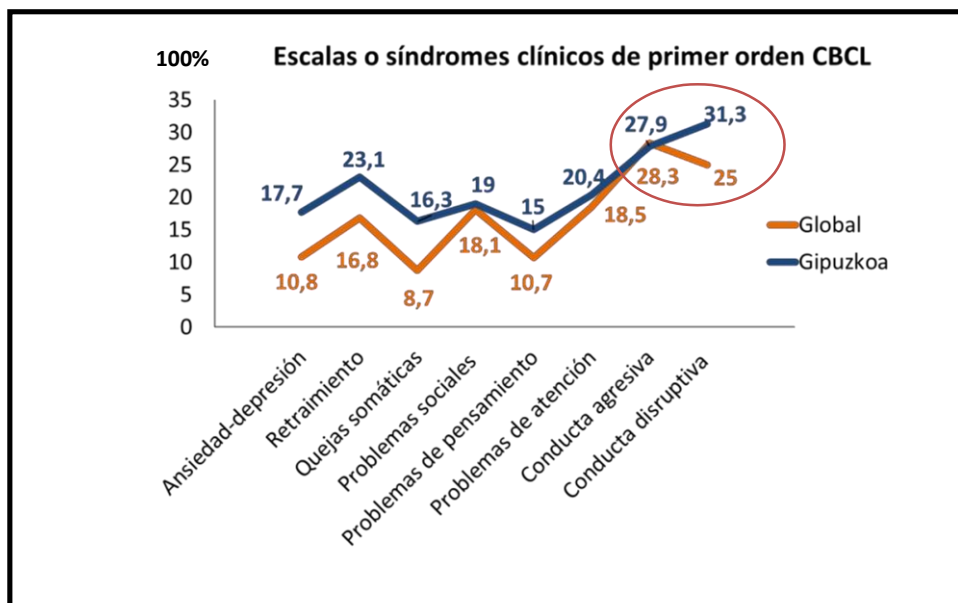


Figura 1. Escalas Clínicas del CBCL. Resultados del estudio HEALTHINCARE 2013-2015, Plan nacional de I+D+I. Presentación Gipuzkoa.

Delgado, Fornieles, Costas y Brun-Gasca (2012) encontraron mayores niveles de conducta externalizada, dificultades de socialización y problemas de aprendizaje en los menores en acogimiento residencial. Por otra parte hallaron que a mayor tiempo de institucionalización disminuye el ajuste personal y se incrementan la agresividad, los problemas de conducta y la percepción negativa hacia los profesores.

Entre los cambios que se perciben en el perfil de población en los recursos residenciales del sistema de protección se haya el aumento de los trastornos psíquicos y de los problemas de conducta. El trabajo con esta población de menores conlleva serias dificultades, no sólo en cuanto a recursos técnicos, sino también en lo relativo a la implicación emocional del profesional. El carácter altamente estresante del trabajo con niños y adolescentes con conductas negativistas y desafiantes puede desembocar en situaciones de burnout; y a su vez, el desgaste profesional y el consiguiente deterioro en sus intervenciones, se traducirá en dificultades de los menores. En efecto, éstos pudieran verse expuestos a la repetición de experiencias de abandono y deprivación (afectiva y de contención).

Bravo y Fernández de Valle (2003) comparan un grupo de adolescentes que reside en centros de protección con una muestra normativa de adolescentes que viven con su familia, concluyendo que los adolescentes acogidos en residencias de protección perciben un menor apoyo social de su red en las dimensiones emocional e instrumental y en la apreciación de apoyo proveniente de su núcleo familiar. Esto permite reflexionar respecto a la función que desempeña la familia en la vida de este grupo de población de menores, al ser reconocida como el principal agente socializador y la red de apoyo social más cercana y de más fácil acceso a los seres humanos. La familia juega un papel fundamental en el aprendizaje e internalización de hábitos, costumbres, valores, creencias y actitudes de las personas y por consiguiente puede influir decisivamente en

el desarrollo de conductas protectoras o de riesgo (Méndez y Barra, 2008) resultando entonces necesario incluir a la familia en la intervención en cuanto es una figura indispensable en la generalización del cambio. Además, existen otras variables como los motivos del ingreso y el tiempo de estancia en el centro que influyen en el éxito de los programas educativos individualizados (Martín, Rodríguez y Torbay, 2007).

Gurbindo (2015) en su investigación sobre los factores de riesgo y protección implicados en el ajuste psicológico-emocional de la población infanto-juvenil en situación de conflicto social severo y prolongado encontró que en la mayoría de los casos observados tenían en su génesis indicadores cognitivo-emocionales asociados a la propia estructura de personalidad y a los diferentes acontecimientos que han ido configurando su trayectoria vital. Se trata de acontecimientos y situaciones que se han cronificado hasta ser percibidos como señas de identidad propias del sistema familiar. También apunta que la relación de apego establecida entre el adolescente y sus progenitores constituye una característica esencial para la comprensión de las capacidades y disposición para el cambio. La mayor o menor consistencia del vínculo entre las figuras parentales y los menores incide de manera directa en la mayor o menor estabilidad psicológica-emocional de los mismos. Este autor encontró que los modelos de apego más prevalentes en esta población tenían un carácter inseguro, desorganizado y/o ambivalente. Además, el 74% de los adolescentes tenían historias de crianza desde modelos de apego disfuncionales. En lo referente a los indicadores de disfuncionalidad los síntomas de mayor impacto en un 80% de estos jóvenes son: la desconfianza hacia el mundo adulto, las dificultades en el establecimiento de relaciones interpersonales de calidad, así como la vinculación con su ámbito comunitario. También se evidencia que el 75% de los adolescentes mostraba dificultades para vincular y el 89% presentaba un bajo o muy bajo nivel de conciencia de problema y motivación para el cambio.

Diversos estudios han encontrado una alta correlación entre los modelos de apego inseguro-desorganizado y la posterior aparición de patrones conductuales disociales, así como dificultades adaptativas en sus entornos relacionales (Barudy y Dantagnan, 2005; Escudero, 2013; Gurbindo, 2015).

La atención a estos grupos de mayor vulnerabilidad en recursos residenciales demanda ajustes a múltiples niveles, tales como la relación profesional-adolescente, la organización de los recursos residenciales y la necesidad de intervenciones específicas (Galán, 2014).

4. CAMBIO DE PERFIL DE LOS MENORES Y ADOLESCENTES DE LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN DE MENORES Y JUSTICIA JUVENIL.

Como se ha señalado a lo largo del texto, las cifras de prevalencia muestran que para estos grupos poblacionales los trastornos psicológicos son más frecuentes que en la población infanto-juvenil general y se evidencia un cambio en el perfil de estos adolescentes donde se detecta una mayor necesidad de atención terapéutica especializada ante problemas emocionales y de salud mental. Es un hecho ampliamente reconocido entre los profesionales que trabajan tanto en el ámbito de la justicia juvenil como en el sistema de protección de menores, que las características de los adolescentes de los diferentes servicios ha cambiado, tendiéndose a la creación de metodologías cada vez más especializadas según el tipo de problemáticas. Se viene observando una variación en el perfil de los adolescentes a lo largo del tiempo, y con ello el tipo de intervención que es necesaria en cada caso. Así, en un principio era habitual que los adolescentes proviniesen de entornos marginales y desfavorecidos, donde se observaban indicadores de desprotección parental, negligencias educativas y déficits en la

transmisión de valores. Posteriormente, y debido al aumento de la inmigración ilegal, hubo un aumento paulatino de menores extranjeros no acompañados, que provenían en muchos casos de familias desfavorecidas, desconocedores de la cultura de la sociedad de acogida, muy desarraigados, con una red familiar inexistente y una red social muy pobre o de características transgresoras o antisociales. En los últimos años, el perfil de los adolescentes atendido ha variado. Por lo general presentan más alteraciones de orden psicológico y conductual, problemas en el uso y abuso de la violencia, así como en el uso y abuso de sustancias tóxicas. Este hecho genera que el tipo de intervención y las actuaciones que se lleven a cabo deben variar y ajustarse a esta nueva realidad.

Como recogen Ibabe, Jauregizar y Díaz (2007):

La historia de la reforma de menores ha ido pareja a la historia de la protección de menores, de hecho, durante tiempo se confundieron. Más allá de lo estrictamente jurídico legal, el modelo de implantación generalizada en la intervención con menores de reforma ha sido el modelo educativo. También ha sido así en el ámbito de la protección infantil. En este último ámbito, y con el devenir de los años, de lo asistencial se pasó a lo educativo, pero las características de la población atendida han requerido un abordaje psicosocial (problemas emocionales, comportamentales, malos tratos, carencias, etc.).
(p.122)

Así, Ibabe et al. (2007) plantean la conveniencia de posibilitar la evolución en la intervención de un modelo educativo a otro psicosocial en los centros de menores. En este mismo sentido, opinan que:

El abordaje sistémico lleva interviniendo en problemáticas familiares el suficiente tiempo como para pensar que éste podría ser el camino... por lo que la

intervención debiera abarcar a todo el sistema familiar, y no solo al adolescente violento. Conseguir la implicación de todo el sistema familiar, como agentes activos de cambio, será fundamental, lo que implica pasar de la idea <<cambien a mi hijo/a>> a <<cambiemos todos>>. (Ibabe et al., 2007, p.125)

Esta debe ser la línea a seguir, la inclusión de una metodología de intervención que recoja estas ideas, dando importancia al trabajo con todo el sistema familiar y al trabajo comunitario, pero sin olvidarnos de la vertiente individual e intrapersonal del adolescente. Así, Selvini (1995) entiende que el papel de la relación de la persona consigo misma, así como las influencias microsociales y culturales más allá de la propia familia es muy importante, proponiendo un abordaje de intervención que une lo familiar con lo individual y que se resume en el testimonio de todos los familiares como decisivo para entender los orígenes del problema dentro del recorrido evolutivo personal del paciente.

Galán (2013) concluye que el carácter tan especializado del trabajo técnico a realizar con estos adolescentes obliga a mantener unas mayores exigencias de calidad, que se reflejarían en la formación de los profesionales, la rigurosidad de los Proyectos Educativos y la fundamentación de los modelos teóricos.

5. NECESIDADES DESDE EL CAMBIO DE PERFIL DE LA POBLACIÓN.

Habida cuenta de los datos expuestos acerca de la adolescencia en sus diferentes etapas, cabe señalar las siguientes necesidades emergentes:

- 1) Existe un incremento de demanda real en Salud Mental de problemas de conducta que comparten espacio con otras demandas que no pueden ser

atendidas en dicho contexto pero no existen estudios sobre la prevalencia de esta realidad que despejen datos claros y concretos. Ello puede explicar que la prevalencia es aún mayor en contextos de Justicia Juvenil y Protección y su subsiguiente necesidad de desarrollar una adaptación de los mismos y de un espacio especializado para ello.

- 2) Diferenciar sintomatología e identidad psicopatológica (Fernández et al., 2010), aparece como una clara necesidad de diagnóstico.
- 3) El incremento de problemas de salud mental que surge como consecuencia de la falta de contención en variables contextuales y ambientales. Atender estas dificultades de contención y desarrollar modelos y programas de intervención basados en este supuesto parece una clara necesidad.
- 4) Se da una gran exigencia para el profesional y los dispositivos que pasa por organizar los mismos de una forma que permite desarrollar modelos, programas y herramientas especializadas

En los contextos de intervención intensivos con este perfil de adolescentes llama la atención la ausencia de un diagnóstico psicológico o psiquiátrico en la mayoría de los sujetos. Se aprecia un infra-diagnóstico en este grupo de adolescentes que como se ha explicado a lo largo del texto presentan graves problemas de salud mental con la existencia, a su vez, de cuadros comórbidos que complican aún más la consecución de tratamientos exitosos. También cabe destacar que en las anamnesis o historias clínicas de estos adolescentes aparece que han realizado uno o varios tratamientos psicológicos, terapéuticos o psiquiátricos previos con resultados poco exitosos que conllevan nuevas experiencias de fracaso acumuladas.

El diagnóstico debe ser útil para establecer un guía de actuación o plan de intervención individualizado que se adapte a las especificidades e idiosincrasia de cada

adolescente, máxime atendiendo a la gran plasticidad que caracteriza al periodo evolutivo de la adolescencia en el que se encuentran. Según explica Maruottolo (2011): “El diagnóstico debe ser indicador de lo que el paciente padece en la complejidad indisoluble de su sí mismo y en la relación con los demás, y que éstos sean los determinantes objetivos del tratamiento que se instaurará” (p.15).

Se trata, por tanto, de un grupo que presenta problemas clínicos desde la infancia y han transitado por distintos contextos profesionales sin haberse conseguido una adherencia al tratamiento. La intervención con este grupo debe, a su vez, atender y paliar la tendencia a la exclusión social de los cuadros clínicos no diagnosticados. Ese infra-diagnóstico en adolescentes evoluciona en muchos casos en itinerarios de exclusión social. La realización de un buen diagnóstico no sólo contribuye a adecuar el tratamiento y, por consiguiente, aumentar las posibilidades de éxito, sino que también evitaría itinerarios claros hacia la exclusión social. Los recursos residenciales constituyen un lugar privilegiado para comprender los efectos del riesgo psicosocial temprano (Johnson et al., 2006).

CAPÍTULO 3.
CONTEXTOS Y ESPACIOS DE INTERVENCIÓN

Como se ha descrito en el capítulo anterior, la prevalencia de trastornos de tipo psicológico y/o psiquiátrico en la población general ha aumentado, pero ese incremento es significativamente mayor en los adolescentes que están siendo atendidos profesionalmente en los centros de cumplimiento de medidas pertenecientes a la red de justicia juvenil y en los centros de acogimiento residencial de la red de protección de menores, sobre todo en los denominados programas especializados. Además, los casos con patologías de este tipo más graves se encuentran residiendo en ellos, si exceptuamos, lógicamente, las unidades psiquiátricas infanto-juveniles en momentos puntuales de crisis de estos adolescentes. Por tanto, se hace preciso delimitar cuál es el marco de funcionamiento de estos dispositivos residenciales, la demanda institucional que tienen encomendada, al tiempo que conceptualizar el tipo de ayuda que pueden articular para dar respuesta a esta realidad.

De hecho, Bravo y Fernández Del Valle (2009b) recogen cómo el aumento de conflictos en los hogares de acogida ha ido aumentando desde los años 90, “con muchos casos de niños y especialmente adolescentes que presentan graves problemas de conducta, especialmente de agresividad” (p.14). Para estos autores ello ha supuesto la implantación de un modelo especializado debido a diversos factores, entre los que señalan “el reconocimiento del necesario desarrollo de un enfoque más terapéutico para dar respuesta a las necesidades de adolescentes con problemas de salud mental” (Bravo y Fernández Del Valle, 2009b, p.25).

Aunque estos autores señalan específicamente a los adolescentes con problemas de salud mental como motivo de la especialización de los dispositivos residenciales, también hacen referencia al perfil general de la población que se atiende en este tipo de centros; niños, niñas, adolescentes y adolescentes:

- Sin previsión de retorno al hogar familiar.
- Con problemas emocionales y de conducta.
- Con conductas violentas en su entorno familiar.
- Infractores con medida de protección.
- Extranjeros, tanto acompañados, como no, que han sufrido negligencia, modelos educativos inadecuados, separaciones familiares, etc.

Pero, si observamos con detenimiento toda la tipología de la población atendida, al margen de los adolescentes que presentan problemas de salud mental como tal, podemos concluir que todas las categorías cursan con situaciones traumáticas, sufrimiento psicológico y relaciones disfuncionales. Estas situaciones no siempre se detectan, lo cual puede ser motivo o consecuencia del infra-diagnóstico que señalábamos en el capítulo anterior.

1. EL CONTEXTO DE INTERVENCIÓN DE LA JUSTICIA JUVENIL

Desde este contexto se interviene con adolescentes que han sido condenados por la justicia a consecuencia de la comisión de unos hechos tipificados como delitos. En este sentido, la franja de edad oscila entre 14 y 18 años, aunque pueden ser atendidos con una edad superior si el cumplimiento de la medida impuesta dura más allá, es decir, puede que, por ejemplo, un adolescente cometa un delito con 17 años y 6 meses y tenga que cumplir un año de medida, lo que le llevaría a los 18 años y seis meses.

La Ley Orgánica 5/2000, de 12 de enero, reguladora de la responsabilidad penal de menores² es el marco legislativo desde el que se articula la intervención con estos adolescentes, estableciendo, en el art.7 como medidas susceptibles de ser impuestas a

² BOE núm.11 de 13 enero de 2000, pp. 1422-1441.

dichos adolescentes: internamiento en régimen cerrado, internamiento en régimen semi-cerrado, internamiento en régimen abierto, internamiento terapéutico, tratamiento ambulatorio, asistencia a Centro de Día, permanencia de fin de semana, libertad vigilada, prestaciones en beneficio de la comunidad, realización de tareas socio-educativas, amonestación y, por último, privación del permiso de conducir ciclomotores o vehículos a motor, o del derecho a obtenerlo, o de las licencias administrativas para caza o para uso de cualquier tipo de armas.

La propia Ley, ya en su exposición de motivos, punto 16, establece que los centros de internamiento estarán destinados a responder:

...a una mayor peligrosidad, manifestada en la naturaleza peculiarmente grave de los hechos cometidos, caracterizados en los casos más destacados por la violencia, la intimidación o el peligro para las personas. El objetivo prioritario de la medida es disponer de un ambiente que provea de las condiciones educativas adecuadas para que el menor pueda reorientar aquellas disposiciones o deficiencias que han caracterizado su comportamiento antisocial, cuando para ello sea necesario, al menos de manera temporal, asegurar la estancia del infractor en un régimen físicamente restrictivo de su libertad.....El internamiento, en todo caso, ha de proporcionar un clima de seguridad personal para todos los implicados, profesionales y menores infractores, lo que hace imprescindible que las condiciones de estancia sean las correctas para el normal desarrollo psicológico de los menores. (BOE, 2000, pp.1422-1441)

Así mismo, como hemos visto en su art. 7, establece una medida especial destinada a los adolescentes con mayor problemática a nivel psicológico y psiquiátrico: el

internamiento terapéutico, que describe en la citada exposición de motivos, también punto 16:

El internamiento terapéutico se prevé para aquellos casos en los que los menores, bien por razón de su adicción al alcohol o a otras drogas, bien por disfunciones significativas en su psiquismo, precisan de un contexto estructurado en el que poder realizar una programación terapéutica, no dándose, ni, de una parte, las condiciones idóneas en el menor o en su entorno para el tratamiento ambulatorio, ni, de otra parte, las condiciones de riesgo que exigirían la aplicación a aquél de un internamiento en régimen cerrado. (BOE, 2000, pp.1422-1441)

Vemos pues que la ejecución de las medidas judiciales permite un tránsito desde contextos de mayor restricción de libertad, a otros de menor, y viceversa, dependiendo de la evolución de la intervención desarrollada con el adolescente y del grado de responsabilización que manifiesta sobre sus actos y sobre el daño causado con sus conductas a otras personas, siempre con el conocimiento y aprobación del juez. Tal y como establece la Ley 5/2000 de nuevo en su Exposición de Motivos, punto 11:

Con arreglo a las orientaciones expuestas, la Ley establece un amplio catálogo de medidas aplicables, desde la referida perspectiva sancionadora-educativa, debiendo primar nuevamente el interés del menor en la flexible adopción judicial de la medida más idónea, dadas las características del caso concreto y de la evolución personal del sancionado durante la ejecución de la medida. (pp. 1422-1441)

Tal y como recoge López (2002), la intervención en este contexto se desarrolla en el marco de los ocho principios sobre los que la ley asienta dicha intervención:

- 1) Interés superior del menor: deben garantizarse todos sus derechos y se debe primar en cualquier decisión que se adopte.
- 2) Intervención centrada en el menor y en su responsabilización, como proceso necesario para su desarrollo y socialización.
- 3) Todos los programas deben ser de carácter educativo y deben ir encaminados a que el menor supere las dificultades que han dado lugar a la misma y a su contacto con el sistema judicial.
- 4) Intervención mínima necesaria, el menor sujeto a medida judicial puede presentar muchas dificultades que pueden ser abordadas por otros sistemas. El sistema judicial no puede suplantarlos.
- 5) Procurar la mediación, reparación y conciliación; la intervención debe ir dirigida a que el menor se haga responsable de las consecuencias de sus actos y pueda reparar el daño cometido.
- 6) Integración y normalización; es necesario centrar la intervención en los recursos del propio menor y de los sistemas a los que pertenece, limitando a lo estrictamente necesario su inserción en recursos especializados.
- 7) Inmediatez de la respuesta; la eficacia en la intervención va a ser proporcional a la inmediatez de la misma.
- 8) Trabajo comunitario; se debe tener en cuenta en la intervención los recursos que ofrece la red social e institucional del menor.

Por otro lado, la Ley 5/2000 también establece en su exposición de motivos, punto 12, que:

La ejecución de las medidas judicialmente impuestas corresponde a las entidades públicas de protección y reforma de menores de las Comunidades Autónomas, bajo el inexcusable control del Juez de Menores. Se mantiene el criterio de que el interés del menor tiene que ser atendido por especialistas en las áreas de la educación y la formación, pertenecientes a esferas de mayor inmediación que el Estado. (pp. 1422-1441)

Así, en el caso del País Vasco dicha ejecución se rige por el Decreto 80/2009, de 21 de abril³, sobre centros educativos de cumplimiento de medidas privativas de libertad en la CAPV. En concreto, el Decreto, ya en su preámbulo, establece el tipo de respuesta que debe implementarse y bajo qué concepción:

Menores y adolescentes, como principales destinatarias de la Ley reguladora de la Responsabilidad Penal, son personas sujetas a evolución, en tránsito a la vida adulta, en las que el conflicto, la confrontación y las dificultades de adaptación son consustanciales a su condición. Debido a ello, la justicia juvenil, para que tenga valor, sentido y eficacia preventiva, debe promover respuestas en la que prime lo educativo e integrador sobre la finalidad custodia, el futuro sobre el pasado, lo preventivo sobre lo retributivo. El trabajo con menores y adolescentes infractores e infractoras debe estar impregnado de conceptos propios y dinámicos, basados en los cambios físicos, cognitivos, conductuales y relacionales con el contexto familiar y social que les afectan en cuanto personas en proceso de crecimiento y búsqueda de identidad.

A su vez establece que el fin primordial y prevalente de la actividad en un centro educativo de cumplimiento de medidas privativas de libertad será la responsabilización,

³BOPV N.º 180 de 18 de septiembre de 2009.

el crecimiento personal, la superación de las carencias personales, el fortalecimiento de las potencialidades de la persona menor, todo ello con miras a su integración familiar y social, lo que determinará los requisitos materiales, funcionales y de personal de estos centros.

Habida cuenta de los anteriores, cabe señalar que el modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV) se articula para la intervención en medios residenciales y no de medio abierto.

2. EL CONTEXTO DE INTERVENCIÓN DE LOS PROGRAMAS ESPECIALIZADOS DE ACOGIMIENTO RESIDENCIAL PARA MENORES CON PROBLEMAS DE CONDUCTA

Este tipo de programas están destinados al acogimiento residencial de menores que estén en situación de guarda o tutela de una Entidad Pública, diagnosticados con problemas de conducta, que presenten conductas disruptivas o di-sociales recurrentes, transgresoras de las normas sociales y los derechos de terceros, cuando además así esté justificado por sus necesidades de protección y determinado por una valoración psicosocial especializada.

La Ley Orgánica 1/1996⁴, de 15 de enero de Protección Jurídica del Menor de modificación parcial del código Civil y de la ley de Enjuiciamiento Civil, así como sus dos últimas modificaciones legislativas, la Ley Orgánica 8/2015⁵, de 22 de julio y la Ley 26/2015⁶, de 28 de julio, ambas de modificación del sistema de protección a la

⁴BOE núm. 15 de 17 de enero de 1996, pp. 1225-1238

⁵BOE núm. 175 de 23 de julio de 2015, pp. 61781-61889

⁶BOE núm. 180 de 28 de julio de 2015, pp. 64544-64613

infancia y adolescencia, son el marco legislativo que regula en la intervención en estos casos.

Estas últimas modificaciones legislativas reconocen explícitamente que la sociedad española ha sufrido un proceso de cambios acelerados en los últimos años que ha tenido su manifestación en la aparición de un nuevo perfil de personas usuarias de los servicios de protección a la infancia. Es el caso de personas menores de edad que ingresan en los centros de protección, en un número cada vez más elevado, a petición de sus propias familias, ante situaciones muy conflictivas derivadas de problemas de comportamiento agresivo, inadaptación familiar, situaciones de violencia filiofamiliar y graves dificultades para ejercer la responsabilidad parental. Su situación psicológica y social demanda soluciones diferentes a las que ofrecen los centros de protección ordinarios o sus familias y requieren de un ingreso en centros especializados, previo informe sobre su situación social y sobre su estado psíquico.

Al igual que ocurre con el sistema de justicia juvenil, las distintas Comunidades Autónomas hacen un desarrollo específico de este marco legislativo, y en concreto, en el ámbito del País Vasco esta modalidad de acogimiento residencial se regula legislativamente a través de la Ley 3/2005⁷, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia y el Decreto 131/2008⁸, de 8 de julio, Regulador de los Recursos de Acogimiento Residencial para la Infancia y la Adolescencia en Situación de Desprotección Social.

El Decreto 131/2008 en su art. 4 apartado 2.2 dedicado a los programas especializados establece dos modalidades:

⁷ BOPV nº 59 de 30 de marzo de 2005, p. 4707 (suplemento adjunto) y BOE núm. 274 de 14 de noviembre de 2011, pp. 117217-117276

⁸ BOPV nº 150 de 8 de agosto de 2008, pp. 20515-20600

- 1) Programa especializado de atención a adolescentes con problemas de conducta: se dirigirá a adolescentes de entre 13 y 18 años, cualquiera que sea su origen, que presenten conductas particularmente disruptivas que hagan inviable su atención en el marco del programa básico general. El programa consistirá en una intervención socioeducativa y/o terapéutica orientada a la modificación de actitudes y a la superación de los problemas de conducta, que se aplicará, preferentemente, con carácter temporal, siendo su objetivo permitir el posterior acceso al programa básico general, al programa de preparación a la emancipación o al programa de emancipación.

- 2) Programa especializado de apoyo intensivo a adolescentes con graves problemas de conducta de entre 13 y 18 años, cualquiera que sea su origen, que presenten conductas reiteradas y gravemente disruptivas o antisociales que supongan un riesgo evidente de daños o perjuicios graves a sí mismos o a terceros o que pongan en grave riesgo su desarrollo integral y que no hagan viable su atención en el marco del Programa especializado de atención a adolescentes con problemas de conducta. El programa consistirá en una intervención de carácter intensivo e integral, de orientación socio-educativa y/o terapéutica centrada primordialmente en el área personal, para promover la modificación de actitudes y la adquisición de normas de convivencia que favorezcan su proceso de socialización. Su intensidad y el tipo de recursos a aplicar se adecuarán a las necesidades y a la gravedad de cada caso. Tendrá carácter temporal, siendo su objetivo permitir el posterior acceso al Programa especializado de atención a adolescentes con problemas de conducta o, en su caso, al programa básico general, al programa de preparación a la emancipación o al programa de emancipación.

En este sentido, la estancia de un adolescente en uno u otro programa va a venir determinada por la gravedad de sus conductas externalizantes y del grado de riesgo en que pueden hacerle incurrir a nivel físico, psíquico, emocional o jurídico y que aconsejan una mayor o menor restricción de su autonomía. Así mismo, se posibilita el tránsito de unos centros con carácter más abierto a otros con carácter más restrictivo, y viceversa, según el grado de responsabilización que el adolescente manifieste sobre sus conductas y sobre su adecuada gestión de su autonomía.

En cualquier caso, tanto el sistema de justicia juvenil, como el sistema de protección en los casos más graves de problemas de conducta, enmarcan su intervención en lo que ha venido en denominarse el contexto profesional de control.

3. CARACTERÍSTICAS DE LOS CONTEXTOS PROFESIONALES DE INTERVENCIÓN

El ejercicio de la intervención dentro del campo de la “relación de ayuda” se lleva a cabo en diferentes contextos profesionales destinados al cambio de la situación que genera sufrimiento a los adolescentes y dota al abordaje de un encuadre y unos límites. Esto último es de suma importancia por cuanto que no tener claros esos límites y el encuadre puede provocar lo que Selvini (1990) denominó “*deslizamientos de contexto*”, es decir, que profesionales que llevan a cabo su labor dentro de un determinado contexto acaben desarrollando acciones propias de un contexto diferente al suyo, con las consiguientes dificultades para la intervención con el adolescente. Para Lamas (1997):

Se denomina contexto profesional de cambio al marco que se establece entre cliente y profesional que permite dar significado a una serie de intercambios comunicacionales orientados a introducir el cambio en el cliente. Entendiendo

como cambio la narración, significativa en la vida del cliente, que establecerá un antes y un después de ese encuentro con el profesional... (p.84)

De igual manera, Lamas (1997) establece seis posibles contextos de cambio:

- 1) **Contexto asistencial:** Definido por una clara relación complementaria, o asimétrica, al establecer una posición “*up*”, la del profesional, y una posición “*down*”, la persona usuaria. Marca una alta tendencia a la cronificación de la relación, a la excesiva implicación del profesional y a la desresponsabilización, sin embargo, de la persona usuaria. Se señala como el más adecuado en aquellas situaciones en que no es viable exigir una plena responsabilización a la persona usuaria y el profesional no puede adoptar una posición neutra o distante.
- 2) **Contexto de consulta:** Define una relación que se establece entre personas expertas con la finalidad de ofrecer su ayuda a personas usuarias que no tienen clara una decisión a tomar frente a alguna dificultad. La responsabilidad en la decisión es baja para el profesional, por cuanto que debe ser la persona usuaria quien la asuma. Presenta como riesgo que la persona usuaria puede vivir como desapegado al profesional sobre su dificultad, aunque con la ventaja de que transmite un profundo respeto sobre la capacidad de éste para decidir sobre todo lo que le acontece.
- 3) **Contexto terapéutico:** Parte de la imposibilidad de la persona usuaria, después de múltiples intentos fallidos, de dar por sí misma respuesta a una dificultad, donde tiene el acompañamiento del profesional en un proceso de creación de alternativas, de forma que se puedan conseguir unos cambios previamente acordados y que le permita a la persona usuaria no generar sintomatología en el futuro.

- 4) **Contexto de evaluación:** Marca también una relación complementaria entre persona usuaria y profesional, pues sitúa a éste como un examinador de sus capacidades en diferentes áreas. Es un contexto que corre el riesgo de una burocracia excesiva y de que la persona usuaria sienta que no se respetan plenamente sus derechos.
- 5) **Contexto in-formativo:** Interviene con personas usuarias que están atravesando por alguna crisis vital. Aunque puedan pretender que el profesional resuelva sus problemas, éste sólo aporta recetas universales que luego las personas usuarias deberán adaptar a su situación particular. Es un contexto que en absoluto patologiza, pues propone la participación en un proceso de aprendizaje.
- 6) **Contexto de control:** en principio, se le considera como el más poderoso de los contextos de cambio, puesto que la persona usuaria está obligada a participar de él al ser un contexto que está apoyado por la legislación o por unas normas ampliamente acordadas. La principal dificultad es que favorece escenarios de involuntariedad en la persona usuaria, pues su participación viene motivada por su señalamiento como culpable de un hecho o situación que resulta reprobable, y, por consiguiente, genera el ocultamiento de información. También establece una marcada relación de complementariedad entre profesional y persona usuaria. En lo que respecta a los centros del Sistema de Justicia Juvenil y del Sistema de Protección para menores con problemas de conducta, aunque en un primer momento pueden circunscribirse dentro de la definición de contextos de control descrita por Lamas (1997), al profundizar en los objetivos que se persiguen y que han sido descritos en párrafos anteriores, se pueden encontrar necesidades que no se corresponden con tal contexto. Así, necesidades terapéuticas, educativas o de trabajo comunitario se evidencian como específicas, pero dentro

de contextos que parecen coincidir con la definición de aquellos destinados al control. Este aspecto conlleva dificultades de adscripción, de ubicación pero, sobre todo, de desarrollo técnico para aunar ambos planteamientos.

Esta dificultad puede abordarse si atendemos a otro concepto relevante: el metacontexto. De esta forma, Lamas (1997) señala que: “los contextos profesionales de cambio no se producen en el desierto, sino que se enmarcan en un metacontexto singular. Los diferentes metacontextos favorecen la constitución de ciertos contextos profesionales de cambio y dificultan otros” (p.92). Es decir, estos metacontextos, necesitan de la participación de otros contextos profesionales de cambio, como los descritos, para desarrollar plenamente los fines para los que son creados. Un ejemplo podría ser un hospital psiquiátrico, donde además de necesitarse de la actuación de psiquiatras y psicólogos, se va a hacer necesaria la colaboración de trabajadores sociales, celadores como personal de seguridad, etc.

Así, nos encontramos con el cruce de contextos y metacontextos. En este sentido, puede ser posible que un metacontexto de control, por definición más amplio, disponga de contextos de otro tipo, léase por ejemplo terapéutico.

Resulta significativo, no obstante, que el autor, al referirse al metacontexto de control, donde se encontrarían los centros de justicia juvenil y los centros del Sistema de Protección para menores con problemas de conducta, entienda que la posibilidad de incorporar contextos de otro orden sea difícil. De hecho, señala el orden de posibilidad en el que pueden intervenir los diferentes contextos profesionales de cambio en los metacontextos de control, que en orden de posibilidad decreciente sitúa en: 1º Control, 2º Evaluación, 3º Asistencial, 4º Consulta, 5º In-formativo y 6º Terapéutico.

Así, un metacontexto de control tiene grandes dificultades para generar contextos de orden terapéutico, o siguiendo su orden de probabilidad, casi no tiene ninguna posibilidad. Esta propuesta hay que unirla con el hecho del aumento de la prevalencia de problemas asociados a sufrimiento psicológico variado en estos metacontextos, lo que señala una paradoja: ¿cómo es posible que en los metacontextos donde existe más población con necesidades terapéuticas casi no se pueda articular un contexto de estas características?

Es por ello que puede observarse la dificultad de abordar las finalidades para las que están constituidos dichos centros y que la propia legislación señala. En unos casos son de corte educativo y en otros rehabilitador-terapéutico y, como se puede deducir, son los menos indicados para poder articular y desarrollar los contextos in-formativo y terapéutico, indispensables por otra parte para abordar dichas finalidades. Parece que el más probable es el contexto de control que, por otra parte, es “un contexto que todos temen, profesional y cliente” (Lamas, 1997).

Así, parece claro que resulta muy complejo establecer y mantener una relación de ayuda en estas condiciones. De este modo, la labor profesional en este tipo de centros tiene una tarea que se manifiesta como indispensable: abordar precisamente esta dificultad.

Ello puede pasar por tratar de reconvertir lo que de facto es un metacontexto de control en un metacontexto terapéutico, donde la probabilidad de intervenir los contextos de cambio se sitúa en orden decreciente de la siguiente forma: 1º Terapéutico, 2º Consulta, 3º In-formativo, 4º Asistencial, 5º Evaluación y, precisamente en último lugar, 6º Control. Esta posible solución pudiera generar más problemas que beneficios, sobre todo si el abordaje terapéutico no incluye en su seno el control, máxime con la

presencia de conductas externalizantes en los adolescentes atendidos. Además de no poder olvidar la demanda institucional existente para estos centros.

Otra posibilidad sería la de generar o ampliar contextos terapéuticos en el seno de los metacontextos de control. Y éste es el supuesto desde el que el modelo se articula. De tal forma, que el contexto terapéutico debiera extenderse a parte de las funciones de todos los profesionales que intervienen, dando un lugar predominante al vínculo como elemento que posibilite una conexión emocional desde la que generar adhesión a la relación de ayuda y demanda compartida de intervención. Es por ello que el modelo pasa por ampliar el contexto terapéutico dentro de estos centros, pero ello necesita de cambios conceptuales, teóricos, metodológicos y organizativos.

Así, una adecuada conceptualización es indispensable y requiere ser compartida por todos los profesionales de este tipo de centros, de cara a evitar los deslizamientos de contexto que definía Selvini (1990). Dicha conceptualización, que será desarrollada en los siguientes capítulos, va a necesitar de la definición y configuración de un espacio de ayuda nuevo, que atienda a las características de la población atendida, al carácter y tipo de las conductas externalizantes que presentan, incluyendo al entorno familiar y social de estos adolescentes, y todo ello desde una propuesta articulada de itinerario de intervención educativo-psicoterapéutico-social y con una propuesta relacional que aborde el inicial escenario de involuntariedad en la intervención.

Este último aspecto es fundamental, teniendo en cuenta que el propio Lamas (1997) se limita a exponer los contextos de intervención, sin hacer mención, porque no es objeto de su teorización, al vínculo profesional-cliente y a la relación, cuya generación es un elemento teórico distintivo del modelo VEV, ya que, aunque “hay elementos específicos del contexto de la intervención. En muchos menores encontraremos

dificultades en el contacto afectivo y las relaciones tú-a-tú, lo que obligará a buscar actividades mediadoras, ofrecer marcos bien regulados que contengan la relación” (Galán, 2014, p. 208).

4. HACIA UN ESPACIO EDUCATIVO-PSICOTERAPÉUTICO-SOCIAL

Llegados a este punto, se hace necesario la elaboración de un espacio conceptual de intervención que recoja, por tanto, la intervención en metacontextos de control pero que incorpore, a su vez, contextos terapéuticos.

Este propósito necesita de una primera contextualización y reflexión de posibles motivos que han causado estas dinámicas.

4.1. El espacio social como contexto de cambios

Para tratar de atender esta demanda de un nuevo espacio conceptual, partimos del espacio social. Se trata de reflexionar sobre los posibles motivos que puedan explicar a qué se deben estos cambios en los adolescentes que atendemos y sus familias, cuya comprensión guíe una posterior forma de enfrentarlos desde el metacontexto de control y que justifiquen la necesidad de ampliar el contexto terapéutico en el mismo.

No se trata de hacer un análisis pormenorizado, pero sí de explorar algunas aportaciones que pueden aportar indicios acerca de qué cambios sociales pueden tener un eco en cambios psicológicos que conlleven una realidad social como la que hemos descrito en capítulos anteriores: el de una adolescencia cada vez más larga, con tareas heredadas y otras incorporadas, que reclama mayor tiempo de adaptación y con una

expresión de sus dificultades a través de formas sintomatológicas concretas que en algunos casos se concretan en los problemas de sufrimiento psicológico.

En este sentido, vamos a detenernos en conceptos como la formación social de la mente individual y de factores de riesgo en el contexto microsociales que emergen en las relaciones familiares, y en otros factores de tipo macrosociales, que se basan en la idea de la etiopatología social.

Así, en primer lugar, partimos de que las personas no se auto-generan ni se auto-mantienen, sino que se forman a través de las relaciones con los demás. Especialmente requieren los aprendizajes sociales, la formación de la propia identidad y de la representación de los demás y el desarrollo de la regulación emocional. Ello nos lleva a entender que muchas dificultades o disfuncionalidades en estas dinámicas tienen origen y se mantienen en el amplio espacio de las relaciones personales y de su comprensión. De esta forma, el espacio relacional primigenio por excelencia es el sistema familiar. Sus funciones, las características del espacio que se genera como sumatorio de sus relaciones, la calidad de sus cuidados y atenciones son fundamentales. Es por ello que en un contexto microsociales los factores de riesgo se centran en el mismo. Así, Zanarini y Frakenburg (2007) señalan, como los más estudiados, las pautas de crianza sin límites e inconsistentes, la negligencia emocional y los abusos sexuales. Estos datos recuerdan a la idea expuesta en el capítulo anterior relativa a la incidencia de las variables ambientales y contextuales sobre el incremento de trastornos de conducta y ansiedad. En este sentido, la función paterna cobra especial significado. De hecho, Lacan (2005) ya apuntaba hacia la ausencia de la función paterna (no entendida como ejercicio adscrito al padre, sino como función del sistema, consistente en la ley, el orden...) como un elemento clave y desencadenante de desestructuración en nuestra sociedad.

Pero no es el único. Más recientemente, Recalcati (2014), opone al freudiano complejo de Edipo –el del hijo que (simbólicamente) quiere matar al padre para yacer con la madre y ocupar el trono– el complejo de Telémaco, el hijo de Ulises que, en la Odisea homérica, espera el regreso del padre para que vuelva a yacer con su madre y a imponer el orden y la ley en la polis. Para el autor los adolescentes se hallan perdidos por la falta de referentes éticos, de figuras paterno/maternas renovadas y confiables, y sin protección frente a los embates del neocapitalismo, que les priva de cauces para su realización mientras les induce a arrojarse en brazos de un goce irresponsable e ignorante. Reflexiona siguiendo este argumento, sobre una idea central: la caída de la autoridad paterna y el emerger de un padre débil que deja vacío el espacio del poder de la palabra, del testimonio, de la herencia y lo relaciona con síntomas sociales de curso individual, tales como la abulia, la depresión, la búsqueda ciega de satisfacción, la tolerancia frente al delito y el desprestigio del esfuerzo y del trabajo. Pero sigue existiendo una búsqueda de un padre, de una referencia. Así, Recalcati (2014) señala que:

La demanda del padre no es ya demanda de modelos ideales, de dogmas, de héroes legendarios e invencibles, de jerarquías inmodificables, de una autoridad meramente represiva y disciplinaria, sino de actos, de decisiones, de pasiones capaces de testimoniar, precisamente, cómo se puede estar en este mundo con deseo y, al mismo tiempo, con responsabilidad. El padre que es invocado hoy no puede ser ya el padre poseedor de la última palabra sobre la vida y la muerte, sobre el sentido del bien y del mal, sino sólo un padre radicalmente humanizado, vulnerable, incapaz de decir cuál es el sentido último de la vida, aunque sí capaz de mostrar, a través del testimonio de su propia vida, que la vida puede tener sentido. (p.14)

Se subraya la función de un testimonio desde las propias acciones, la autoridad no meramente disciplinaria, aunque no la excluye, y la importancia de ser confiable. Es un guía en el camino de aprender a vivir, o como Marina (2004) describe en el tránsito del aprendizaje de la autonomía a través del deber y que se desarrolla a través de tres pasos: la indisciplina como exploración de límites, la provocación como forma de buscar una definición clara de las normas y, por último, la asimilación de estas restricciones. Dicho proceso necesita una autoridad clara, pero que a su vez recoge lo humanizado y el ejemplo que supone una herencia digna de confianza: un testimonio que ayuda a la formación de la propia mente y de la identidad. Todo ello permite obtener otra mirada: la función parental desglosada en múltiples apartados que ha variado y que necesita reinventarse. Esa nomenclatura se corresponde a una terminología psicodinámica y adscrita a otra época. Lo que desde el modelo se pretende resaltar es su significado, pudiendo ser denominada como función de autoridad. En este sentido, cabe señalar esta función como adscrita a cualquier miembro del subsistema parental e intercambiable entre los progenitores de ambos géneros y aplicable a cualquier tipo de familia, según su estructura o forma de composición. De esta forma, no es patrimonio de ninguna de ellos, ni una función exclusiva de uno de ellos, sino más bien un cometido de los progenitores como subsistema. Su desempeño pasa por representar la autoridad, hacer valer la norma y los límites, favorecer el aprendizaje de la demora y tolerancia a la frustración y favorecer el tránsito hacia el exterior de la familia, facilitar un testimonio. Dicho de otra forma, contener, que como resaltábamos en el primer capítulo, es una función cuya falta de ejecución puede estar relacionada con el aumento de la prevalencia de problemas de salud mental de origen exógeno.

Esta reflexión supone también plantearse la necesidad de una respuesta social organizada para los supuestos de expresión más aguda. Disponer de dispositivos que

supongan un elemento de transmisión de un mensaje alternativo, que puedan contribuir a traducir esa poca estabilidad social y baja contención familiar a través de una oferta relacional diferente, que se haga eco de lo colectivo y del deber.

Estos planteamientos pueden hacer creer que la sintomatología que presentan algunos adolescentes fuese fruto lineal y consecucional de las variables sociales y familiares, algo que en absoluto es así, ya que el modelo parte de una concepción bidireccional de mutua influencia y de gran diversidad e intersubjetividad. Por ello es importante señalar que los adolescentes también tienen cierta co-responsabilidad, o como explica Lasa (2016):

Cada adolescente es una persona con su propia historia, más difícil de contar, en especial a un adulto, cuanto más dura haya sido. Porque, en la infancia y la adolescencia, la dureza de la vida está siempre vinculada a las presencias y ausencias, las palabras y los silencios de los adultos. Y, por muy provocadores que sean, no son los adolescentes quienes las determinan, aunque también conviene recordarles que las condicionan. No son quienes han generado el entorno, la familia y las dificultades o males que les afectan, pero tampoco son convidados de piedra, sin ninguna responsabilidad ni posibilidad de nuevos compromisos. Conviene que, prudente pero firmemente, les hagamos saber que pueden ser protagonistas activos de su destino. (p.53)

De hecho, una consecuencia del acercamiento a la comprensión clínica y psicoterapéutica de todo ello puede ser la de simultanear la concepción de patología del déficit con la del conflicto. Esta clasificación, propuesta por primera vez por Kiligmo (1989) distingue entre la perspectiva del déficit (Coderch, 2007; Kohut, 1971) como una defectuosa o incompleta estructuración del *self* e identidad que surge por fallas en la

función de cuidado por parte del entorno (fundamentalmente los progenitores) y la del conflicto como una tensión entre instancias internas que no se han resuelto evolutivamente (Kernberg, 1987) y basada en concepciones originarias de la escuela psicoanalítica. Así, si la primera puede surgir de síntomas que expresan las carencias en el cuidado y atención, o por maltratos, abusos o negligencias graves, la segunda, la del conflicto, puede que por la ausencia de las figuras parentales que puede traducirse en carencia de límites, así como por los propios escenarios narcisistas de los padres/madres que desregula el de los hijos/hijas. Sea como fuere, la consideración desde el déficit se basa en técnicas afirmativas, contenedoras y empáticas, y la del conflicto, en la interpretación.

El modelo VEV, como veremos en el siguiente capítulo, se articula como una psicoterapia de apoyo, por lo que sus técnicas y concepción se basa en la perspectiva del déficit. Pero, los perfiles de los adolescentes y sus conductas externalizantes, requieren un abordaje especializado que incorpore la visión desde el conflicto pero sin la técnica de la interpretación y considerando este conflicto no solo desde una perspectiva intrapsíquica, sino también interpsíquica o relacional. Fernández (2007) ya apunta a propuestas que tratan de integrar estas dos posturas, tales como la psicoterapia basada en la mentalización. Lo que el modelo VEV añade es el conflicto con el otro externo, no internalizado como lo ya descrito, sino actuado en y desde la relación. Ese conflicto puede ser con la autoridad, si existe. Si no, entendemos, ese conflicto como narcisista o de exceso y correlacionado con las conductas externalizantes instrumentales, como veremos en el capítulo octavo.

Ello nos lleva a establecer que la intervención no puede centrarse sólo en la carencia o en entender el sufrimiento como consecuencia de la misma, sino que también tiene

que incorporar el sufrimiento del conflicto, y desarrollar herramientas basadas en el equilibrio entre ambas mediante la responsabilización de todo el sistema familiar.

De esta forma, hay que tener presente que los cambios sociales, culturales y familiares pueden conllevar fallas en la función parental de limitar, contener y regular a las niñas, niños, adolescentes y adolescentes que expresan su sufrimiento como consecuencia de ello, o quizá, como forma de reclamar su re-edición acompañada de la función de testimonio desde el propio ejemplo del adulto, desde ser modelo o referencia. Y de esta forma, esa expresión tiene una base educativa y social que se concreta en lo relacional. Es por ello que el modelo entiende que la intervención tiene que recoger estos enfoques:

- 1) Intervenir en y desde la relación (patrones, roles,...), vínculos, afectos y capacidades psicológicas superiores, abordar el desarrollo de la identidad y la regulación emocional.
- 2) Restablecer la función parental desglosada en norma y confiabilidad que ha variado y que necesita reinventarse, tanto por parte de profesionales como en el sistema familiar de referencia.
- 3) Organizar y estructurar dispositivos que supongan un elemento de transmisión de un mensaje alternativo, que puedan contribuir a traducir esa poca estabilidad social y escasa contención familiar a través de una oferta relacional diferente, que se haga eco de lo colectivo y del deber.
- 4) Desarrollar metodologías que se encuentren en el equilibrio entre la carencia y el conflicto, que se centren en la co-responsabilización.

4.2. El espacio socio-sanitario y educativo-terapéutico

Se parte en este punto del abordaje de la intervención desde un metacontexto con una población que parece requerir un contexto terapéutico conceptualizado en un espacio propio que responda a sus especificidades y a los enfoques ya descritos. Este factor es muy importante, ya que delimita la intervención desde diferentes parámetros: la demanda, el tiempo, la oferta y composición de los dispositivos, los objetivos y las técnicas a emplear.

En este sentido, encontramos como referencia dos conceptos, o mejor dicho, dos espacios ya definidos y conceptualizados: el socio-sanitario y el educativo-terapéutico. Comenzando por el primero, podría entenderse el mismo, tal y como lo definen Sobremonte y Leonardo (2001), como aquel “existente entre la atención sanitaria y la social, donde la atención de uno solo de dichos sistemas es incapaz de solucionar los problemas de las personas que presentan ambos tipos de problemáticas” (p.6). Esta concepción señala la intervención simultánea de dos contextos que deben coordinarse para atender a un solo tipo de persona usuaria.

Tanto la idea de coordinación y mutua necesidad, como la de encontrar elementos de intervención común y simultánea desde expresiones diferentes de la misma necesidad que requieren técnicas provenientes de metacontextos y disciplinas distintas, nos son muy útiles y cercanas a la necesidad a la que el cambio de población ya descrito nos aboca.

Pero cabe destacar otra reflexión. De nuevo, Sobremonte, y Leonardo (2001) señalan que usuarios:

Incurables son discriminados en cierta medida desde los servicios sanitarios por cuanto que sus dolencias no tienen, desgraciadamente, respuestas exitosas por

parte del sistema sanitario. Por este motivo, es necesario hacer realidad la máxima de – si no podemos curar, sí podemos cuidar. (pp.15-16)

Hablan desde parámetros de cura y éxito en su consecución como criterio por el que se atiende, o no, a un grupo de personas usuarias, que pueden resultar excluidas en su momento de mayor fragilidad. Ante ello, incluyen el cuidado como alternativas, a implementar desde otro metacontexto y marcan unas líneas de coordinación entre ambos.

Es muy relevante la aportación de estos autores y aplicable a la realidad de aquellas personas que en edad temprana tengan necesidades de salud mental, que conllevan a su vez dificultades sociales y viceversa. Con ello, nos referimos a que también existen adolescentes que pueden ser excluidos de metacontextos como el formativo, sanitario o laboral en sus momentos más vulnerables. Tal es así, que Mendivil-Eguiluz et al. (1999), en el marco de la explicación de una experiencia en este sentido en Gipuzkoa, señalan que:

Ante estas dificultades muchas veces nos encontramos desbordados y, en ocasiones, podemos rechazar intervenir argumentando que son únicamente casos sociales que no debemos psiquiatrizar o que son familias o niños que no verbalizan demanda. Esto suele ser cierto en muchas ocasiones, pero también lo es que estos niños y familias presentan además un importante sufrimiento psíquico. Muchos autores se han referido a la necesidad de una doble intervención (social y psiquiátrica o psicoterápica) en Salud Mental Infanto-Juvenil, resaltando en particular el periodo de la adolescencia. (p.177)

Esta afirmación ejemplifica cómo se concreta el espacio socio-sanitario en el caso de la concomitancia de necesidades de salud mental y otras de índole social en una edad

temprana, así como la posible tendencia a excluir a determinadas personas. Ello supone una realidad en la que una cantidad inespecífica de personas usuarias no obtienen una ayuda para su sufrimiento psíquico, teniendo que ser atendidas en otros dispositivos orientados a la atención de problemas sociales. Pero también se puede afirmar que cuando sí se atienden, no siempre se siguen los criterios que serían deseables. De hecho, hablando de otro perfil de personas usuarias, pero dentro del mismo espacio, Larizgoitia-Jauregi (2013) entiende que:

La realidad del sistema socio-sanitario de protección frente al trastorno mental grave no coincide siempre con el planteamiento hasta ahora presentado; bien al contrario, encontramos disfuncionalidades, tales como: fragmentación y falta de coordinación y programas conjuntos entre recursos sociales y sanitarios, y públicos y privados; que a veces dan lugar a itinerarios en los que el objetivo a largo plazo se ha perdido. (p.33)

De esta forma, otro componente a atender especialmente es la continuidad de la atención, una visión conjunta de acción que no parcele la intervención y que permita a la persona usuaria ser cuidada con coherencia.

En resumen, el espacio socio-sanitario responde a determinadas exigencias del modelo pero deja pendientes otras. Entre las coincidencias destacaríamos:

- La necesidad de coordinación entre los contextos de intervención simultánea.
- La importancia en encontrar no solo las diferencias de atención y especificidad de cada metacontexto, sino los elementos comunes que son atendidos entre ambos.
- La especificidad de cuidar frente a curar.
- La preocupación por los *adolescentes discriminados* y su atención.

- La necesidad de continuidad y coherencia en la atención y el peligro consecuente de fragmentación.

Respecto a los aspectos pendientes, cabría destacar:

- La conveniencia de incorporar elementos de corte educativo y procesos de aprendizaje que se ven afectados como consecuencia de sufrimientos psíquicos.
- La especificidad de que muchos adolescentes pueden ser excluidos por la presencia de conductas externalizantes graves.
- La necesidad de atender la involuntariedad y las dificultades de vinculación como foco de atención.
- Considerar que mucho sufrimiento psíquico no tiene un componente psiquiátrico o médico, sino relacional.
- Concretar los cuidados como una función nutricia y reguladora de afectos e identidad e incorporar la intervención técnica y metodológica sobre la patología del conflicto, más que en cuidar.

Algunos de estos últimos aspectos pueden ser recogidos en el marco del espacio educativo-terapéutico, que pudiera ser entendido como de abordaje individual-grupal y que permite sostener y desarrollar vínculos en un grupo de pertenencia y aprendizaje. Suele ser una forma de definir centros o servicios que atienden diferentes dificultades de aprendizaje de distinta gravedad, debidas a causas sanitarias concretas. Reciben el apelativo de terapéutico y no sanitario por el tipo de apoyo relacional y adaptado a las mencionadas necesidades. De esta forma, este concepto añade el componente educativo y el terapéutico que pueden atender la función nutricia y reguladora, y la intervención en procesos de aprendizaje afectados que mencionábamos con anterioridad.

Este concepto, no obstante, dista del cometido del modelo, máxime ante los cambios macrosociales y microsociales que se han descrito. También por el tipo de población atendida, por la técnica terapéutica a emplear por la sintomatología presentada, posiblemente también por la especificidad del sufrimiento psíquico interno, por los aprendizajes comprometidos y por la vertiente social implicada, los itinerarios sociales de inclusión a emplear y la involuntariedad, o falta de conciencia de problema.

De hecho, a riesgo de simplificar, la población objeto del modelo se acerca más a aquellos con presencia de trastornos de conducta, cuya prevalencia, como ya hemos señalado en varias ocasiones anteriormente, ha aumentado considerablemente. Además, los contextos en los que desarrollamos nuestra función tienen otras características y demandas institucionales de atención y cuidado. Y, al menos inicialmente, su previsión de cronicidad no está tan marcada. Otro aspecto es la especificidad de la edad, que no tiene que ser en sí misma una diferencia, pero que condiciona los aspectos técnicos y organizativos. Nos referimos a la adolescencia y juventud.

En este sentido, hay varios aspectos que complejizan el campo de intervención. En primer lugar, las propias características de la adolescencia-juventud y la difícil tarea a acometer en esa etapa evolutiva: buscar modelos de identificación, a la vez que mantener la propia autonomía, pasar de imitar a introyectar y afrontar cambios corporales y de relación social. Su lugar en la sociedad cambia, pero quizá no al mismo ritmo que pueden elaborar. Es un momento de cambio, lo que ocurre no tiene por qué ser definitivo, pero puede llegar a asentarse, dependiendo de muchos factores propios de la adolescencia-juventud y de la peculiaridad que los mismos pueden acarrear en su abordaje. Entre los mismos, Rodríguez-Sacristán (1995) incluye:

- La inespecificidad sintomatológica, ya que los mismos síntomas pueden encontrarse en cuadros clínicos muy diferentes.
- La capacidad de autorregulación, reversibilidad y mutabilidad que les diferencia de etapas adultas donde la patología aparece más rígida y menos proclive al cambio.
- El carácter crono dependiente que subraya que los mismos síntomas en otras etapas evolutivas tendrían otras expresiones (quizá menos externalizantes), y
- Su diferenciabilidad individual, que se traduce en distintas expresiones de un mismo tipo de sufrimiento psíquico según la subjetividad de cada adolescente.

También añade la comorbilidad, es decir, la presencia simultánea de formas de sufrimiento y subraya la psicoplastia del contexto, en el sentido de que el trastorno resulta muy influenciado por el entorno.

Todos estos aspectos evidencian la diferencia entre las necesidades descritas y aquellas propias de la población más dependiente y crónica que suele ser atendida en el espacio socio-sanitario. También que las necesidades que se infieren de la aportación de Rodríguez-Sacristán (1995) son distintas a las de las personas usuarias que atienden en servicios denominados educativo-terapéuticos destinados a sufrimientos más endógenos y rígidos que conllevan una intervención larga y que seguramente trascenderá la etapa de la adolescencia por la necesidad de ser cuidadas.

De hecho, tal y como concluye el Fernández et al. (2010) “no existen estudios epidemiológicos sobre la prevalencia de los trastornos de conducta en el adolescente en nuestro medio” (p.109). De esta forma, podemos apuntar que es difícil saber cuántos adolescentes se encuentran, en esta situación y que tampoco existen a nivel sanitario respuestas articuladas al respecto.

Ello puede conducir por la vía del desconocimiento y de la discriminación, anteriormente reflejada, a la no atención de los mismos, o su tránsito a otros metacontextos que en principio no estaban pensados ni diseñados a tal propósito. Entre ellos los de control y sus dispositivos residenciales de Justicia Juvenil y del Sistema de Protección para menores con problemas de conducta. Tal es así, que Galán (2013) destaca que “existe una clara necesidad asistencial de contar con recursos residenciales específicos para menores con graves dificultades de autorregulación emocional y conductual, y las instituciones deberían asumir este compromiso ético con una población especialmente vulnerable” (p.30). De idéntica manera, refleja la ausencia de comprensiones que permitan una especialización de la atención a este tipo de adolescentes y sus sufrimientos, además de la dificultad de adscripción institucional que conllevan.

Ciertamente es una tarea complicada, pero que va pareja a la de tratar de definir un espacio de intervención que enfrente tanta complejidad y falta de concreción. Es por ello que la intervención necesita definirse sobre qué trabajar para desarrollar cómo hacerlo. En esta línea, Bravo y Fernández Del Valle (2009b) argumentan que “como intento de detallar más estas problemáticas, decidimos distinguir entre problemas psicológicos que requieren atención y cuidados más terapéuticos y problemas de conducta que demandan (sin menospreciar la intervención terapéutica) una mayor presencia de mecanismos de control” (p.28). Y cabe subrayar la importancia de dicha función de control, ya que como también mencionan, la conducta violenta se presenta en un 30 % de los casos.

Otro aspecto a tener muy en cuenta es la habitual presencia de involuntariedad o negativa a recibir cualquier atención, a admitir algún problema, a permitir acceso a sus pensamientos. En realidad son muchas las formas de involuntariedad que se pueden dar,

y si se considera que esta etapa evolutiva se caracteriza por necesitar cercanía y distancia a la vez en su proceso de hacerse personas independientes, o por sentirse invadidos enseguida ante la necesidad de intimidad, el abordaje de la situación se complejiza.

Así, no es difícil que cualquier profesional que intervenga con estos adolescentes haya podido oír en muchas ocasiones afirmaciones como las siguientes:

- *“No necesito nada; estoy bien así”*: el síntoma es vivido como problema por otros y no por él/ella.
- *“¿De qué sirve que cambie yo si los demás no cambian?”*: no tiene confianza ni esperanza en que su sistema familiar pueda hacer los mismos esfuerzos que él.
- *“No se puede hacer nada”*: no cree que tenga solución, pero tampoco acepta el problema.
- *“No confío en que quieran, o sepan ayudarme”*: malas experiencias. Desconfianza hacia el mundo adulto.
- *“No veo qué tiene que ver lo que hago con los motivos que dices que lo causan”*: no cree que el problema sea para tanto, o que la solución pase por las ofertas que se le plantean.
- *“No quiero pensar, no quiero sufrir”*: se da una inhibición de la función reflexiva y posible presencia de síntomas para enmascarar el sufrimiento.
- *“No puedes comprenderme”*: cree que su dolor es incomprensible, o siente gran vergüenza a exponerse desde el mismo.
- *“¿A ti qué te importa? ¿Por qué te importa?”*: desconfía de las intenciones del profesional.
- *“No tienes ni idea de lo que me pasa”*: cree que al profesional nunca le ha pasado nada parecido.

- “*Sí, pero no*”: ambivalencia. Presenta diferentes momentos y en cuanto mejora un poco, abandona, o es muy selectivo con quién sí y con quién no.

Estas formas de involuntariedad expresan en formas subjetivas un denominador común que sería la falta de colaboración o adhesión a la relación de ayuda ofertada en los centros. Y, sin embargo, estos centros tienen características de metacontextos de control como mencionábamos anteriormente, entre las que destaca la obligatoriedad de residir y participar en sus programas. Esta tensión entre la involuntariedad y la obligatoriedad y cómo resolverla, supone un elemento fundamental que un espacio de intervención debe atender. De hecho, estar obligado a residir, separarse de la familia, participar de programas, no conlleva colaborar y beneficiarse de los mismos y esa es una cuestión central a resolver.

Sea como fuere, el aumento de problemas de conducta, causa un porcentaje muy amplio de demanda de atención que no puede ser atendida en el espacio sanitario por falta de dispositivos especializados. Quizá por ello, y de forma paralela, se da un aumento en metacontextos de control, inicialmente no diseñados y concebidos a tal fin y que requieren una clara especialización que puede comenzar por detallar las problemáticas y las propuestas técnicas correspondientes a través de la articulación de contextos terapéuticos especializados. Todo ello unido a una necesidad de atender a una población que transita por un momento evolutivo en el que el diagnóstico debe ser prudente y multicomponente, en el que el entorno juega un papel fundamental y en el que la dependencia puede ser transitoria, siendo más nuclear su vulnerabilidad. De hecho, esta fragilidad puede ser uno de los elementos que explica la involuntariedad.

Y todo ello no encuentra respuesta en el marco conceptual de un espacio socio-sanitario que parte de supuestos médicos o endógenos en la salud mental que requieren

un apoyo social para cuidar sus dependencias o cronicidades, ni en el de un espacio educativo-terapéutico que parte de necesidades en los adolescentes de otras características, más centrados en dificultades en la adquisición de aprendizajes propios de entornos formativos que conllevan dificultades de inclusión social y requieren respuestas terapéuticas orientadas a ello.

Es todo ello lo que justifica, la construcción de un nuevo espacio que tiene que definirse y articularse como un compromiso ético y social hacia una población tan vulnerable.

4.3. Hacia un espacio educativo-psicoterapéutico-social

Cabe empezar subrayando ese “hacia” del título del apartado como una intención, y no como una realidad consolidada. Es necesario señalar la conveniencia de articularlo y el camino a recorrer desde el planteamiento de algunas cuestiones a responder. 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 terapéuticos dentro de los metacontextos de control y las formas de coordinación.

De cara a esa posible estructuración, lo primero es ubicar su implementación. No se pretende cuestionar ni reinventar formas de coordinación ya existentes, más allá de que su mejoría sea deseable. Tampoco evaluar las dificultades de cada metacontexto para atender nuevos emergentes, como el que nos ocupa. Se trata de acometer la tarea de especializar dispositivos residenciales de alta intensidad que atiendan a una población con unas necesidades educativas, psicoterapéuticas y sociales de una complejidad considerable y de un emerger masivo en los últimos tiempos.

Se trata de reflexionar acerca de la necesidad de adaptación de los mismos hacia una forma de atención que requiere marco teórico (que se desarrollará en los capítulos 4, 5 y 6), metodológico (capítulos 7,8 y 9) y organizativo (capítulo 10) nuevos.

Ello nos lleva a entender esas necesidades 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 que se derivan de las malas respuestas del ambiente a dichas necesidades educativas y que se expresan en alteraciones de conducta y 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 conlleven, ofertando un discurso o testimonio 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.

La importancia, por tanto del equipo profesional, para atender estas necesidades resulta entonces determinante. Y ésta es una función de todos los miembros del equipo de intervención, un cometido del ambiente que configuran. 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 juventud y de la etiología del sufrimiento de los mismos y del registro de sus potencialidades que acometa la resolución del dilema ya planteado: ¿cómo abordar la involuntariedad desde un contexto que obliga?

CAPÍTULO 4.

EL MODELO DE VINCULACIÓN EMOCIONAL VALIDANTE

El propósito del modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV) es el desarrollo de una intervención centrada en atender a adolescentes 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 residenciales del ámbito de Justicia Juvenil y del Sistema de Protección para menores con problemas de conducta. En este sentido, se trataría de concretar y definir el mismo o como diría De Tychy (2003) 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. 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. 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 así para el modelo en un componente necesario y fundamental para la intervención pero no suficiente. 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 en el origen, desarrollo y mantenimiento de las carencias, excesos y recursos de la persona. No se puede intervenir con una persona al margen de dicho entorno, ni esperar cambios que no se generalicen en dichos espacios. Ningún dispositivo 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 puede servir 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 va a basarse en la importancia fundamental del profesional de intervención directa, de quien convive cotidianamente con los adolescentes. En ese sentido, resalta sus características personales al mismo nivel que su saber técnico.

2. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO VEV

El modelo VEV es un modelo integrador, ya que se articula desde una base propia pero con elementos de otras propuestas que coinciden con su estructura de intervención y añadiendo elementos recurrentes en otras propuestas de intervención de esta naturaleza.

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

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 y dispositivos de intervención.

Se focaliza en generar adherencia al tratamiento, remisión de la sintomatología aguda y una experiencia emocional correctora desde vínculos validantes. De tal forma que el internamiento o ingreso en el centro residencial es como una intervención de urgencia para desde un diagnóstico adecuado generar conciencia y egodistonia para derivar más tarde al recurso externo normalizado indicado.

Se articula metodológicamente en un sistema de fases acumulativo y progresivo, con indicadores de consecución en cada una de ellas y ordenadas en las siguientes etapas: 1ª.-de inicio y establecimiento de la relación, 2ª.-vinculación emocional validante, 3ª.- autonomía, y 4ª.- despedida y cierre; con técnicas propias en cada momento de la intervención.

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, y no en 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 y la psicología positiva, para lo que se propone 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. De esta forma, la intervención tiene que ser multimodal y multicomponente, para 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 a implementar dentro del centro.

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, trastorno graves o egosintónicos que conlleven desregularización 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 pre-terapéutico (de preparación para poder aprovechar encuadres ambulatorios) o de preparación para otros entornos como el formativo y laboral externos, 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 dan el componente terapéutico necesario.

El modelo VEV persigue pues favorecer dinámicas que promuevan la activación de la función reflexiva (supuestos reactivos) o la re-objetalización (supuestos instrumentales), y procura promover las separaciones, cuando llegan inexorablemente, sin rupturas ni heridas, es decir, trabajar la despedida, la desvinculación en base a 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.

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, y, por último,
- 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 determinado y la auto-actualización 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, sólo que 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 el de destacar la mejor evidencia científica disponible en lo que ha resultado ser más efectivo en la intervención con adolescentes en contextos del sistema de protección para menores con problemas de conducta y de justicia juvenil.

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).

4. OBJETIVOS Y MODALIDAD DE INTERVENCIÓN

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 normalizado indicado.
- Generar conciencia de recursos, mantenerlos y generalizarlos en base a patrones relacionales funcionales.
- Integrarse en recursos externos normalizados.

4.2. Objetivos específicos del modelo VEV

Los objetivos específicos se distribuyen a través de las diferentes etapas de la intervención enumeradas en párrafos anteriores y en las que se profundizará en los capítulos dedicados al itinerario de aplicación individual, familiar, grupal y de abordaje de las conductas externalizantes, y que recordemos que son: etapa de inicio y establecimiento de la relación, etapa de vinculación emocional validante, etapa de autonomía y etapa de despedida y cierre.

Los objetivos específicos de la primera etapa de inicio y establecimiento de la relación son:

- Realizar un diagnóstico dimensional de las necesidades educativas, psicoterapéuticas y sociales del adolescente.

- Limitar la expresión de conductas externalizantes, especialmente en supuestos agudos.
- Interrumpir la posible fijación de las conductas externalizantes en la identidad del adolescente.
- Regular emocionalmente: identificar, secuenciar y expresar emociones reguladas, desreguladas e invalidadas.
- Facilitar una experiencia interpersonal emocionalmente correctora: un vínculo seguro.
- Identificar patrones relacionales problemáticos y conectarlos con conductas externalizantes. Abordar la patología identitaria.
- Activar la capacidad de mentalización.

Los objetivos específicos de la segunda etapa de vinculación emocional validante son:

- Generar confianza en el mundo adulto/social.
- Generar adhesión a la relación de ayuda y formular la demanda.
- Activar la motivación al cambio.
- Promover formas de relación alternativas a través de nuevos patrones de relación. Generar una identidad sana.

Los objetivos específicos de la tercera etapa de autonomía son:

- Fomentar la toma de conciencia de problema: egodistonia y responsabilización.
- Fomentar la toma de conciencia de recursos: experiencias de competencia y responsabilidad.
- Adaptar el tratamiento/intervención a la persona: protagonismo del adolescente en el cambio.

- Indicar tratamiento/intervención exterior, basado en el diagnóstico de la primera etapa y logros conseguidos hasta el momento y acompañar el proceso.
- Activar el entorno: dar espacio a nuevas relaciones.
- Andamiar el tránsito al exterior y afrontar las dificultades.
- Mantener los cambios conductuales y conectarlos con los cambios personales e internos.
- Mantener la motivación al cambio.

Los objetivos específicos de la cuarta y última etapa de despedida y cierre son:

- Favorecer la separación sana de vínculos seguros.
- Elaborar la despedida y el re-encuentro con relaciones anteriores.
- Evaluar el proceso seguido y recoger los aprendizajes realizados y su utilidad futura, así como los aspectos pendientes y los recursos disponibles para ello.
- Posibilitar disponibilidad durante el re-ajuste del adolescente en sus entornos.

4.3. 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 pre-terapia con componentes educativos y función social. De esta forma, no se propone ni como enfoque clínico, ni psicológico.

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 y normalizados de los que poder beneficiarse. Además, pone el foco en la involuntariedad 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” (Kernberg, 2005, p.97), en muchas ocasiones esta modalidad de intervención se ha circunscrito desde el psicoanálisis a personas que, como refiere Pinsky (2002) “no estaban capacitados 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 pre-terapia 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 ésta 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 (PA). 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)

Las primeras pasan por el emerger del conflicto intrapsíquico. Las segundas buscan reducir los síntomas y mantener, restaurar o mejorar la autoestima (sensación de eficacia, confianza, esperanza y auto-respeto), las funciones del ego (relación con la realidad, el pensamiento, la regulación del afecto, la formación de defensas y la función sintética) y las habilidades adaptativas como acciones vinculadas a un funcionamiento efectivo.

En cualquier caso, existen varias distinciones fundamentales entre los modos terapéuticos expresivos y de apoyo (supresivos), según sea la dirección del diálogo terapéutico, bien hacia la expansión de la autoconciencia y autoconocimiento (aumentar el *insight*) consistente en ampliar una explicación coherente, que dé cuenta de una experiencia total de vida tan completamente como sea posible; bien hacia la inhibición y/o desviación del *insight* tendente a ayudar a mantener un equilibrio del Yo, fortaleciendo sus capacidades adaptativas y de manejo del entorno.

Es decir, según el cambio que se produzca, bien a través del *insight* con la resolución del conflicto intrapsíquico; bien sin la expectativa de una resolución de dicho conflicto.

En este sentido, el modelo VEV no entiende la necesidad de la resolución del conflicto intrapsíquico (coincide con la supresiva en esto) pero no inhibe el insight, ni utiliza la interpretación de la modalidad expresiva, sino que activa la autoconciencia y el autoconocimiento (coincide con la expresiva) pero con límites y circunscrito a procesos y competencias, no a contenidos. Sea como fuere, modelo propone una psicoterapia de apoyo que pasa por una mezcla de ambas posiciones según distintos criterios:

- 1) **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).
- 2) **Tiempo disponible** para la intervención y tiempo que lleva el sufrimiento y expresión dándose. 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 un criterio del modelo VEV según el entorno y el perfil del adolescente; si el tiempo es amplio y el sufrimiento lleva poco tiempo, se aplicará un criterio del modelo VEV).

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.

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 y de justicia juvenil 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) señalan 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 filio-parental, 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 clínico 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 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:

- 1) **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 y en las entrevistas individuales.
- 2) **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.
- 3) **Destinar esfuerzo a fomentar el cumplimiento:** el modelo se orienta al cumplimiento, de hecho es un elemento que casi viene dado al intervenir desde metacontextos de control. 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.

- 4) **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.
- 5) **Ser de larga duración:** estos dispositivos permiten un encuadre intensivo y convivencial, donde lo cotidiano se convierte en un espacio de intervención.
- 6) **Fomentar una relación de vínculo intenso:** para el modelo este es un aspecto nuclear.
- 7) **Estar bien integrados con otros servicios:** el modelo concede una gran importancia al apartado de la coordinación efectiva.

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

- 1) **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, ahonda en la necesidad de estructuración y añade una visión de conjunto que también permite ser no solo teóricamente coherentes, sino metodológicamente.
- 2) **Disponer de una técnica especializada en las conductas externalizantes.** No todas las conductas tienen el mismo significado aunque se expresen de idéntica forma. Para 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.

- 3) **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” en el que el juego de lo trasferencial y contratrasferencial puede ser más objetivable, sino en la conjunción de muchas relaciones entrecruzadas. Así, el concepto de sistema y/o ambiente y sus atribuciones técnicas cobran una necesidad de técnica y organización, al tratarse del espacio relacional o “campo de juego”.

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 un corriente cognitiva de tercera generación). Al cotejar sus entrevistas con usuarios, encuentra que ambos son autoritarios, seguros, enérgicos y claros, trasmitiendo 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/aptitud de la persona del profesional relativo 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 cimenta 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 solo 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.

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

CAPITULO 5.

LA CIRCULARIDAD: VÍNCULO, RELACIÓN Y APLICACIONES TÉCNICAS

1. VÍNCULO Y DESARROLLO

Bowlby (1973) acuñó el término de la “disponibilidad” de la figura cuidadora del bebé en torno a la cual se construye la relación fundamental necesaria para la supervivencia y el desarrollo madurativo del infante. Años más tarde, Bowlby (1980) dedicó especial atención al significado de esa disponibilidad comprendiendo la misma como una experiencia compartida entre ambas partes, no solo por parte de la figura cuidadora, y desde esa redefinición configuró los Modelos Representacionales Internos del infante.

Desde esta perspectiva, la presencia y disponibilidad de una figura de cuidado influye en la forma en la que el bebé introyecta la misma. Ese proceso se traduce progresivamente en una imagen del mundo externo, inicialmente representada por esa figura cuidadora y del mundo interno. Según cómo se articulen y combinen los mismos y dependiendo de la continuidad y disponibilidad del cuidado, el infante irá obteniendo una base segura de la que poder separarse y a la que poder volver, lo que permitirá desarrollar su función exploratoria del mundo externo. Se podrá separar porque sabrá que su figura de cuidado seguirá disponible cuando vuelva. Esa forma inicial de relación con la figura de cuidado, cómo se siente y se ve “visto” por la figura cuidadora se desplazará al exterior y podrá condicionar sus futuras relaciones.

Así, el vínculo es una base del desarrollo. Un elemento que sostiene o dificulta esa exploración del mundo externo. Pero ese proceso puede seguir diferentes itinerarios.

Así, Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) diseñaron la situación experimental que denominaron “*situación extraña*”, a través de la cual se podía observar la respuesta de los bebés al regreso de la madre tras un tiempo de ausencia de una habitación. Ello se

hacía con la intención de diferenciar formas de relación que influyeran en cómo se relacionaba con el mundo externo, desde las formas internalizadas de relación con la figura de cuidado.

Desde esta situación experimental, se desarrolló una propuesta clasificatoria que definía tres tipos de vínculos de apego que explicaban las respuestas y estrategias relacionales de los bebés en el momento de retomar el encuentro con la madre.

Estos tres tipos de apego que describe Ainsworth (1978) son:

- 1) **Apego seguro.** Muestran suficiente seguridad para tomar distancia de la figura de apego y buscar ayuda en caso de amenaza. El encuentro tranquiliza ante la respuesta sensible por parte de la figura cuidadora y perciben de dicha figura disponibilidad emocional.
- 2) **Apego inseguro evitativo.** Experimentan la separación con mucha angustia, pero lo más característico, es que al regreso de la figura de apego muestran rechazo, control y punición.
- 3) **Apego inseguro ambivalente.** Ante la marcha de la figura cuidadora, muestran hiperactivación del afecto, excesivamente angustiados ante la falta de dicha figura. En el encuentro con la figura de apego se muestran, en ocasiones receptivos, en otras intrusivos o, incluso, inaccesibles.

Años después, se incluyó un cuarto estilo de apego que daba respuesta a todos aquellos casos que se consideraban inclasificables por las respuestas angustiosas e incomprensibles que se observaban en determinados infantes. Este estilo de apego lo denominaron “*apego desorganizado*” (Main y Solomon, 1986).

Este estilo de apego se caracteriza por un comportamiento extraño, conflictivo o disociado, tras la ausencia de la figura de apego, donde el miedo está presente en el comportamiento del infante y muestra estados afectivos caóticos y abrumadores. No pueden acudir a la figura de apego, pero tampoco separarse de la misma pues la sienten fuente de peligro, aunque de único refugio.

De esta forma, se constata cómo el vínculo es un elemento condicionante del desarrollo madurativo y que cualquier alteración o fallo en el mismo condiciona la relación con el mundo exterior y con uno mismo. Así, el vínculo tiene funciones que:

Pueden ser descritas según que cumplan un proceso o instalen una estructura; por ejemplo la función continente realiza un proceso de delimitación, protección y transformación de la experiencia psíquica originaria, contribuye a instalar la estructura del vínculo produciendo las oposiciones articuladas bueno-malo, adentro-fuera, yo-otro. (Kaës et al., 1998, p.28)

El vínculo, por tanto, tiene funciones que podrán desarrollarse, o no, según su proceso de articulación se haya dado. Se puede inferir que las mismas se verán afectadas de distinto modo según se concreten en los diferentes tipos que Ainsworth (1978) y Main y Solomon (1986) describen. Entre las posibles funciones destacamos la ya referida contención, la regulación de los afectos y ansiedades y el desarrollo de una imagen de uno mismo y del exterior equilibrada y sana (identidad).

Tal es así, que si el vínculo no se asienta en una base segura, estas funciones se verán afectadas y su expresión podrá concretarse en diferentes tipos de sufrimiento.

2. ALTERACIONES EN EL VÍNCULO Y SUS FUNCIONES

Habida cuenta de lo anteriormente expuesto, el vínculo puede sufrir alteraciones en su desarrollo. Esas dificultades pueden darse en clave de interacción, además, de las consecuencias de un mal cuidado. Pero esta perspectiva lineal, es decir un mal cuidado de los progenitores conlleva un mal vínculo y, por consiguiente, tiene consecuencias en el desarrollo del infante, no es la única posible. En este sentido, Sameroff y Chandler (1975) destacan el elemento de la mutua interacción entre la figura cuidadora y el infante diciendo que un recién nacido fácil puede ayudar a una madre insegura a desarrollar una pauta de cuidado adecuada y que, por el contrario, un recién nacido difícil e impredecible puede inclinar la balanza en el otro sentido.

De esta forma, los progenitores desde sus características pueden influir en un mal vínculo pero también el infante desde las suyas. Es por ello, que la bidireccionalidad supone un criterio fundamental para el modelo VEV. La dinámica relacional sigue el curso de un círculo en el que cada uno influye en el otro y viceversa, sucediéndose episodios que configuran una forma habitual, un patrón de relación que se fija en el espacio relacional y se introyecta en cada miembro. Ello tiene especial incidencia en el infante que está en pleno proceso de construcción de su “sí mismo”, además que una vez asentado, es el filtro desde el que se interpretan nuevas secuencias de relación. También ocurre que se dan expresiones emocionales a través de conductas que no son tolerables y a las que se responde reprimiéndolas, atacándolas o ignorándolas. Ese proceso también se repite y desestructura la función reguladora del afecto.

Estas situaciones pueden expresarse de formas muy diversas en una misma persona y ser muy distintas entre diversas personas. Clasificar esas formas de expresión o

conductas resulta casi imposible, porque cada una de ellas puede deberse a diferentes formas de articulación del vínculo y alteración de sus funciones.

En cualquier caso, puede tratar de resumirse en la idea de que existirán funciones que quedarán poco atendidas y cursarán con déficit y otras que lo serán mucho y cursarán con conflicto o exceso. La postura del modelo es que pueden darse distintas combinaciones de esas dos formas de alteración y que según sea una u otra, su atención requerirá respuestas diferenciadas.

Cabe señalar también la especial importancia del entorno y del ambiente en lo descrito hasta el momento. No se puede separar a la persona del mismo, ni entender el sentido de sus acciones sin contextualizarlo en el mismo. Incluso cuando ya no se está conviviendo en el mismo, la huella que deja está introyectada en la persona desde una forma subjetiva y única de adaptarse a las alteraciones del vínculo y sus funciones, y extrapolada a nuevos entornos donde se relacione, buscando confirmarse, seguramente de manera no intencionada.

En este sentido Linehan (2003) incluyendo la noción de mutua influencia, teoriza sobre el “ambiente invalidante”, el cual refiere como “nocivo para el niño con una alta vulnerabilidad emocional. A su vez, el individuo emocionalmente vulnerable y reactivo provoca la invalidez de un medio que de otra manera sería sustentador” (p.22). Así, esa invalidez puede concretarse en formas de relación futuras con el hijo/hija de triangulación, arbitrariedad, desbordamiento y fusión emocional que invalidan emocionalmente, a su vez, a todos los miembros del entorno o familia. Ello se traduce en respuestas de los progenitores o muy controladoras o inconsistentes que generan conductas externalizantes que tratan de controlar, logrando solo incrementarlas, al combinar el exceso o déficit en la respuesta a la conducta, con la falta de conexión con

el contenido emocional de fondo. El siguiente Figura 2 trata de ejemplificar la dinámica descrita:

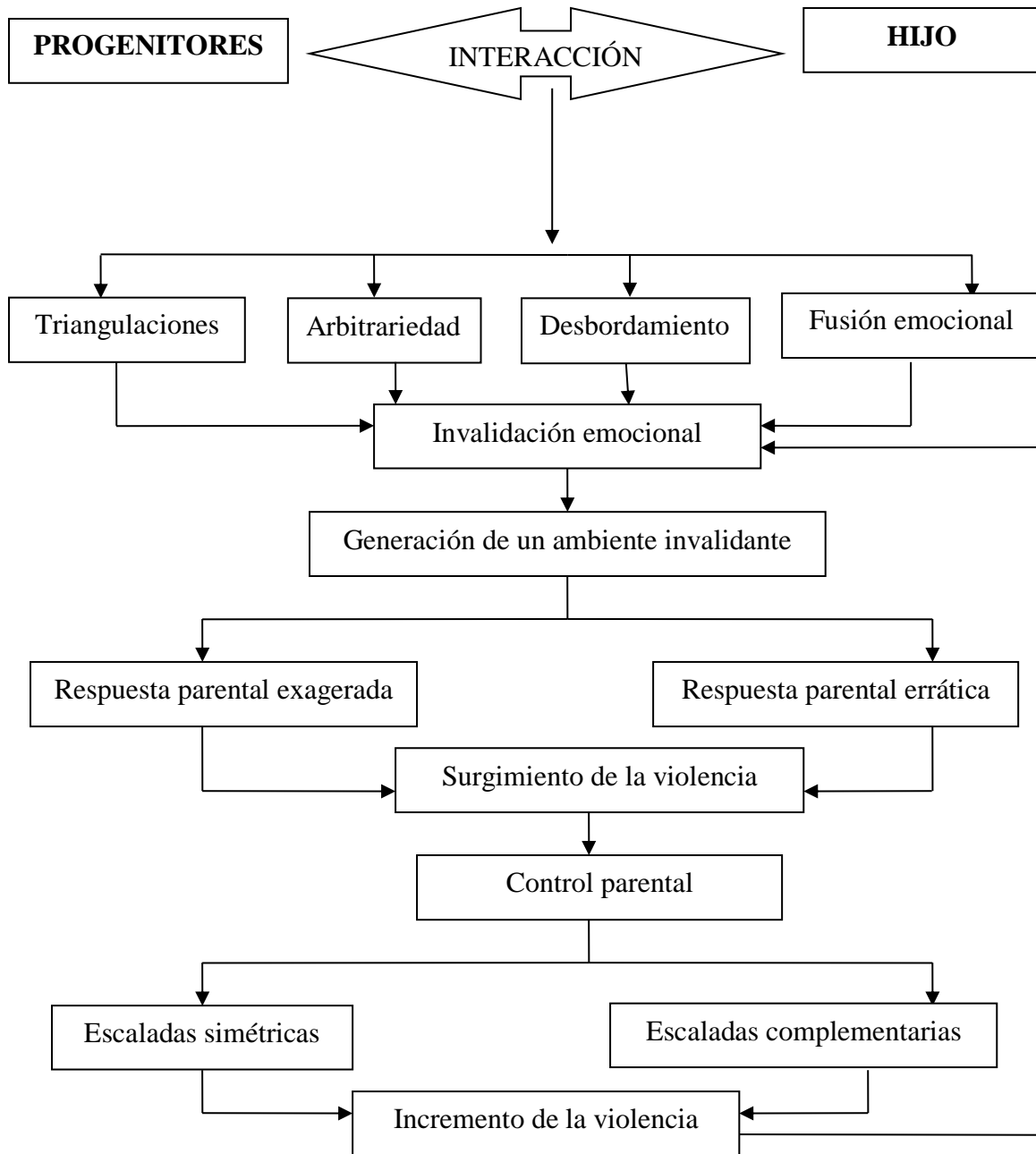


Figura 2. Ambiente invalidante. Elaboración propia.

3. EL VÍNCULO PROFESIONAL: EN Y DESDE LA RELACIÓN

Partimos pues de la importancia del vínculo en la génesis de un buen desarrollo individual, así como en el origen de distintos problemas en el mismo. Su influencia en el desarrollo de funciones estructurales de la persona, le convierte en un elemento fundamental. Y ello ocurre también en el ámbito de la intervención con adolescentes que cursan con un tipo de sufrimiento psíquico como el descrito en capítulos anteriores. Además, la disfuncionalidad del vínculo se concreta en una persona y en su microsistema.

De este modo, si el vínculo tiene funciones continentales, reguladoras y de desarrollo identitario, su aplicabilidad en la intervención parece poco discutible. El sufrimiento tiene su origen en la relación y se sostiene desde la misma, por lo que su abordaje deberá seguir los mismos parámetros.

De esta forma, el modelo entiende la relación entre profesional y adolescente en el sentido que afirma Ávila (2015) de ser:

Un marco para crecer, construir intersubjetividad, donde las multiplicidades del Self se expresan, validan su expresión, se confrontan con las posibilidades de cambio que genera la intersubjetividad del vínculo terapéutico, abierto a la improvisación y al encuentro con lo inesperado. (p.396)

La posibilidad de un encuentro significativo, entre profesional y adolescente, en un contexto de intervención residencial y convivencial, permite al mismo desplegar aquellas tramas relacionales de su pasado que quedaron, de algún modo, marcadas por experiencias, en ocasiones traumáticas, las cuales se expresan a través del síntoma que

subyace al malestar vivenciado en la relación con el adulto con quien convive, es decir, el conjunto de profesionales que acompañan su proceso.

Así mismo, se ponen de relieve aspectos transferenciales y contratransferenciales en la relación entre adolescente y profesional, de donde surge la posibilidad de evocar “experiencias emocionales correctoras” (Alexander y French, 1946) que favorezcan la transición de una forma de relacionarse y vincular de manera insegura o desorganizada a otra más organizada y segura.

En este sentido, el modelo VEV considera que la relación educativo-terapéutica emerge y se consolida en torno a la capacidad de contener la expresión desregulada del malestar vivenciado y validar, dando permiso o en un espacio seguro, el sufrimiento que subyace a dicho malestar. Esa interacción configura el “interjuego de transferencia y contratransferencia, la actividad organizativa tanto del paciente como del profesional dentro de la experiencia, las cuales conforman el campo intersubjetivo” (Orange, Atwood y Stolorow, 2012, pp.39-40) desde el cual se construye el espacio potencial de cambio tanto del adolescente como del propio profesional que acompaña el proceso, mostrando disponibilidad, apertura, confianza y seguridad en dicho cambio.

Como afirman los teóricos de la intersubjetividad, “El hacer que el campo intersubjetivo sea cada vez más seguro, permite la exploración, la indagación, el juego, y el desarrollo de una organización psicológica nueva o revisada” (Orange et al., 2012, p.71).

Ese desarrollo que se reorganiza, revisando desde un espacio relacional intersubjetivo y mutuamente influyente, es el que el modelo entiende que permite

abordar las conductas externalizantes que suponen la vía de entrada a los dispositivos de intervención residenciales.

Es por ello, que favorecer un marco de relación donde poder reconocerse a través de los ecos de las tramas relacionales anteriores facilita co-crear conjuntamente un proceso de influencia mutua desde la cual re-significar las huellas que dejaron determinadas experiencias no elaboradas o dolorosas.

Desde este planteamiento, la propuesta se orienta a abordar, simultáneamente, tanto lo intrapersonal como lo interpersonal, con el adolescente, el grupo de convivencia y la propia familia, estableciendo el foco de la intervención en las dinámicas relacionales del adolescente con sus iguales y con los adultos de referencia, profesionales y familiares, puntuando en las experiencias emocionales y afectivas, tanto del adolescente como del profesional que acompaña el proceso, las cuales subyacen a toda relación.

La relación, por tanto, ha de favorecer un contexto seguro y de disponibilidad por parte de figuras referentes y auxiliares que permita “contener” (Bion, 1962) determinadas experiencias (entendiendo la contención como la capacidad de tolerar la frustración y la angustia experimentada por parte del adolescente, devolviéndole de modo tolerable y comprensible ese contenido emocional desregulado). Y, por otro lado, favorecer un “ambiente sostenedor y facilitador” (Winnicott, 1965) que legitime la experiencia de lo reprimido o no atendido y, de esta manera, pueda integrarla en su historia vital.

En este encuentro entre profesional y adolescente, la relación no se basa en un aprendizaje transmitido, sino más bien una experiencia vivenciada de aquellas pautas relacionales configuradas en torno a vínculos de apego inseguro o desorganizado,

favoreciendo así la emergencia y el despliegue relacional y vincular del propio adolescente.

4. LA IMPORTANCIA DE LA PERSONA DEL PROFESIONAL

Habida cuenta de que la relación y el vínculo suponen el espacio de desarrollo o el “campo de juego”, el papel del profesional resulta especialmente importante. Y así, resulta que es precisamente la calidad del profesional en la relación directa con el adolescente uno de los factores claves para lograr resultados con diferentes tipos de programas de readaptación (Lipsey, 1995; 2009).

Por lo que en este tipo de proceso relacional el factor más estable y posibilitador del cambio es la figura disponible del profesional.

Por este motivo se considera que dedicar una atención especial a su figura, en tanto que se erige como foco de referencia en el plano interpersonal y relacional con el adolescente, resulta de especial relevancia a la hora de proponer una metodología de intervención basada en un modelo integrador.

En este sentido, uno de los desafíos que Dionne y Altamirano (2012) se plantean para avanzar respecto a una propuesta de intervención eficaz y respetuosa con los derechos del adolescente, es precisamente el desarrollo de las competencias de los profesionales, próximos y disponibles en la convivencia con los adolescentes.

En la misma línea, Zermatten (2009) señala que es necesario contar con la presencia de profesionales bien formados y específicamente preparados para trabajar interdisciplinariamente que reúnan las competencias específicas para un buen

acompañamiento riguroso y responsable, y considera estas competencias necesarias para comprender la realidad intra e interpersonal del adolescente con quien se relaciona. El profesional debe ser capaz de analizar las dificultades y potencialidades del adolescente, así como planificar intervenciones individualizadas, rigurosas y empáticas, que den respuesta a las necesidades del mismo, desde la lógica de la confianza en la propia capacidad del adolescente para cambiar y madurar de manera sana y saludable.

Es así que, confiar y ser confiable supone un factor fundamental. Resulta para ello fundamental resaltar la especial incidencia de las características personales de los profesionales, más que en las técnicas que implementen. No es que las herramientas no tengan su valor, sino que éste se circunscribe a la coherencia de las mismas con las características personales de quien las lleva a cabo. Lo contrario sería como afirmar que cualquier técnica, considerada válida, lo sería desde cualquier profesional con cualquier adolescente, en el seno de cualquier relación. El modelo VEV postula la relevancia de las características personales del profesional, el autoconocimiento de las mismas con sus potencialidades y límites, partiendo del supuesto de que un profesional no puede ayudar a todos los adolescentes con los que se relaciona o vaya a hacerlo. A fin de cuentas, también tienen su propia historia de desarrollo y sus posibles alteraciones en las funciones de sus vínculos primigenios. No son sobrenaturales, son humanos.

Como veremos algo más adelante, esta postura conduce al modelo a buscar dimensiones o componentes personales del profesional que le ayuden a auto-conocerse, poder ver al adolescente y comprender las dinámicas de relación que se entretendrán entre ambos en ese espacio relacional para tratar de movilizarlas al servicio del desarrollo del adolescente, pero también del propio profesional.

Sea como fuere, se pueden apuntar algunas características generales del profesional competente, que según Zermatten (2009) podrían resumirse en los siguientes puntos:

- Tener confianza en el potencial de cambio y en las posibilidades de desarrollo del adolescente.
- Buscar continuamente lo que es justo, subrayando las capacidades del adolescente y las de sus entornos sociales (compartiendo con ellos desde lo cotidiano).
- Tener conocimientos sobre el desarrollo, conocimiento de las conductas delictivas y de consumo de sustancias.
- Desarrollar habilidades específicas para intervenir con rigor, consideración y empatía.
- Ser capaz de observar y analizar las interacciones de los adolescentes, identificar sus capacidades y dificultades, así como planificar las acciones e intervenciones.

De esta forma, las competencias del profesional que acompaña el cambio se pone de relieve en dicho proceso, el cual exige una formación específica sobre el desarrollo y el comportamiento sintomático emergente en el adolescente, así como el interés por la formación continua y la capacidad de intervención multidisciplinar en múltiples contextos, ya sean institucional, social y/o familiar.

5. DEL VÍNCULO Y ALIANZA EDUCATIVO-TERAPÉUTICA.

Una de las funciones del vínculo profesional es el desarrollo y consecución de un acuerdo o alianza con el adolescente con el que se relaciona. Cabe señalar, ya desde este

momento, que el modelo entiende que el vínculo es una condición necesaria pero no suficiente para activar cambios y ese es el objetivo de la intervención.

Así, desarrollar un espacio de confianza, contenedor y regulador que permite reorganizar el desarrollo no es la finalidad última de la intervención, pero es la base segura indispensable para explorar el entorno, los cambios. Es el espacio desde el que separarse para afrontar dificultades que se encuentran fuera del mismo, sabiendo que está disponible.

Pero para poder abordar esa tarea, el vínculo debe posibilitar un intercambio confrontativo que sea vivido por el adolescente como genuino y basado en la preocupación por él, acerca de los motivos de su estancia en el dispositivo, del “para qué” está en el mismo. También debe habilitar una conexión emocional desde la que construir ese “para qué”, sin ella no sería posible hacerlo.

Esa construcción, ese encuentro constituye la alianza, la confluencia o unión para afrontar lo que de mutuo acuerdo se establece. Ello puede partir de una propuesta del profesional que sea discutida y replanteada por el adolescente pero que sirva en definitiva para obtener cambios en su sufrimiento y en las conductas externalizantes a través de las que lo expresa.

En ese momento propositivo hay que destacar la importancia de la comunicación empática: “caracterizada como colaborativa y contingente, que transmite: comprendo lo que sientes y atiendo tus necesidades” (Wallin, 2012, p.48).

Esta idea resume lo que desde el modelo VEV se entiende como “validación” y que se basa en dar permiso a aspectos de las experiencias privadas y no compartidas que

subyacen al comportamiento externalizado, y que permite sintonizar emocionalmente entre ambos protagonistas de la relación, profesional y adolescente.

Además de la comunicación empática, hay que incorporar también la colaborativa, que según Lyons-Ruth (1999), es la clave que articula la alianza terapéutica. La misma se sustenta sobre cuatro elementos centrales:

- 1) Proveer amplia gama de experiencias que explorar conjuntamente.
- 2) Reparar cuando se produce una disrupción en la relación.
- 3) Sustentar con andamiajes las capacidades incipientes del sujeto.
- 4) Estar dispuesto a enfrentarse y poner límites, admitiendo que el sujeto (adolescente) necesita “jugar” con ellos, tolerando que se protesten y discutan durante el proceso de desarrollo.

Ambos tipos de comunicación permiten construir o formular objetivos de trabajo que siendo compartidos, tienden a ser más posibles.

Otro elemento, es la capacidad del profesional de ser digno de la confianza del adolescente, de conseguir que aquello que le propone sea escuchado como algo que merece la pena, útil o válido. Ello se logra desde esa conexión emocional, desde el encaje entre la forma de proponer del profesional y la de entender del adolescente: por el lenguaje verbal y no verbal empleado, por mantenerse dentro de la zona de desarrollo próximo del adolescente, por encontrar puntos de confluencia en temas que no son el motivo de ingreso, por la claridad y sinceridad del profesional no exenta de respeto, incluso por su solidez para limitar y contener al adolescente. No se trata de ser una referencia, aunque pueda serlo, sino ser confiable en sus intenciones y en sus capacidades. Es necesario que el adolescente se sienta comprendido y respetado: “no

puedo confiar en que alguien me ayude si no entiende lo que me pasa y no sé qué hacer con ello”. Una muestra de esa capacidad pasa por formular el problema del adolescente de una forma que le sea comprensible y que acepte como tal, darle alternativas realistas de qué hacer con ello y negociar plazos de prueba, mostrando disponibilidad ante las más que posibles dificultades que vayan a surgir.

Por tanto, un vínculo de apego seguro, además de validar la experiencia emocional y afectiva vivenciada por el otro, debe de demostrar la capacidad de contener el malestar sentido. Dicha contención responde a la definición de Bion (1962) que hace referencia al ofrecimiento del apoyo continente por parte de una figura significativa cuidadora, para “hacerse cargo de la experiencia emocional intolerable” y la capacidad de la misma para devolverla de modo que se pueda integrar en la experiencia de quien la experimenta.

Desde el modelo, construir un vínculo que sostenga y valide, nos posibilita el diseño de una intervención planificada en el marco de un entorno convivencial que favorezca la expresión, por parte de los adolescentes, de los ecos de aquellas experiencias invalidadas y contenidos emocionales descalificados o desconfirmados en etapas tempranas del desarrollo, para depositarlos en la propia relación que establece con el profesional que acompaña su proceso. Favoreciendo así “experiencias emocionales correctoras” (Alexander y French, 1946) que permitan al adolescente integrar experiencias que hasta entonces no tuvieron el permiso de expresar en ambientes tempranos invalidantes. “Para ello se requiere la participación mutua de un sujeto y otro como espejo, quienes se significan en la resonancia emocional, que testimonia el vínculo, reflejo, idealizador, identificador y diferenciador” (Ávila, 2013, p.8).

6. EL ENCUADRE INTERNO Y EXTERNO

Todo lo expuesto hasta ahora pasa por un abordaje en metacontextos convivenciales, coercitivos y de control, como son los centros residenciales de protección de menores con problemas de conducta y los de justicia juvenil. Ello exige organizar desde el momento del ingreso del adolescente, una serie de variables que favorezcan la estructura de un encuadre, tanto externo y ambiental, como interno e intersubjetivo que promueva en el adolescente aspectos intra e interpersonales de adaptación, tanto al entorno como a la relación de ayuda que se le ofrece.

Es este mismo encuadre el que va a configurar el escenario de intervención, determinando así el proceso educativo psicoterapéutico y social del adolescente durante su tiempo de ingreso en el centro.

En relación al encuadre externo, el modelo se refiere al diseño de un marco espacio temporal que organice y ayude a situarse al adolescente en una rutina de lo cotidiano, y que guarda relación con las características propias de un encuadre terapéutico tradicional, salvando las diferencias que ofrece una intervención de orden convivencial, pero que estructura tanto la organización del día, como las normas que rigen la convivencia.

En este sentido, el encuadre externo que organiza el centro residencial, va a promover la emergencia de determinadas dificultades de adaptación del adolescente a la dinámica del centro. Dicho de otro modo, va a suscitar la objetivación del síntoma. Es por esto que resulta especialmente relevante, enfatizando sobre todo en los primeros momentos de la estancia en el dispositivo, observar las respuestas afectivo-emocionales que provocan en los adolescentes la adaptación a la nueva realidad convivencial, así

como las estrategias de las que se sirven para tal adaptación, ya sean regresivas o progresivas.

En este momento inicial de ingreso y adaptación a la nueva realidad residencial, se propone un encuadre externo rígido, bien definido, que invite al adolescente a asimilar e integrar la nueva normativa.

La objetivación del síntoma, responde al motivo de ingreso, desde donde ayudar al adolescente a construir una demanda propia, más allá de la demanda institucional, que invite a proponer objetivos dirigidos al abordaje de sus dificultades, al aprovechamiento y potencialidad de sus capacidades, así como a promover procesos madurativos saludables. Este es un aspecto muy relacionado con el apartado de la alianza, expuesto en párrafos anteriores.

No obstante, Coderch y Codosero (2015) afirman que en:

El interior del encuadre externo se va desplegando, progresivamente, el encuadre interno, la relación intensa pero inefable que van construyendo se lo propongan intencionalmente o no, analista y paciente, pero de ninguna manera pensamos que uno y otro encuadre sean independientes entre sí, antes, al contrario. (p.368)

Es por ello que transversalmente al proceso de adaptación del adolescente a un encuadre externo, definido y articulado, se pone el énfasis en acompañar dicho proceso mediante la vinculación a determinados profesionales que contienen las dificultades y sostienen las capacidades incipientes del propio adolescente.

Este proceso de establecimiento de relación y construcción de un vínculo que vehiculice el proceso de adaptación, se configura en torno a lo que denominamos el

encuadre interno o relacional, el cual da forma al tránsito de la objetivación del síntoma a la subjetivación del mismo, desde el espacio intersubjetivo que constituye la relación de ayuda. Dicha relación se define por la confianza y seguridad de que, ese otro que acompaña al adolescente, es capaz de hacerse cargo del malestar emergente en el mismo.

Cuando se habla de la subjetivación del síntoma, se considera el tránsito que realiza el propio adolescente entre ser capaz de observarse a sí mismo en sus dificultades, a explorar el contenido tanto afectivo como emocional que subyace a dicho malestar “constituido por aquellos elementos psíquicos que nunca han podido llegar a ser plenas experiencias por no haber sido ni tan solo reconocidos por el entorno y, por tanto, no recibieron ninguna respuesta, ni positiva ni negativa” (Orange et al., 2012, p.17).

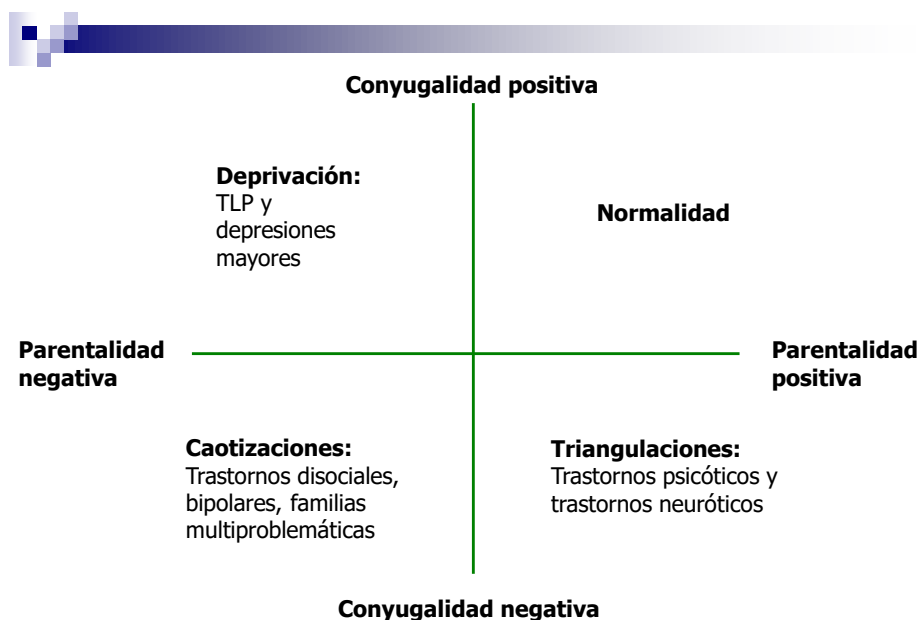
En momentos avanzados del proceso madurativo del adolescente durante su periodo de ingreso, cuando comienza a ser capaz de subjetivar, explorar y analizar el contenido desregulado e invalidado que se encuentra inmerso tras la expresión del síntoma, se propone la flexibilidad del encuadre externo. Una flexibilidad que responde a la negociación conjunta entre adolescente y el profesional de referencia, correlato de la alianza.

7. DE LA CAUSALIDAD LINEAL A LA CIRCULARIDAD

Como ya se señalaba al comienzo del capítulo, el modelo VEV se basa también en otros modelos explicativos circulares que revelan las relaciones en torno a la mutualidad y la bidireccionalidad de la influencia recíproca de las personas implicadas en el espacio interactivo e intersubjetivo.

Uno de esos modelos lo encontramos en la evolución de la teoría del apego de Bowlby, quien progresivamente se distancia de posturas psicoanalíticas tradicionales, fundamentadas en la pulsión como centro de la motivación humana, hacia posturas que resaltan la importancia de las relaciones y el vínculo, y cómo tanto el desarrollo de su pensamiento como el de los contemporáneos de la teoría del apego, aportan nuevas implicaciones de la misma desde revisiones interpersonales que implican la interacción recíproca en la construcción del vínculo de apego.

Pero esta evolución no es fácil ni compartida por todos. Linares (1996), desde una perspectiva sistémica, introduce una revisión relacional de la psicopatología humana. Dicho autor refiere que “las combinaciones de la conyugalidad y la parentalidad suministran un marco para organizar metáforas de corte relacional en el diagnóstico de la psicopatología humana” (Linares, 1996, p.111).



Fuente: Linares (1996)

Figura 3. Causalidad circular. Esquema recuperado de Linares (1996)

Como puede observarse en la Figura 3, el autor establece una secuencia según la cual se combinen las características de los progenitores en su ser pareja o conyugalidad y ser padres o parentalidad, se dan dinámicas en la relación con los hijos, que fruto de su interacción, acaban causando un tipo de psicopatología. Su aportación aun siendo muy interesante, conlleva un papel del hijo/hija que no se corresponde al que por ejemplo otorgaban Samernoff y Chandler (1975) o Linehan (2003), con cuya propuesta el modelo VEV está más de acuerdo, es decir, la influencia de las características de los hijos/hijas como origen de esa dinámica.

De esta forma, observamos la complejidad de pensar desde la circularidad, incluso desde una revisión sistémica, donde aun introduciendo lo relacional podemos deslizarnos hacia una causalidad lineal que otorga la responsabilidad paterna, desobjetivando el papel del hijo/hija en la relación.

En este sentido, Sluzki (2009), autor también de perspectiva sistémica, introduce un concepto que el modelo VEV considera de especial relevancia en torno a la comprensión del comportamiento desregulado o disfuncional, y que denomina “calibrado recíproco” en la relación. Dicho autor plantea rehuir de puntuar la interacción en uno u otro polo (padre-madre-hijo-hija) para comprender las dinámicas interaccionales en términos de calibrado o “encaje” entre los atributos de los partícipes de la interacción.

Para Sluzki (2009), la dificultad relacional entre progenitor e infante, guarda relación con: “las diversas combinaciones de estilo y circunstancias de los miembros del sistema” (p.20), puntuando así, no solo un polo de la relación, sino la relación y el calibrado de la misma que entre los partícipes se construye, entendiendo así el campo interaccional como un sistema de influencia mutua y recíproca.

Desde la teoría de la intersubjetividad, se plantea que “el desarrollo de sentido de realidad del niño se produce, principalmente, a través de la sintonía emocional validante por parte del entorno, una sintonía suministrada a través de un completo espectro de experiencias afectivamente intensas, positivas y negativas” (Stolorow y Atwood, 2004, p.64), favoreciendo así un campo interaccional que se hace eco de las experiencias y actúa como espejo entre todos los miembros del sistema.

Ya previamente, Winnicott (1960) hablaba de la necesidad de provisión de “*un ambiente suficientemente bueno*”, el cual hace referencia tanto a las capacidades del cuidador para adaptarse a las necesidades del bebé, como el impulso del bebé para adaptarse a los requerimientos del entorno.

Así, el modelo VEV coincide con este planteamiento que describe el papel de entorno en su conjunto como escenario de interacciones circulares entre todos los miembros, desde donde emergen y consolidan procesos de cambio en el propio adolescente, pero también en los profesionales que acompañan dicho proceso.

Es por ello que se considera el marco educativo- psicoterapéutico donde se construye el espacio intersubjetivo, como el espacio desde donde planificar y acompañar procesos de cambio madurativos, comprendido como: “la relación terapéutica que se establece entre el terapeuta, el paciente, su familia y su propio sistema de referencia...un espacio de interacciones” (Abeijon, 2013, p.63). En el cual van a intervenir dinámicas circulares entre los propios profesionales, entre el grupo de convivencia que conforman los adolescentes, así como entre profesionales y adolescentes.

8. EL VÍNCULO EN UNA PERSPECTIVA CIRCULAR

Partiendo de la perspectiva circular, el vínculo se traduce en una relación educativo-terapéutica de “mutua influencia bidireccional”. No obstante, teniendo en cuenta el contexto y la demanda institucional, sigue siendo o debe ser asimétrica, ya que las dos partes que conforman tal espacio no comparten las mismas funciones. La responsabilidad del profesional debe tener en consideración que su función guarda relación con la disposición suficiente como para posibilitar el despliegue de aquellos contenidos emocionales que subyacen al síntoma para recogerlos, contenerlos, devolverlos de manera que puedan tolerarse e incorporarlos en la experiencia, así como validar el contenido emocional no compartido, aspectos fundamentales en relación a la movilización del cambio. Y esa responsabilidad no es recíproca desde el adolescente hacia el profesional.

Un concepto de especial relevancia en torno al vínculo que se establece entre profesional y adolescente, es el *contacto empático inmediato* de Trevarthen (1993) el cual hace referencia al reflejo bidireccional de las motivaciones y los comportamientos del interlocutor.

Esta definición guardaría cierta similitud con procesos reflexivos y *mentalizadores* (Bateman y Fonagy, 2016), donde el sujeto es capaz de entender el comportamiento del otro en términos de deseos, anhelos, afectos y pensamientos como algo similar y diferenciado de lo que pueda subyacer a su propio comportamiento, como decían Bateman y Fonagy (2016): “vernos a nosotros mismos desde el exterior y a los otros desde el interior” (p.30). De esta forma, en la perspectiva circular del vínculo, el profesional ofrece una mirada desde el exterior hacia el interior del adolescente para que éste la incorpore de manera que pueda acabar pudiendo hacerlo él mismo, es decir,

verse desde el exterior, desde la mirada de otro que complementa la suya propia. También ofrece su vuelta, es decir, propone al adolescente espacios donde activar su mirada hacia el interior del profesional como campo experimental o de aprendizaje de dicho proceso, más allá de los contenidos que sirvan para tal entrenamiento.

Esta capacidad, es precisamente un aspecto a considerar de cara a diseñar una intervención que responda a las dificultades relacionales de los adolescentes y favorecer procesos madurativos saludables en el mismo.

Es importante tener en consideración que el vínculo que establecemos, no pretende sustituir a los vínculos de apego primarios ni vínculos externos importantes, sino que pretende el ofrecimiento de un lugar donde poder expresar y vivenciar determinadas experiencias invalidadas hasta el momento, de tal manera que puedan comprender lo que subyace al malestar y aprendan a gestionarlo, desde la activación de procesos reflexivos-mentalizadores que impliquen la capacidad de empatizar, tanto con sus propios sentimientos, como con los de los demás.

Otro aspecto relevante en la definición de este vínculo educativo-terapéutico desde una visión circular, es precisamente la “*matriz interactiva*” (Greenberg, 1995), la cual hace referencia al encuadre y el espacio relacional co-creado conjuntamente en el cual cobran significados las experiencias compartidas. Esta “*matriz interactiva*” debe ser la que oriente el enfoque y el diseño de la intervención desde una perspectiva relacional.

Al respecto, desde este planteamiento, se considera especialmente relevante la necesidad de construir un discurso compartido e inclusivo, que permita al adolescente depositar aquellas experiencias que en un entorno temprano se excluyeron.

Teóricos de la intersubjetividad como Stolorow y Atwood (2004) hablan de la “*investigación empático-introspectiva*” desde donde comprender los principios organizacionales inconscientes que regulan y estructuran la experiencia del adolescente y aquellos que organizan la experiencia del profesional, así como el juego relacional e interpersonal entre ambos protagonistas. Dicho planteamiento invita a reflexionar sobre la implicación de ambas subjetividades en el interjuego construido, así como la influencia recíproca entre ambas, desde donde co-contruir procesos madurativos de cambio, crecimiento y desarrollo del adolescente.

Esta descripción del vínculo educativo-terapéutico pretende posibilitar el andamiaje de las capacidades incipientes en el adolescente desde la influencia recíproca de ambos partícipes en el proceso de cambio.

9. APORTACIONES DESDE EL MODELO VEV

Bowlby (1985) considera que la labor terapéutica:

Consiste en propiciar que el paciente desarrolle pensamientos que sus padres le han prohibido o disuadido de pensar, que experimente sentimientos que sus padres le han prohibido o disuadido experimentar, y que sopesa acciones que sus padres le han prohibido contemplar” (p.198).

Desde el modelo VEV, se comprende la labor educativo-terapéutica del profesional que acompaña el proceso, como un espacio relacional donde poder ser y descubrirse en aquellos contenidos emocionales que resultaron invalidados en etapas tempranas del desarrollo y que subyacen a la expresión de determinada sintomatología.

Para ello, el modelo se basa en tres conceptos fundamentales:

- 1) La **circularidad interna**, compuesta por factores o dimensiones personales internas de cada sujeto que forma parte de la relación o del vínculo;
- 2) la **circularidad externa**, que se articula desde la relación entre los factores personales de cada sujeto que forma parte de la relación y los factores personales del otro; y
- 3) la **circularidad externa como dinámica sistémica** que se fundamenta en las dinámicas externas a los sujetos y sus diferentes formas.

9.1. Los componentes personales y la circularidad interna.

Al resaltar la importancia de las características personales el modelo VEV parte de la selección de una serie de componentes que puedan servir para disponer de un mínimo autoconocimiento, así como para permitir ver en uno mismo, los factores que influyen en la configuración de un vínculo. Para ello, los criterios de búsqueda y de elección fueron que dichos componentes no fueran patológicos, que tuvieran un carácter endógeno que pudiera reflejar rasgos de temperamento o uno exógeno primigenio, es decir, que fueran el resultado de las primeras relaciones vinculares y que reflejaran procesos psíquicos internos y relacionales: no contenidos. Por otra parte, dichos componentes, deben ser los mismos para la figura del profesional que para el adolescente y su utilidad se circunscribe al vínculo, no a los objetivos de la intervención.

Para ello, el modelo se basa en el modelo general de factores de Hayez (2004) que distingue entre predisposiciones intrapsíquicas de origen externo (PIEX), las

predisposiciones intrapsíquicas de origen endógeno (PIEND) y la predisposición resultante (PR).

Así, las PIEX serían las ideas, afectos y organización del funcionamiento del psiquismo que se da fruto de la decodificación, más o menos correcta, que se hace de los mensajes percibidos desde el mundo exterior. Ello pasa por un filtro que no impide que estímulos pasen y se interioricen. Hayez (2004) dice que:

Es la huella del otro en nosotros, la voz y los estilos del otro acumulados en el trascurso de nuestra historia de vida y que continuamos captando de nuestro entorno presente, con sus aportaciones que se refuerzan y otras se contradicen, con sus ideas y modas dominantes, produciendo contradicciones, conflictos intrapsíquicos y represiones parciales”. (p.66)

Entre las principales PIEX se encuentran las ideas inducidas que contribuyen a una primera elaboración de una “imagen del yo”, del “yo ideal” y de la “imagen de otros”.

Por otro lado, las PIEND se corresponden con otra parte de lo que pensamos, sentimos y experimentamos y con la forma en que se organiza el psiquismo y que resulta del despliegue progresivo de un capital endógeno. En palabras de Hayez (2004): “este despliegue fenotípico expresa la buena o mala salud y los matices genéticos de las semillas que se han reunido. Tiene lugar en función de “una fuerza interna” que, desde el alba de los tiempos, sopla en las semillas individuales” (p.67). Entre las PIEND principales están la inteligencia y la concreción de un temperamento base.

Por último, la PR es el fruto de la interacción entre las dos anteriores. De hecho, ambas se influyen mutuamente y resultan en esta predisposición dominante y lentamente cambiante que funciona para pensar el mundo, para funcionar en él y para

experimentar afectos más o menos intensos. No obstante, según el Hayez (2004): “su existencia comporta, pues, que en el seno de la PR haya unas zonas conscientes y otras inconscientes” (p.70).

De esta forma, el modelo VEV apuesta por componentes que responden a esta dinámica interna de relación con el exterior. Estos factores pueden corresponderse por las tendencias descritas. En virtud de ello, se enumeran a continuación, señalando con qué predisposición se corresponden:

- estilos relacionales o educativos (PIEX),
- estilos y conductas de apego (PIEX),
- las emociones (PIEND),
- los roles recíprocos (PIEX),y
- la capacidad de mentalización o función reflexiva (PR).

La combinación de esos componentes y la PR propia y subjetiva cobra una forma concreta en cada individuo, que le da singularidad e idiosincrasia y que se corresponde con lo que denominamos circularidad interna. La postura del modelo es que el profesional tiene que reconocerse y ubicarse en cada una de ellas para conocerse mejor en sus relaciones con los adolescentes, así como para describir las interacciones con los mismos, desde sus propios componentes.

En este sentido, para acercarnos a los **estilos relacionales** partimos de Baumrind (1966), quien define una serie de estilos relacionales educativos parentales que, desde nuestra comprensión, se relacionan estrechamente con los estilos de apego. Estos estilos educativos se corresponden con:

- 1) **Democrático.** Cuyo rasgo de conducta parental se define por la comunicación afectiva y la sensibilidad hacia las necesidades del niño, niña y adolescente a la vez que aplica una disciplina inductiva y razonada, promoviendo el intercambio y la comunicación abierta.
- 2) **Permisivo.** Responden adecuadamente a las necesidades del niño, niña y adolescente, no obstante, muestran cierta indiferencia por el comportamiento expresado del mismo, ni el positivo ni el negativo. Muestran flexibilidad en el establecimiento de las normas y no definen límites claros y respuestas ante el incumplimiento, evitando y desconfirmando así la propia autoridad.
- 3) **Autoritario.** Caracterizado por la aplicación de un control rígido y minucioso, confirmando así el poder sin sintonizar con el afecto del niño, niña y adolescente y denotando un entorno autocrático. Tienen una capacidad comunicativa empobrecida y limitada, así como dificultades de empatía.
- 4) **Negligente.** En el que tanto el control, como la comunicación y la empatía se ven muy dañados y comprometidos.

De esta forma, resumiendo, los estilos relacionales resultan de la combinación de la capacidad de control, de sintonía emocional y capacidad de comunicación.

En cuanto a **los estilos de apego** el modelo se basa en Bartholomew (1990) y posteriormente Bartholomew y Horowitz (1991), que relacionaron los modelos representacionales internos construidos en base a la imagen que tiene uno de sí mismo en comparación con la imagen que tiene de los demás, con los tipos de apego que proponen Ainsworth et al. (1978) resultando cuatro estilos de apego que se corresponden con:

- 1) **Seguro.** Aquellos que tienen una imagen positiva y confiable de sí mismo, así como una visión positiva y confiable de los demás. Se muestra cómodo con la intimidad y la autonomía, además de saber buscar ayuda cuando lo necesita
- 2) **Evitativo.** Estilo caracterizado por tener una imagen positiva y confiable de sí mismo, aunque tiene una visión de los demás como cuestionable, negativa o desconfiada. Niega el apego y se muestra contra-dependiente
- 3) **Preocupado.** Tienen una visión dudosa, cuestionable e insegura de sí mismo, delegando la confianza y depositando la imagen positiva en los demás. Se muestra demasiado dependiente y ambivalente.
- 4) **Temeroso.** Aquellos con serias dificultades para confiar en los demás, representándolos como agentes hostiles y peligrosos, así como adquirir cierto sentimiento de inseguridad en la confianza que depositan en la imagen que tienen de sí mismos. Tienen miedo al apego.

En el caso de los estilos de apego, éstos resultan de la combinación de los modelos representacionales o imágenes de uno mismo y de los demás, traducándose en formas concretas de relación con uno mismo y con los demás.

En este sentido, queremos subrayar que dentro de la modalidad de psicoterapia de apoyo que postulamos con nuestra propuesta de vinculación emocional validante partimos de que las dinámicas familiares se componen de los estilos de crianza de los padres y de sus estilos de apego adulto por un lado y de la percepción de dichos estilos por parte de los hijos e hijas y de sus propios estilos de apego. (Estalayo et al., 2009, p.115)

Así, dentro de un primer nivel de PR, también se puede dar cierta conexión entre los estilos relacionales y los estilos de apego, dentro de la circularidad interna de cada

sujeto. En cierto sentido, el modelo entiende que según cómo sea la imagen de uno mismo y de los demás, ello puede conllevar un estilo concreto de relación. Este paralelismo se expone en el siguiente cuadro, en el que la primera columna enumera los estilos relacionales expuestos y la segunda hace lo propio con los estilos de apego. A su vez, cada fila permite visualizar esa posible correspondencia entre ambos componentes, tratándose de una posible tendencia mayoritaria, no como una máxima aplicable a todas las personas y supuestos relacionales.

Tabla 1

Correlación entre estilos relacionales y tipos de apego

Estilos relacionales educativos (Baumrind, 1966)	Tipo de vínculos de apego (Bartholomew y Horowitz, 1991)
Democrático: control alto, afecto y comunicación alto.	Seguro: cómodo con la intimidad y la autonomía; buena imagen de los demás y de sí mismo.
Autoritario: control alto, afecto y comunicación bajo.	Resistente: negación del apego, contra-dependiente; mala imagen de los demás, alta de uno mismo
Permisivo: control bajo, afecto y comunicación alto.	Preocupado: ambivalente, demasiado dependiente; buena imagen de los demás, baja de uno mismo
Negligente: control bajo, afecto y comunicación bajo.	Temeroso: miedo al apego, evitativo; mala imagen de los demás y de sí mismo.

Nota. Recuperado de Estalayo et al. (2009)

De esta forma, se considera fundamental atender a la experiencia de vinculación de apego de cada adolescente, en relación al establecimiento de la relación que se propone con el profesional, porque puede facilitar la comprensión de qué profesionales van a tener mayor o adolescente dificultad en vincular con adolescentes con determinadas historias de vinculación.

En relación al *contenido emocional*, referimos a autores como Damasio (1995), quien hace referencia a la clasificación entre emociones primarias y secundarias, y

sentimientos, diferenciando así mismo los sentimientos de emociones básicas, sentimientos de emociones sutiles y sentimientos de fondo.

Para Damasio (1995), la diferencia entre emociones primarias y secundarias guarda relación con la estimulación neuronal de la misma, según se active por un estímulo externo competente (como por ejemplo ver a una persona que va a agredirme y emerge el miedo que me prepara para la acción) o se active sin un estímulo externo competente o un acontecimiento no vivido directamente (como por ejemplo que me den la noticia de un nuevo puesto de responsabilidad con una mejora laboral sustancial que active el proceso emocional de la alegría).

Respecto a los sentimientos Damasio (1995) hace la distinción entre aquellos que guardan relación con los estados emocionales básicos (alegría, tristeza, ira, sorpresa, miedo y asco), y los que se activan por estados emocionales más sutiles (vergüenza, culpa), así como los sentimientos de fondo: “aquellos que se originan en estados corporales de fondo y no en estados emocionales... correspondiente al estado corporal predominante entre emociones” (Damasio, 1995, p.213).

Otro autor que desarrolla su teoría en torno a las emociones es Greenberg (2000), quién quizás hace una revisión más funcional de cara a la intervención con población adolescente proveniente de entornos invalidantes de la experiencia afectiva-emocional.

Según Greenberg (2000) la clasificación de las emociones, aunque guarda relación nominal con Damasio (1995), se diferenciaría conceptualmente. No obstante, ambos autores comparten la función autoregulatoria y proactiva de los mecanismos emocionales. Dichos autores proponen la diferenciación entre emociones primarias

adaptativas, emociones primarias desadaptativas, emociones secundarias y emociones instrumentales.

Las emociones primarias adaptativas, como su nombre indica, cumplen la función de: “conectar nuestra naturaleza biológica con el mundo en el que está inmersa” (Greenberg, 2000, p.33). Por otro lado, las emociones primarias desadaptativas son predominantemente disfuncionales, no respondiendo adaptativamente al estímulo que las evoca (por ejemplo experimentar miedo ante el logro), “por lo general se basan en historias de aprendizaje patológico de extremo descuido, abuso, o invalidación que dan como resultado la formación de esquemas emocionales centrales desadaptativos” (Greenberg, 2000, p.69).

En relación a las emociones secundarias, se comprenden como una respuesta a una emoción primaria comparada con un ideal moral (“una capa protectora” de la identidad que enmascara la emoción primaria):

Lo que se expresa como una emoción, incluye la reacción de la persona con dicha emoción y como la persona se relaciona con ella...cuando las personas sienten que no aceptan una emoción, o se sienten amenazados por ella, lo que experimentan no es la emoción en sí misma, sino la consecuencia de no poder experimentar dicha emoción” (Greenberg, 2000, p.71)

Como por ejemplo sentimientos de rabia, miedo y vergüenza ante una experiencia emocional determinada.

Respecto a las emociones instrumentales son aquellas de las que se sirve la persona, manipulándolas dado el efecto que producen en los demás. Un ejemplo lo podemos

observar en casos de adolescentes que instrumentalizan la ira y, por tanto, la agresividad comportamental que acompaña a la emoción para conseguir determinados objetivos.

Desde la propuesta metodológica del modelo VEV se entiende que los adolescentes con quienes nos relacionamos encuentran serias dificultades en “darse el permiso” de experimentar determinadas emociones. Bien porque fueron invalidadas en sistemas tempranos del desarrollo por descalificación de la experiencia emocional (“llorar es de nenazas”), o por la desconfirmación y falta de respuesta que evoque el reflejo de lo experimentado (“nadie responde ante el llanto y sufrimiento vividos”), lo que produjo directamente la invalidación de dicha experiencia emocional y el surgimiento de respuestas alternativas desadaptativas y disfuncionales.

De esta forma, el modelo VEV postula que la manera en que se combinen estas emociones primarias dentro de un sujeto, según se puedan identificar y expresar adaptativamente (regulada), identificar pero expresar inadecuada o instrumentalmente (desreguladas) o no se puedan identificar, ni manejar (invalidadas), será la PR de esta dimensión. Es imposible realizar una clasificación al respecto, máxime si entendemos que las emociones invalidadas pueden quedar inaccesibles al manejo consciente y no unirse al estímulo competente externo, y expresarse como emociones primarias desadaptativas.

Este componente emocional también existe en la figura del profesional y debe atenderlo especialmente, sobre todo partiendo del principio de que uno no puede, ver, soportar o validar en otro, lo que no puede en o consigo mismo. Supone un contenido a desarrollar y hacer consciente, y en muchas ocasiones una labor de equipo o de supervisión.

Todo lo anteriormente expuesto daría lugar a la expresión de **conductas de apego**, ya sean coercitivas o evitativas, que buscan la atracción o el rechazo por parte del adolescente del otro quien le acompaña.

Se trata de adolescentes que encuentran dificultades relacionales para tomar distancia de los objetos de apego o no saben cómo favorecer la cercanía del mismo de manera adaptativa (provocando emociones desreguladas o desadaptadas en el espacio relacional para promover respuestas en el otro).

Otro aspecto que consideramos de especial relevancia es la **función reflexiva** o capacidad de mentalización del adolescente y las formas pre-mentalizadoras que gobiernan su comportamiento ante experiencias de angustia que, por definición, circunscriben su respuesta al entorno inmediato donde se desenvuelven.

Fonagy (2016) comprende la mentalización como:

La toma de conciencia de los estados mentales presentes en uno mismo o en otras personas... el cual supone, fundamentalmente, la capacidad de ver que los estados mentales organizan y aportan coherencia a nuestra propia conducta, así como permitirnos diferenciarnos psicológicamente de los demás. (p.28)

En este sentido, especialmente en adolescentes transgresores, la mentalización guarda una relación estrecha con el sentimiento de empatía que pueda experimentar respecto a la víctima de sus actos. Por este motivo se considera especialmente relevante el abordaje de los procesos mentalizadores.

Dicho autor, también afirma que todos experimentamos lapsus de mentalización, pero consideramos que en población adolescente, estos “lapsus” se dan con más

frecuencia, incluso puede que rigen su comportamiento disfuncional relacional en determinadas ocasiones donde el estrés y la ansiedad dirigen su respuesta al entorno.

Para un correcto abordaje de los procesos reflexivos en los adolescentes, se deben evaluar las distintas formas de mentalizar (Bateman y Fonagy, 2016, pp.34-43), a saber:

- 1) **Mentalización controlada versus automática.** Nos referimos a la diferencia entre adolescentes con mayor capacidad de procesamiento rápido y reflejo y mayor sensibilidad a las señales no verbales, frente a aquellos que su capacidad reflexiva es lenta y serial, que precisa cierto esfuerzo y atención por parte del adolescente.
- 2) **Mentalización sobre los demás versus sobre uno mismo.** Hace referencia a adolescentes que son más susceptibles de contagio emocional, ciertamente precisos a la lectura de lo que sucede en el otro, pero con dificultades en comprender su mundo interior, frente a adolescentes que hipermentalizan su propio estado pero muestran limitaciones para comprender los estados ajenos.
- 3) **Mentalización de estados internos versus estados externos.** Guarda relación con adolescentes que tienen cierta capacidad para formular su comportamiento en términos de estados internos frente a otros que tienden a hacer juicios basándose en percepciones externas.
- 4) **Mentalización cognitiva versus afectiva.** La cual señala las diferencias entre adolescentes con una capacidad limitada de empatía, excesivamente racionales, frente a adolescentes hipersensibles a señales emocionales, susceptibles al contagio emocional y frágil frente al desbordamiento afectivo en situaciones angustiosas.

Además de evaluar las formas mentalizadoras predominantes en el adolescente, se debe contemplar también ciertas tendencias regresivas pre-reflexivas, o formas pre-mentalizadoras en términos de Bateman y Fonagy (2016), las cuales responden a lo que él denomina:

- 1) **Modo de equivalencia psíquica.** Durante el cual el adolescente no discierne la separación mente-mundo, produciéndose así un isomorfismo entre la realidad mental y la realidad exterior, mostrando así intolerancia hacia alternativas externas dada su incapacidad para ver otras perspectivas. Un mecanismo defensivo propio de este modo respondería a la identificación proyectiva del malestar experimentado por el adolescente en el otro que le acompaña.
- 2) **Modo de simulación.** En el que el adolescente se ve inmerso en una disociación entre la vivencia real y la experiencia mental. Incapaz de articular pensamientos, desbordados por lo afectivo, los cuales se caracterizan por un pobre razonamiento carente de significado, hipermentalizando el afecto que inunda lo real, desposeyéndolo de sentido y abrumando la experiencia vivida.
- 3) **Modo teleológico.** Que requiere de una confirmación externa de la vivencia externa. Donde el adolescente es incapaz de comprender que el otro puede tener una experiencia similar a la suya si no hay una confirmación externa, visual, gestual o física, de la experiencia reflexiva interna.

Desde este planteamiento metodológico del modelo VEV, se comprende la necesidad de atención a dichas formas pre-reflexivas en el adolescente, dándose cuenta de que va a recurrir a ellas de manera regresiva ante experiencias ansiógenas o de angustia.

Todas ellas requieren de una respuesta determinada por parte del entorno profesional y convivencial que favorezcan la recuperación de la capacidad reflexiva por parte del

adolescente, tanto cognitiva como afectiva, interna y externa, sobre sí mismo y sobre los demás, pero teniendo presente que de manera controlada y dirigida por un profesional externo que le ayuda a acompañar la recuperación de dicha mentalización, favoreciendo así mismo procesos de andamiaje y aprendizaje de nuevas formas incipientes de capacidad reflexiva.

Nuevamente, cabe insistir en que todos tenemos lapsus de mentalización y una combinación propia o PR de los polos y estilos prementalizadores, incluidos los profesionales.

Otro aspecto que se considera especialmente relevante desde el modelo VEV, es precisamente la incorporación del concepto de “*patrón relacional*” o “*patrón de rol recíproco*” (ejemplo del cuidador-cuidado, agresor-victima, humillador-humillado y un largo etcétera de posibilidades diádicas relacionales), descritos por Ryle (1982) en su propuesta de Psicoterapia Cognitivo Analítica.

La forma en que dichos patrones se concretan en los procedimientos de roles recíprocos que según Ryle y Kerr (2006) “conllevan predecir o buscar el logro de ciertos resultados. Al buscar relaciones con el otro, uno desempeña un rol basado en la expectativa, deseo o intento de elicitación un resultado particular, a saber, su reconocimiento y reciprocidad” (p.42). De esta forma, el rol implica memoria, sentido, afecto y expectativa, que son contenidos ya incluidos también en los componentes personales descritos con anterioridad.

En este sentido, la propuesta metodológica contempla el estudio de las multiplicidades del *self*, entendiendo el *self* desde su eje social e interpersonal, conformado por las representaciones de las interacciones, denominadas “patrones de rol

recíproco”, “aprendiendo así a adoptar, actuar, pensar, o sentir de forma diferente en función de las personas o circunstanciales contextuales y temporales en las que se encuentre” (Rodríguez y Fernández, 2013, p.67).

En lo relativo a los patrones relacionales, un *self* suficientemente individuado e integrado alberga diversos patrones de rol recíproco, pues los mismos son incorporaciones de experiencias relacionales primigenias que el infante experimenta con sus cuidadores y posteriormente con adultos significativos y con sus iguales.

De esta forma, cabe abundar en que los:

Procedimientos de rol recíproco son patrones de interacción estable originados en las relaciones infantiles con los cuidadores, que determinan los patrones actuales de las relaciones con los demás y el auto-manejo. Interpretar un rol siempre requiere de otra persona, o la voz internalizada de otra, cuya reciprocación se busca o experimenta. (Ryle y Kerr, 2006, p.339)

Y se aprenden tanto por la experiencia directa relacional, como vicariamente, por la presencia de interacciones entre otros sujetos, introyectando la diada relacional que implica a los intervinientes en la interacción.

Las dificultades devienen cuando el *self* encuentra dificultades en incorporar nuevos patrones relacionales, o cuando los patrones adquiridos son ciertamente limitados, rígidos y basados en la introyección de relaciones previas poco nutritivas o maltratadoras. Ello se traduce en que es incapaz de moverse en diversas situaciones con distintas personas entre la diada introyectada del patrón relacional, siendo excesivamente influenciado por agentes externos que activan determinados patrones de rol recíproco y poseyendo una capacidad limitada al acceso de respuestas adaptativas

que respondan a los requerimientos ambientales. También conlleva que el adolescente busque poner en juego esos roles recíprocos problemáticos en las relaciones, para obtener la respuesta a los mismos que los verifique y le dé una confirmación que puede terminar asentándose en una identidad, como tal, problemática también.

Es por esto que se considera importante detectar disfunciones en el registro de los patrones relaciones o roles recíprocos introyectados, para favorecer experiencias entre el profesional y el adolescente, y entre el mismo y el grupo de iguales que conviven, ampliando así su registro, incluso que pueda experimentar la posibilidad de elegir entre distintos polos de un mismo registro relacional ante diversas situaciones interpersonales.

No se trata de eliminar los roles recíprocos ya existentes, sería tanto como pretender eliminar su historia, su sentido de continuidad, sino de propiciar relaciones desde las que introyectar nuevos patrones relacionales que le permitan tener mayor registro interno de acceso a la relación con el exterior. Huelga decir que los profesionales también tienen patrones relacionales y roles recíprocos adaptativos y desadaptativos.

El modelo VEV entiende que todo lo anteriormente expuesto son algunos de los aspectos más relevantes que se estructuran y se organizan de manera desadaptativa en el funcionamiento intrapsíquico del adolescente, por ello se planifica la intervención en torno a la identificación, regulación, y expresión de dichos aspectos, depositados en el marco de la relación que los profesionales establecen con los adolescentes, desde donde favorecer un escenario de re-significación y comprensión del malestar experimentado y la re-conceptualización de los mismos de manera que puedan servirse de la vivencia relacional para modificar aquellas funciones desadaptativas e incluir en su experiencia aquellas que fueron invalidadas.

9.2. La circularidad externa como bidireccionalidad o mútua influencia.

Desde el planteamiento del modelo VEV, se considera que los aspectos intrapersonales (patrón relacional, tipo de vínculo de apego interiorizado, función reflexiva y experiencias emocionales vividas) cobran sentido en tanto nos servimos de los mismos en la interacción con el entorno interpersonal.

Planteamos, al igual que Bronfenbrenner (1987), que “el aprendizaje y el desarrollo se facilitan con la participación de la persona en desarrollo en patrones de interacción reciproca cada vez más complejos con alguna persona con la que haya desarrollado un apego emocional” (p.81).

De esta forma, el modelo conceptualiza la circularidad externa como esa interacción desde la PR que surge de la combinación interna de los componentes personales descritos de un sujeto con la PR de otro con quien entre en relación. Así, se comienza una dinámica circular en el que la PR de una parte de la relación se convierte en parte de un entorno con el que el otro sujeto se relaciona y que descodifica desde sus PIEND, pudiendo mantener o cambiar sus PIEX, lo que puede verificar o modificar su PR. Ese juego circular es constante y mutuo. La Figura 4 pretende ilustrar dicha idea:

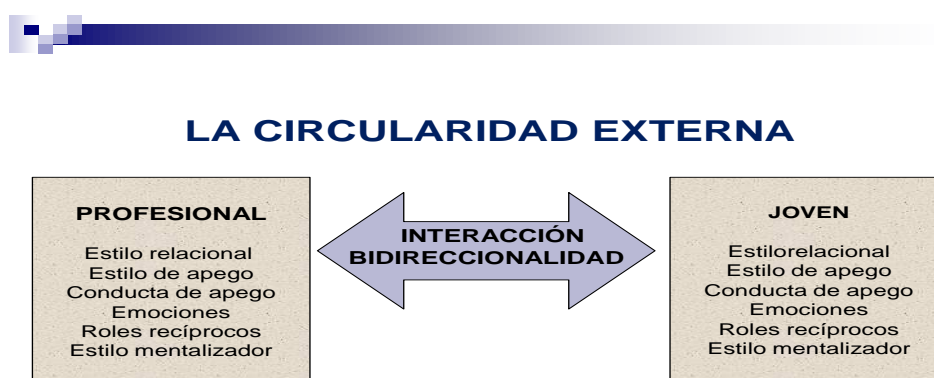


Figura 4. Dinámica de la circularidad externa. Elaboración propia.

Así, las formas de interacción con figuras de apego pueden resultar experiencias significativas que les permitan explorar nuevas alternativas relacionales, pues los estilos propios de cada plano subjetivo, también se relacionan con los de los demás y conforman transacciones significativas de aprendizaje y desarrollo interpersonal.

Desde la propuesta metodológica del modelo VEV, se considera la bidireccionalidad en la interacción como la afectación e influencia mutua tanto de expresión afectiva y temperamento como de tipo de conducta relacional (Kochanska, 2006). Dicha bidireccionalidad se concreta en los estilos cognitivos de representación interna y, posteriormente, de su experiencia relacional.

Uno de los objetivos generales del planteamiento metodológico es precisamente posibilitar un marco de relación que facilite un apego seguro desde donde explorar alternativas relacionales que permitan modificar principios operativos internos disfuncionales o limitadores en la adaptación al entorno social y familiar.

Encontramos en este sentido, cierta correlación entre nuestros propios estilos relacionales y la experiencia de vínculos primigenios que conducen la adaptación, más o menos funcional, en un entorno socio-familiar.

Cabe mencionar que esta bidireccionalidad señala la importancia de la relación diádica que generan dinámicas interpersonales sensibles, comprensibles, predecibles y contingentes, favoreciendo así un ambiente validante que permitan reconocer la experiencia, promoviendo así relaciones suficientemente seguras que susciten procesos de cambio madurativo en los adolescentes.

La propuesta metodológica del modelo VEV concede una relevancia importante a la configuración de dicho ambiente validante, de sostén y contención ante el malestar

vivenciado y la experiencia emocional privada, que responda sensiblemente a la experiencia no compartida del adolescente.

Dado que se entiende que gran parte de la patología vincular y de adaptación del adolescente deviene de ambientes que invalidaron, respondiendo erráticamente (por inadecuación en la respuesta, ya sea excesiva o inexistente) a su experiencia emocional en entornos tempranos del desarrollo, la disposición de un ambiente que valide la experiencia privada del adolescente es la estructura y el encuadre sobre la que se cimienta y desarrolla el juego relacional que determina los procesos de cambio.

Posibilitar ambientes relacionales que validen la experiencia, conteniendo el malestar vivenciado, reorganiza los “*principios organizacionales internos*” (Orange et al., 2012) que disponen su comportamiento y la introyección de experiencias posteriores.

Así, “la Psicoterapia de vinculación emocional validante procura establecer ambientes educativos validantes, en los que la figura del educador tiene, ante la gravedad de los problemas presentados, una labor de reeducación” (Estalayo et al., 2009).

9.3. La circularidad externa como dinámica sistémica.

Desde el modelo VEV, además de comprender la circularidad externa como una forma de bidireccionalidad entre sujetos que entran en relación, se considera también la circularidad existente entre los componentes personales en el espacio interactivo y transaccional de los intervinientes en la relación. Ese espacio externo a las dos partes, es el “campo de juego”, el espacio educativo-terapéutico. De esta forma, no se abordan cambios internos del otro como tal, sino que se actúan dinámicas en el seno de ese

espacio para que el adolescente las introyecte y una vez internalizadas, produzcan cambios en la circularidad interna que modificaran, a su vez, sus expresiones en ese mismo espacio. Se trata de transformar un círculo relacional problemático o vicioso en uno nutricional o virtuoso.

En este sentido, Bowlby (1973) afirmó que los modelos operativos internos, erigidos paulatinamente a lo largo de la infancia y la adolescencia, aunque llegan a ser relativamente resistentes al cambio, no dejan de ser influenciados por el entorno relacional e interpersonal.

Por tanto, los modelos operativos internos, así como los tipos de vínculo de apego que establecemos con otros, se manifiestan y se reproducen en la relación interpersonal desde los patrones relacionales e interaccionales que hemos interiorizado en etapas tempranas del desarrollo.

Si en la interacción nos colocamos en un determinado rol, inmediatamente invitamos al participante en la transacción relacional a ubicarse en el rol complementario, lo que evoca patrones de rol recíproco en el sujeto, así como representaciones y afectos vinculados a dicho rol, coherentes con el mismo, en todos los partícipes de la interacción (Bronfenbrenner, 1987).

Así, la cuestión pasa por identificar, comprender y manejar las posibles formas de interacción que se den en dicho espacio. En este sentido, teóricos de la comunicación humana hacen una aportación muy interesante de las transacciones simétricas y complementarias. Así, por ejemplo, para Watzlawick, Bavelas y Jackson (1995):

Pueden describirse como relaciones basadas en la igualdad o en la diferencia.

En el primer caso, los participantes tienden a igualar especialmente su conducta

recíproca, y así su interacción puede considerarse simétrica. Sean debilidad o fuerza, bondad o maldad, la igualdad puede mantenerse en cualquiera de esas áreas. En el segundo caso, la conducta de uno complementa la del otro, constituyendo un tipo distinto de gestalt y recibe el nombre de complementaria. Así, pues, la interacción simétrica se caracteriza por la igualdad y por la diferencia mínima, mientras que la interacción complementaria está basada en un máximo de diferencia”. (p.69)

De esta forma, la relación complementaria conlleva una posición superior o primaria y otra correspondiente inferior o secundaria. En cualquier caso, ninguna de las partes de la relación impone a la otra esta forma de relación, sino que cada una de ellas se comporta con un estilo relacional o patrón relacional que presupone el del otro, al tiempo que ofrece motivos para ello, es decir, sus definiciones de la relación encajan. Y esa es la labor del profesional, posicionarse según los componentes personales del adolescente y su momento del proceso de intervención en el tipo de interacción que posibilite los cambios, su evolución y mantenimiento.

Sea como fuere, y sin entrar a realizar juicios de valor respecto a las escaladas comunicacionales, ya sean complementarias o simétricas, el modelo VEV parte de que son el fundamento de toda relación, siendo necesarias ambas, de manera alterna, según las demandas del entorno y la interacción, pudiendo llegar a resultar seriamente disfuncional la incapacidad para intercambiar patrones relacionales de simetría o complementariedad.

Cuando el patrón relacional (rol recíproco, estilo relacional, experiencia emocional compartida) se expresa rígidamente por uno de estos dos estilos interactivos, ya sean simétricos o complementarios, lo que nos encontramos es que se derrumba finalmente la

interacción terminando por “*descalificar el Self del otro*” (en el caso de la escalada simétrica), o por “*desconfirmarlo*” (en caso de escalada complementaria) (Watzlawick et al., 1995), lo que conlleva la emergencia de determinadas dificultades relacionales expresadas en la propia sintomatología vincular.

El planteamiento del modelo VEV coincide, entonces, en que “los patrones de relación simétrica y complementaria pueden estabilizarse mutuamente, y los pasajes del uno al otro constituyen así importantes mecanismos homeostáticos... siendo lo realmente importante en esta interacción, no tanto el aspecto de contenido, sino lo relacional” (Watzlawick et al., 1995, p.105).

Por lo tanto, la circularidad se trata de un proceso de autorregulación intrapersonal en y a través de la retroalimentación interpersonal-bidireccional, que mantiene el sistema homeostático pero abierto al cambio, a través de un sistema que favorece procesos de validación y contención afectiva y emocional, como pilares de la relación de confianza básica que se establece y que acompaña los procesos madurativos y reorganizativos del adolescente.

Así para el modelo VEV el profesional interviene sobre la inestabilidad emocional del adolescente desde su propia estabilidad, la validación no parte sólo de la detección del contenido de la expresión emocional no compartida. Sino que también esta última puede crearse como una nueva narrativa en el seno de la relación del adolescente con el profesional, hacia la que desarrolla un apego seguro, habida cuenta de las características contenedoras de la misma. Dicha narrativa supone una “traducción” de los contenidos incontrolados, proyectados en la relación; dicha validación, nuevamente, parte de una disposición psíquica del profesional que resulta contenedora, para crear una narración que recoja la emoción no compartida y para expresarla adecuadamente.

10. LA TÉCNICA DESDE EL VÍNCULO

Como ya hemos afirmado anteriormente, el modelo VEV es un enfoque integrador, no solo de modelos teóricos de diversas vertientes que convergen en su aspecto relacional, sino planteada como intervención integral que permite abordar contenidos intra e interpersonales, dedicando una atención especial al trabajo individual-vincular y al relacional, tanto grupal (con el grupo de convivencia) como familiar (como sistema de origen).

Desde este enfoque se propone simultanear el trabajo individual con el relacional estableciendo el foco en las dinámicas vinculares que se dan entre el sujeto y su entorno interpersonal, social y familiar, así como los estados emocionales experimentados por el adolescente, como evocados en los diversos sujetos en interacción con el mismo.

En este sentido, el modelo desarrolla la propuesta desde sus contenidos de la intervención, planteando técnicas relacionales en los diversos niveles de abordaje.

10.1. A nivel individual.

Las principales aplicaciones que puede tener a la hora de construir un vínculo se basan en aspectos que se han mencionado y se concretarán en el capítulo del itinerario individual, en sus cinco primeras fases primera desvinculación, disciplina-encuadre, contención, validación y confianza básica.

No obstante, la idea central se basa en asentar un encuadre externo claro y predecible dentro del que se despliegue uno interno, lo que se corresponde con dinámicas de contención de lo desregulado y validación de lo invalidado, construyendo un espacio de confianza desde el que unir las conductas externalizantes con los patrones de rol

recíproco que se encuentran por detrás de las mismas. En este proceso, las características personales del profesional, o su circularidad interna, son determinantes de cara a encajar con las del adolescente. Ese encuentro, sintonía, calibrado recíproco: vínculo, supone el ambiente o espacio interpersonal desde el que se interviene o la circularidad externa bidireccional, la cual puede configurarse desde distintas dinámicas circulares (circularidad sistémica), como la simetría y la complementariedad, y se internaliza en el adolescente.

Algunos aspectos a tener en cuenta en su desarrollo podrían ser:

- 1) **Manejo de la bidireccionalidad:** el profesional debe auto-monitorearse para identificar las características propias que entran en acción ante el adolescente, para poder identificar las del adolescente y, así, ajustarse para poder encajar. Por ejemplo, si el adolescente presenta un estilo relacional permisivo y preocupado de apego, el profesional debe tener en cuenta que el asentamiento del vínculo se centra en desarrollar encuentros que nutran la imagen de sí mismo del adolescente más que en ser muy rígido con la norma, así como ponerse límites a sí mismo en esa flexibilidad según las propias características personales para no reproducir la falta de límites y normas en la que se ha desarrollado. Ello supone desarrollar la capacidad de sostener un encuadre externo, aun cuando su implementación conlleve resonancias al profesional y pese a los afectos enfrentados que pueda sentir. Por otra parte, conlleva desarrollar la flexibilidad de las dimensiones de control para adaptarlas a la individualidad de cada adolescente, así como a sus objetivos y momento del proceso de intervención. En cualquier caso, supone que el profesional sea consciente de sí mismo (circularidad interna) para situarse frente al adolescente (circularidad interna) de

cara a generar un espacio relacional (circularidad externa bidireccional) aceptable y nutricional para el mismo y seguro para ambos, dentro del cual poder desarrollar desde los propios movimientos, dinámicas relacionales (circularidad sistémica) ajustadas a las características del adolescente. Todo ello pasa por no interpretar, sino describir y acompañar al adolescente en sus ansiedades.

- 2) **Mantenerse en un principio de no reciprocación:** ello supone detectar los patrones relacionales problemáticos del adolescente, de cara a no reproducir los mismos desde la respuesta del profesional. Se trata de limitar sin reciprocación. Para ello hay que identificar la posición que nos invita a “jugar” para no activarla. Si dicha posición coincide con un tipo de respuesta que forma parte del repertorio habitual de los propios roles del profesional, debe estar muy atento para no desarrollar circularidades externas bidireccionales que reafirmen la experiencia relacional previa del adolescente. Se trata de sorprender para movilizar en el adolescente nuevos roles internos desde la oferta bidireccional.
- 3) **Claridad y sinceridad:** no rehuir contenidos que se den en el seno de la relación que se está creando. No decir cosas que no son y que el adolescente sabe que no son, solo por agradar o no generar tensión. Ser congruente y predecible para que el adolescente pueda tener referencias desde donde asegurarse en ese espacio y para que pueda permitirse confiar en lo que el profesional ofrece.
- 4) **Usar la obligatoriedad como vía de entrada:** ello pasa por aceptar que el adolescente está obligado a estar en el dispositivo. En palabras de Tió, Mauri y Raventós (2014), desarrollar “la capacidad de tolerancia del clínico a esa postura va a ser importante: mantener la capacidad, esencial para el diagnóstico, de identificarse profundamente con alguien que a la vez niega de forma explícita el

reconocimiento de necesitar ayuda” (p.253). Poder mantenerse así, permite que la obligatoriedad pueda tener, incluso, un efecto liberador ya que el adolescente no tiene que empezar haciéndose cargo de la necesidad de fondo y abre el campo de comunicación; permite que no se sienta mirado como “loco” o “incapaz”.

- 5) **Tener en cuenta los ritmos y abrir la ventana de tolerancia emocional:** así, resulta importante no sólo detectar contenidos y momentos en los que el adolescente se muestra inhibido o desregulado, sino valorar si está preparado para abordarlos y en caso contrario, dejarlo pasar y esperar el momento adecuado, dando paso a narrativas centradas en cómo se siente, dándole permiso y espacio contenedor y no persecutorio.
- 6) **Mantener la propia capacidad mentalización:** poder pararse y rebobinar cuando el profesional se siente muy angustiado por ayudar o por las respuestas que el adolescente pone en la relación y que le suponen un malestar dentro de sus propias características. Poder esperar, coger distancia y no precipitarse, es muy importante. Esta idea subraya la incidencia del modelo VEV en trabajar procesos más que contenidos y de que la figura del profesional debe ser la parte más capaz de la relación, máxime en los primeros momentos.
- 7) **Activar momentos y dinámicas que propicien experiencias emocionales correctoras:** poner el foco en los contenidos emocionales expresados desreguladamente y darles una respuesta contenedora o dar permiso a otros invalidados que no se juzgan, supone, ya en sí mismo, una experiencia emocional de ser aceptado y no juzgado que puede ser correctora o nutricia como tal. Ello favorece la sintonía y la confianza y nuevamente depende de la capacidad del profesional de identificar y tolerar las mismas. Esto se concreta en

la propuesta de contención validante del modelo VEV, que se desarrollará en las fases de contención y validación del capítulo del itinerario individual.

10.2. A nivel familiar.

La organización de la interacción actual del adolescente, se comprende desde las pautas de comunicación recurrente y la estructura de los procesos de comunicación inscritos a lo largo de la historia vital con su propia familia y, transversalmente, con su red social. Así mismo se parte de la interacción, especialmente comunicacional, como eje vertebrador del sistema relacional (Von Bertalanffy, 1968).

En la intervención con familias, el primer foco de atención necesario para el posterior desarrollo de la intervención es precisamente analizar la demanda que trae la propia familia, muy probablemente formulada en términos lineales y causales, proponiendo una reformulación de la misma que incluya al conjunto de miembros del sistema familiar en términos de circularidad y co-responsabilidad. Formulando posteriormente una carta de devolución, o contrato terapéutico, con objetivos de intervención en clave relacional.

Una vez construida la demanda, el siguiente objetivo es evaluar el modo predominante de capacidad reflexiva familiar, así como las dinámicas comunicacionales, valorando tanto las diferencias individuales como al miembro “más capaz” y al paciente designado-identificado, calculando así la zona de desarrollo próximo que hay entre ambos para promover el cambio y servir de apoyo al andamiaje del adolescente en su tránsito evolutivo.

La propuesta de trabajo está más centrada en el proceso que en el contenido, puntuando en las emociones suscitadas de las interacciones más que en los hechos, con

el propósito de abrir canales comunicativos para favorecer la implicación de los miembros y la posibilidad de que ellos mismos busquen la solución.

En caso de escalada simétrica o pérdida de la capacidad de mentalización familiar, nos servimos de la interrupción o “*mano mentalizadora*” (Bateman y Fonagy, 2016) con la finalidad de recuperar la identificación de la emoción básica cuya aparición ocasiona la pérdida de reflexividad.

El análisis y conducción de la circularidad en este ámbito de intervención resulta fundamental, pues las transacciones directas pueden resultar amenazantes o intrusivas, por lo que hacer circular la información sobre las experiencias personales, desde la aportación de los propios miembros de la familia en relación a las dinámicas relacionales de los demás miembros, favorece un espacio reflexivo donde escucharse desde la experiencia de cada uno sobre las interacciones y transacciones del resto de familiares, generando así múltiples perspectivas.

Algunas de las técnicas empleadas en este nivel de intervención responderán a la capacidad, por parte del profesional, de mostrar una escucha activa y respeto por las experiencias de todos los miembros de la familia respecto a un mismo hecho, incidiendo, como hemos dicho, en lo relacional, no en el hecho en sí. Todo ello con la finalidad de securizar y mostrar empatía a la experiencia familiar, dado que “la familia se modifica solamente si el terapeuta ha logrado incorporarse al sistema de un modo sintónico a este” (Minuchin, 1982, p.175).

Una vez definido un espacio seguro, sostenedor y contenedor de las experiencias familiares, identificamos aspectos funcionales familiares, capacidad de mentalización, de expresión y tolerancia de la experiencia emocional entre los miembros de la familia,

así como las dinámicas transaccionales que se dan entre los mismos (escaladas simétricas o complementarias, descalificaciones o desconfirmaciones, alianzas y coaliciones, determinados embrollos familiares), explorando así las motivaciones que subyacen la homeostasis familiar y las dificultades de tránsito evolutivo.

Además de identificar patrones relacionales entre los miembros, se pretende favorecer un espacio donde clarificar y elaborar el afecto, explorando el contexto interpersonal donde se desarrolla el síntoma y conectándolo con las experiencias emocionales y afectivas del resto de los miembros de la familia, así como la respuesta que cada uno de ellos le da al comportamiento sintomático del paciente identificado.

Tanto la detección como la confrontación van a resultar dos técnicas transversales a lo largo del proceso, consistentes en parar, retroceder y ayudar a re-significar la pauta interactiva y la representación afectiva introyectada de la experiencia, sirviéndose del rebobinado ante la pérdida de la capacidad reflexiva o la regresión a estados prementalizadores (equivalencia psíquica, simulación o teleológico), para fomentar procesos reflexivos que re-signifiquen la experiencia.

En estos espacios de trabajo con familias la posibilidad de metacomunicar (comunicar sobre la propia comunicación y la experiencia como profesional en interacción con la familia), puede resultar de apoyo para colocarse “fuera de la relación”, reflexionar y verse ellos mismos en la relación entre ellos y con nosotros.

Todo ello guiado por entrevistas reflexivas, que fomenten la comunicación circular entre los miembros y con los profesionales en el espacio terapéutico, basadas en preguntas triangulares y relacionales.

10.3. A nivel grupal

Aunque tanto el apartado anterior como este se se desarrollarán con más profundidad en capítulos posteriores al igual que con el nivel familiar, respecto al nivel grupal es necesario destacar una serie de cuestiones:

- 1) **La importancia de diferenciar los tipos de grupo:** en este sentido, se considera importante entender que no todos los grupos tienen los mismos objetivos y por tanto no deben favorecer las mismas dinámicas. Por ejemplo, un grupo que tiene como actividad el aula formativa y otro que es un grupo de habilidades sociales. Si bien es cierto que puede ser muy beneficioso que en ambos se den contenidos del otro, el modelo VEV considera que lo es más no favorecer deslizamientos de contenido, entendiendo que el manejo corresponde al profesional. Ello no conlleva que puedan darse grupos espontáneos, organizados alrededor de un emergente importante. Otro aspecto es la conveniencia de no mezclar en actividades reflexivas y de exposición personal, tipo de adolescentes según sus características externalizantes y sus estilos relacionales: el grupo debe ser un espacio seguro.
- 2) **La presencia de dos profesionales en el desarrollo de los grupos:** entendiendo que la gestión de un grupo es complicada, sobre todo si se quiere intervenir y aprovechar como espacio interpersonal, el modelo VEV apuesta por la presencia de, al menos, dos profesionales en grupos orientados a la reflexión (siempre dentro de una ratio profesional/adolescentes razonable), en el que las dinámicas simultáneas hacen muy difícil mantener focos y estructura.
- 3) **Combinar la intervención grupal con la individual:** la postura del modelo VEV es de priorizar el grupo como un espacio interpersonal de cara al beneficio

individual, más que de trabajar desde el grupo como tal. De esta manera, el grupo representa los múltiples vínculos interpersonales que se entrecruzan y entretajan en dicho espacio pero no es utilizado como una entidad ajena a los individuos que la componen, por eso hay muy pocas intervenciones del profesional dirigidas al grupo como tal. Hay que tener en cuenta que no es un grupo de miembros fijos con una duración de años. Es por ello, que se combina el trabajo individual con el grupal. El grupo es un espacio de entrenamiento o de obtención de información, un generador de experiencias emocionales y relacionales que son revisadas y profundizadas en un espacio individual, sobre todo en las primeras fases de la intervención.

- 4) **Aprovechar el escenario grupal para representar el vínculo individual:** esto pasa por mostrar una disponibilidad proactiva en los grupos ante posibles situaciones de tensión o malestar en el adolescente, así como un apoyo explícito cuando trate de relacionarse de una forma nueva dentro del mismo. Es ocupar una posición de Yo auxiliar reflexivo que se hace presente y disponible, reeditando en el espacio grupal, la sintonía establecida en el plano individual. Esto puede hacerse de una forma explícita, traduciendo en voz alta los estados internos del adolescente para el resto del grupo, circulando contenidos que exponen otros y que le pueden ser cercanos, reforzando sus intentos o resaltando sus logros o de una forma implícita desde gestos no verbales o señales que el adolescente asocie a contenidos ya hablados en un espacio personal o a experiencias similares que se hayan dado en dicho espacio.
- 5) **Favorecer la resonancia individual:** basado en la idea de resignificar contenidos expuestos por otros compañeros que pueden serle cercanos en su forma o intensidad, favoreciendo la validación (darse permiso) de los mismos al

constatar que es algo que no solo le pasa a él y la empatía de ver a otros desde contenidos propios. Esto también puede llevarse a cabo con los patrones relacionales.

- 6) **La posición del profesional como gestor de grupos:** que pasa por ser activo, participante y directivo. Establece las normas y reglas de comportamiento y tiene el foco de su intervención centrado en el individuo y las dinámicas relacionales, no en el grupo como un todo. Es frecuente que interrumpa dinámicas y haga volver hacia atrás (“parar y rebobinar”), buscando los momentos en que la comunicación es fluida y comprensible: no cede ese cometido a los componentes del grupo, aunque si ellos lo hacen espontáneamente, lo permite y lo señala como una capacidad de quienes lo hayan hecho. Por otra parte, circula preguntas, utiliza lo expuesto por un miembro para introducir a otro, señala cuestiones de un miembro que resuenen a otros, en definitiva, estimula la mentalización en el grupo entendido como un contexto interpersonal.

11. LA IMPORTANCIA DE LA DESVINCULACIÓN

Ya hemos señalado anteriormente que la propuesta del modelo VEV sitúa el foco en la vinculación que se establece, desde donde proponer procesos de cambio madurativos, aunque debemos de considerar que trabajar con la juventud precisa sumergirse en un periodo del ciclo vital que implica separación, autonomía y responsabilización.

El adolescente se encuentra inmerso en un momento de transición, tanto personal como relacional (socio-familiar), que comporta procesos desvinculación afectiva de la

propia familia de origen. Este tránsito suele precipitar al adolescente a la experiencia de determinadas angustias que promueven sus capacidades incipientes para tomar cierta distancia o, por otro lado, activan determinados mecanismos defensivos de carácter regresivo que dificultan el correcto desarrollo madurativo. Para Feduchi (2011):

En este momento evolutivo destacaría el predominio de dos tendencias. Una regresiva que tiende a instalarse en el pasado, y que moviliza ansiedades de estancamiento y de dependencia, cuya mayor defensa proyectiva conduciría a la claustrofobia (me agobian, me rayan). Otra de carácter progresivo, con ansiedades de incapacidad y vacío cuyas defensas conformarían rasgos agorafóbicos o, por el contrario, pasos al acto. (p.2)

En este sentido, Feduchi (2011) habla de la activación de la angustia vivida por el adolescente en un momento de su vida que implica ciertos movimientos de separación y desvinculación. No debemos olvidar que la población con la que intervenimos se encuentran inmersos en procesos que implican separación impuesta y coercitiva, ya sea por orden de cumplimiento de medida judicial en centros de internamiento de justicia juvenil, o procesos administrativos del sistema de protección a la infancia y adolescencia quienes determinan la separación familiar y su ingreso en centros de acogimiento residencial.

Dada la necesidad de desprenderse de las relaciones tempranas de dependencia infantil, debemos tener presente generar vínculo cuidando que no se forje desde la propia dependencia. El papel que juega en entorno de convivencia respecto al acompañamiento de estos procesos incipientes y precipitados de separación coercitiva y obligada, es determinante para construir, junto al adolescente, procesos de vinculación que favorezcan el cambio, así como transversalmente, acompañar procesos de

separación y desvinculación, no solo con su familia de origen, sino también con los profesionales, no creando así relaciones fusionales o dependientes.

En torno a la angustia emergente durante este periodo, directamente relacionada con la desvinculación afectiva, nos detenemos a comprender qué puede implicar en el adolescente la incapacidad para tolerar dichos movimientos de separación, así como la dificultad para tomar cierta distancia afectiva de sus relaciones primigenias.

Un autor que habla precisamente de los procesos de desvinculación y posibles patologías emergentes en este periodo adolescente es Cancrini (1996), quien hace un análisis minucioso de diversos patrones relacionales que dificultan o impiden la separación del adolescente de sus figuras tempranas de apego.

Cancrini (1996), afirma que la desvinculación:

Empieza a final de la adolescencia y acaba con el alejamiento físico y emotivo de la persona respecto de su familia... constituye un pasaje crucial de la historia de la persona. Y es en torno a dicho alejamiento y a las dificultades que pueda aparecer, que hay una incidencia particularmente importante de trastornos psicopatológicos del área psicótica en el ámbito de uno de los hijos. (p.65)

Encuadrando los trastornos psicóticos como una expresión sintomática de una patología de la desvinculación.

El mismo autor plantea cuatro situaciones que implican dificultades en el tránsito de separación del adolescente respecto de su familia, a saber:

- 1) **Desvinculación imposible.** Comprende que la dificultad de separación del adolescente se inicia mucho antes del inicio de separación, mostrando

previamente dificultades en su proceso de individuación. Guarda relación con dinámicas relacionales fusionales donde el adolescente no ha construido un “yo” suficientemente diferenciado de la figura cuidadora” por lo que resulta insostenible promover procesos de separación paterno/materno-filiales.

- 2) **Desvinculación inaceptable.** Hace referencia a casos donde el adolescente ha adquirido cierta individuación respecto a sus figuras cuidadoras, pero no la suficiente como para iniciar procesos de separación. Dichas figuras dificultan movimientos del adolescente encaminados a la autonomía y emancipación, tanto física como afectiva y emocional.
- 3) **Desvinculación aparente.** El conflicto que emerge en el adolescente, guarda relación con la ambivalencia experimentada de dos tensiones opuestas. Por un lado, el deseo de separación y, por otro, la necesidad de permanecer en la familia por lealtad a la misma, como figura que une dicho sistema y en cuya ausencia, obligaría a reorganizarse al sistema en torno a su marcha, poniéndolo en serio riesgo, dado que el único punto de encuentro es la parentalidad.
- 4) **Desvinculación de compromiso.** Concibe al adolescente como “delegado” del deseo de uno (o ambos) progenitor/es. El deseo propio del adolescente se ve ofuscado por el deseo inconsciente paterno de tener que asumir cierta responsabilidad, independientemente de que esté o no preparado para asumirla, precipitando procesos de separación para los que el adolescente puede que no esté preparado.

A dichas situaciones de separación, llamémosles disfuncionales, se puede añadir una que observamos en determinados adolescentes que se ven precipitados a una separación física de su familia de manera impuesta por parte de agentes externos y vivida coercitivamente por parte de toda la familia, quienes se ven inmersos en procesos de

separación “impuesta” (por medidas judiciales o administrativas), que podemos llamar *desvinculación forzada*. Donde tanto la familia como el adolescente deben hacer frente a una situación “inesperada” que altera su ciclo vital personal y relacional considerablemente.

Es por este motivo que el planteamiento de intervención, no solo propone la disposición de vínculos con el adolescente desde donde plantear procesos de cambio, sino que atiende, por un lado, la implicación que el ingreso en el dispositivo supone en sus propios procesos de desvinculación con la familia de origen, incluyendo a la familia en el proceso de intervención y, por otro, trabajar la desvinculación del adolescente con los profesionales que le atienden y acompañan, para anticipar la emergencia de determinadas dificultades de separación del adolescente conforme se acerca la finalización de su estancia en el centro donde reside.

El planteamiento de intervención desde el modelo VEV comprende, por tanto, procesos de vinculación con el adolescente, el acompañamiento de su proceso de separación de su propia familia de origen, así como la desvinculación del servicio/centro desde el inicio de establecimiento de la relación, evitando así procesos de fusión emocional y dependencia afectiva que puedan reproducir aspectos relacionales de su propia familia de origen.

CAPÍTULO 6.
ITINERARIO EDUCATIVO-TERAPÉUTICO

1. PERSPECTIVA DE PROCESO

Después de todo lo expuesto hasta ahora, llega el momento de establecer el tipo de intervención a llevar a cabo con estos adolescentes y sus familias para acompañarles en la superación de las dificultades a las que llevan tanto tiempo enfrentándose y que no han hecho sino incrementar el grado de problematicidad y dificultades en sus relaciones con los demás y con el mundo que les rodea, en muchos casos haciendo peligrar su integridad física, emocional, psicológica y/o jurídica.

No podemos dejar de considerar, como factor determinante, que la intervención que vamos a llevar a cabo en muchas ocasiones se desarrolla en escenarios de involuntariedad, es decir, el adolescente, o su familia, o ambos, de inicio no tienen noción del problema, o, si lo tienen, por las razones que sea, en cada caso particular estas razones pueden ser diferentes, no quieren o no están preparados para aceptar la ayuda que proviene del exterior del propio adolescente o del sistema de referencia al que pertenece. Como recoge Cantó (2008), citando a Maturana (2002):

Una de las habilidades más primordiales que falla en estos adolescentes es la capacidad autorregulatoria, ya que existe una falta de un diálogo interno (autoverbalizaciones) que les permita darse cuenta de qué están haciendo y pensando, que existe poco desarrollo de su capacidad reflexiva y que, por lo tanto, no se toman el tiempo para ordenar, procesar, organizar y almacenar la información, sino que rápidamente saltan a conclusiones y decisiones, su capacidad de responsabilización sobre su propia conducta y las causas que la originan aparece seriamente mermada, por lo que se niegan a iniciar voluntariamente y de forma aceptada procesos que les ayuden a superar y corregir las dificultades que presentan.

Por lo tanto, y como recoge Romero (2015):

En muchas ocasiones se hace necesario un trabajo previo, enmarcado en un formato presencial más intensivo que el que se ofrece en un escenario ambulatorio al uso, y encaminado a trabajar aspectos, si se quiere más básicos, pero que son absolutamente necesarios, un trabajo previo que protagonice una serie de cambios que hagan posible la aceptación voluntaria por parte de estos adolescentes y sus familias de un abordaje psicoterapéutico o psicoeducativo al uso con ciertas garantías de que puedan realmente beneficiarse de él. (p.346)

Tal y cómo puede observarse, la capacidad de autorregulación y de responsabilización están muy comprometidas en este tipo de situaciones. Tanto Cantó (2008) como Romero (2015) coinciden en señalar estos mismos factores que, a su vez, se corresponden con dos etapas de nuestra propuesta. La autorregulación será abordada en una primera etapa compuesta por tres fases diferentes: la de disciplina-encuadre, la de contención y la de validación, y la responsabilización en una fase posterior que recibe el mismo nombre: responsabilización.

En estos escenarios de involuntariedad cobra máxima importancia, además del marco en el que se propone la intervención, la figura del profesional o profesionales que van a intervenir con el adolescente y/o su familia. No debemos olvidar que en muchos casos no hay ni conciencia de daño ni disposición al cambio, y que por tanto no hemos sido “elegidos” de forma voluntaria, sino que somos una especie de, por utilizar un símil que refleje la situación, “paracaidistas caídos del cielo” sin que se nos espere y sin que nos hubiese llamado o invitado nadie. La mayor parte de las veces, se les impone la intervención, así como los profesionales. Las consecuencias para el adolescente o la familia pueden ser muy negativas por la forma en la que tienen de entender su mundo y

determinar su propio proyecto de vida. Es por ello, que se da la intervención coercitiva y/o protectora de las instituciones encargadas de velar por los derechos y obligaciones tanto de esos adolescentes como de sus familias. De esta forma, la figura de un profesional competente siempre es determinante en los procesos de cambio, pero más si hablamos de adolescentes, habida cuenta de su limitación evolutiva en cuanto aprendizajes, experiencia vital, capacidad de manejar la ansiedad y la frustración, capacidad de resolver problemas, dificultades en su capacidad volitiva, carencias en los procesos de responsabilización y, en definitiva, un sinfín de aptitudes y actitudes necesarias para enfrentar las diversas dificultades a las que se ven abocados en su tránsito vital. La capacidad del profesional viene claramente expresada en lo que Vygotski (1978), ya hace mucho tiempo, denominó “la zona de desarrollo próximo” y que hace referencia a la distancia entre el nivel real de desarrollo determinado por la capacidad de resolver independientemente el problema y el nivel de desarrollo potencial determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración con otro compañero más capaz.



Figura 5. Zona de desarrollo próximo. Esquema de elaboración propia en base a Vygotski (1978).

Como vemos, Vygotski (1978) señala la necesidad del adulto capaz y competente para que el adolescente pueda alcanzar el máximo de su desarrollo potencial. Ahora bien, y teniendo de nuevo en cuenta estos escenarios de involuntariedad en la

intervención, para que el adulto pueda ejercer esta labor de guía bajo la cual el adolescente y/o su familia desarrollen todo su potencial, va a necesitar pasar de ser un “simple adulto” a un “adulto significativo” en su esfera relacional de confianza y de capacidad de arriesgarse en la realización de aquellos cambios necesarios para dar respuestas más adaptativas y prosociales a las dificultades que surgen en el camino hacia su autonomía y el desarrollo de una identidad “suficientemente buena” en palabras de Winnicott (1980). Y esto nos plantea el que, quizá, sea el factor más importante a la hora de implementar una relación de ayuda de la que el adolescente y/o su familia puedan beneficiarse: la generación de una relación de confianza entre el adolescente, su familia y el profesional que intervenga.

Para llegar a este tipo de relación desde un profesional resulta importante conocer cuáles son las formas de intervención que lo favorecen más. En este sentido, Lambert (1992) realizó una investigación en torno a qué factores explican el cambio en la relación terapéutica coinciden en señalar cuatro factores clave:

- el cambio extraterapéutico, es decir, el cambio producto de alguna variación en la situación o condiciones de vida del paciente ajeno a la terapia (el inicio de una nueva relación de pareja, la mejora de las condiciones laborales, etc);
- el efecto placebo que tiene el saber que se está en terapia;
- las técnicas o el modelo teórico del terapeuta y,
- las características personales y el estilo personal del terapeuta al margen del modelo teórico al que muestre su adhesión.

Lo más importante para esta exposición es mencionar que las investigaciones mencionadas reflejan porcentajes muy similares sobre la influencia de cada uno de estos

factores, señalando que las características personales y el estilo del terapeuta explican alrededor de un 40% del cambio en los pacientes.

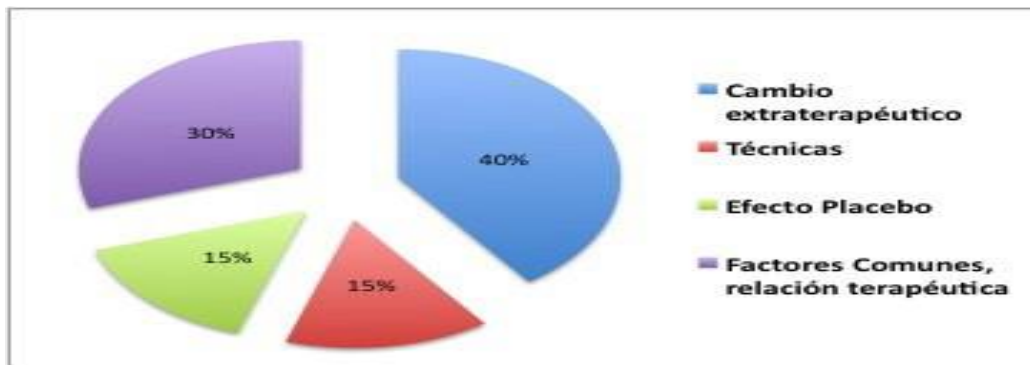


Figura 6. Factores de cambio. Esquema propio en base a Lambert (1992).

Estos resultados fueron revisados posteriormente por Lambert (2013) resultando que el cambio extraterapéutico o los acontecimientos de la vida mantenían su importancia, así como los factores comunes, mientras que las técnicas disminuían, aumentando la influencia del terapeuta.

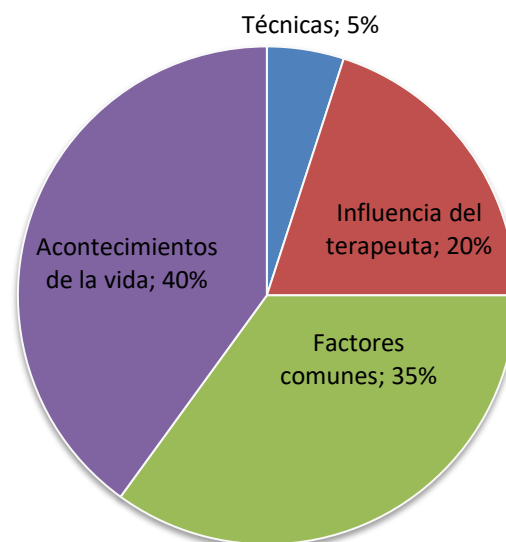


Figura 7. Revisión factores de cambio. Esquema propio en base a Lambert (2013).

En este sentido, Lambert (2013) señala que los factores comunes se dividen en tres tipos:

- 1) Factores de apoyo entre los que incluye: la catarsis, la identificación con el terapeuta, una relación terapéutica positiva, la estructura del tratamiento, la empatía y la alianza terapéutica.
- 2) Los factores de aprendizaje como la experimentación afectiva, la asimilación de experiencias problemáticas, el cambio en las expectativas de la efectividad personal o autoeficacia, la experiencia emocional correctora, el feedback y el insight.
- 3) Los factores relacionados con la acción tales como regulación conductual, habilidad cognitiva, modelado, práctica, juicio de realidad, experiencia éxitos a de los resultados obtenidos en la terapia y traslaboración.

Partiendo de que los factores comunes y la persona del profesional resultan tan importantes, se nos plantea ya la cuestión del vínculo y, más en concreto, llevado al terreno psicopedagógico: el vínculo educativo-terapéutico, entendido por Estalayo et al. (2014), como una unión o conexión entre el profesional y el adolescente que le permita a éste, desde la movilización de un estilo de apego seguro, la generación de la egodistonia (malestar subjetivo del menor o adolescente respecto a su funcionamiento), toma de conciencia de recursos propios, adherencia al tratamiento y responsabilización sobre las causas que han dado lugar a su ingreso en el centro. Si estos cambios no se producen, si las conductas inadecuadas o el problema no disminuyen, podrá haber vínculo, pero podemos afirmar sin ningún género de duda que este vínculo no será educativo o terapéutico, sino una mera conexión afectiva o cognitiva, un “estar a gusto con” o “llevarse bien con”.

Queda claro, entonces, que el destino, el objetivo del vínculo está ligado al pasaje de la homeostasis al cambio, a la transformación de estructuras, a la adquisición de nuevas habilidades, a nuevas génesis más eficientes y adaptativas al entorno y al desarrollo, encaminadas a la disminución del malestar y que la calidad de este vínculo educativo-terapéutico vendrá determinada por la capacidad que posee precisamente de disminuir este malestar y las dificultades del adolescente y/o su familia con el entorno.

En este punto resulta necesario clarificar que la generación del vínculo educativo-terapéutico en ningún caso es el objetivo de la intervención con el adolescente y/o la familia, ni siquiera es la intervención misma, sino que, aun considerando que se trata de una parte esencial de la intervención, además de la parte inicial y de arranque de la misma, sólo es el medio necesario, aunque no suficiente, para que ésta pueda llevarse a cabo con garantías de resultar verdaderamente eficaz.

Por otra parte, plantear un itinerario en formato de etapas y fases permite articular una propuesta en atención a una visión de proceso que permite atender distintos momentos de cada caso atendido; comprender los diferentes objetivos y técnicas a implementar según las peculiaridades de cada paso; ayudará a los equipos a entender las excepciones, las salvedades, las individualizaciones desde una perspectiva general del proceso de cada adolescente y su familia; contextualizar un modelo comprensivo de atención que aúne las acciones de cada agente de intervención; establecer indicadores que circunscriban las acciones a lo posible en cada circunstancia y dar una visión de continuidad, de pasos a seguir, de lógica que guía la intervención; y, por último, delimitar un estilo compartido y permitir a la vez aunar los distintos estilos personales de los profesionales intervinientes desde los componentes personales que el modelo postula.

Como veremos, esta dimensión de proceso que recoge una retrospectiva evolutiva y que se fundamenta en un desarrollo madurativo normal desde la psicología evolutiva y el apego, es un formato, una perspectiva que muchos modelos de abordaje practican, permitiéndoles articular epistemologías propias.

Es pues el momento de plantear el itinerario por el que debe discurrir nuestra intervención desde el modelo propuesto, que se desarrolla a través de un proceso dividido en etapas, y estas etapas, a su vez, subdivididas en fases, que expondremos a continuación.

2. MODELOS TEÓRICOS DE ITINERARIOS O FASES

La propuesta que el modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV) articula, se fundamenta en aquellos ámbitos o aspectos comunes entre los diferentes modelos que suponen su base y referencia. Así, la Psicoterapia basada en la mentalización de Batemany Fonagy (2016), la Psicoterapia Cognitivo-analítica de Ryle y Kerr (2006), el modelo de intervención focalizada en la alianza terapéutica de Escudero (2009), la propuesta de generación del espacio terapéutico de Abeijón (2013) y el modelo de cambio de Prochaska, DiClemente y Norcross (1992), constituyen los cimientos sobre los cuales se articula la propuesta. Más allá de sus procedencias epistemológicas distintas, de sus discrepancias meta-psicológicas y de sus propuestas en contenidos técnicos dispares, todas ellas coinciden en algunos aspectos, tales como:

- ser propuestas basadas en la evidencia,
- incorporar elementos de otras escuelas con vocación integradora,
- tener una marcada perspectiva social añadida o superpuesta a la psicológica, y
- una especialización en tipos de usuarios o momentos evolutivos concretos.

Como ya hemos señalado en otros apartados, nuestra concepción de la formación social de la mente es compartida por estas propuestas, no sólo en su configuración, sino en su desarrollo y posible intervención posterior. De esta forma, son varios los argumentos que consolidan nuestra elección. De hecho, las raíces diversas de estos enfoques y nuestro intento de aunarlas en un itinerario concreto parte de la perspectiva basada en los factores comunes. Uno de los más destacados es el de alianza terapéutica, la generación de un vínculo o de un espacio terapéutico que permite redefinir o reformular una demanda compartida de intervención que guíe el proceso y facilite el abordaje de la involuntariedad de partida. Ello para ser desarrollado en una aplicación individual y en una familiar.

Para facilitar esta síntesis de modelos y conceptos dispares procederemos a una exposición de cada uno de ellos alrededor de tales conceptos, no de cada propuesta en su totalidad, destacando los conceptos de los que partimos para la configuración del itinerario educativo-terapéutico que proponemos.

2.1. El foco en la Psicoterapia basada en la mentalización

Este modelo, de indudable trascendencia en el abordaje especializado de los trastornos de personalidad, ha contribuido también a situar el concepto y aplicación de la mentalización y la función reflexiva en el centro de otras modalidades de intervención, situándolo como un factor común. Así, Bateman y Fonagy (2016) postulan unas fases generales que pueden resumirse en apoyo, clarificación, mentalización de las emociones y mentalización de la transferencia. El itinerario descrito parte de un primer momento de apoyo, empatía y validación que busca encontrar y mantener la motivación, así como identificar la mentalización positiva y los posibles fallos o rellenos en la misma desde la empatía y validación. Cuando ello se consigue,

con las consabidas regresiones propias de cualquier proceso, se aborda la clarificación desde la identificación y normalización de las emociones para poder clarificar y elaborar el afecto. También incorpora, en este segundo momento, cómo actuar en ausencia de emociones motivadoras y con estados emocionales híbridos, es decir, aquellos que enmascaran otros sentimientos. Por último, incorpora el foco afectivo, resaltando la importancia de atender a lo evidente no expresado dentro de un campo interpersonal y el desafío basado en parar y mantener el foco en la exploración, clarificación y atención a posibles violaciones de los límites del tratamiento.

A continuación, los autores incorporan un tercer momento centrado en los indicadores trasferenciales y en la mentalización de la relación; ello pasando por vincular el contenido de la sesión o patrones de conducta con la relación con el terapeuta o con la vida externa del paciente, mediante la elaboración más detallada de la narrativa del paciente y la reflexión acerca de las complejas similitudes entre los patrones de relación en terapia y en la infancia. Y por último, se basan en la mentalización de la contra-relación, o sentimientos en el terapeuta.

Recapitulando, estos cuatro momentos describen una secuencia intencional, un orden que se entiende indicado para el tipo de usuarios y el abordaje de conductas externalizantes e internalizantes graves. Nuestro itinerario educativo-terapéutico coincide en casi todo el planteamiento, excepto en el momento del desafío que nosotros también incorporamos en el primer momento de contacto con el usuario y su familia, dentro de la fase de disciplina-encuadre, y que retomamos más adelante en la fase de responsabilización. Sea como fuere, señalan la necesidad de generar un apoyo empático, o una validación que permita la clarificación y posterior elaboración de patrones relacionales que subyacen a conductas.

Este aspecto de que para intervenir y profundizar primero se necesita una relación segura, un apoyo, un vínculo, alianza o espacio intersubjetivo co-construido, es nuclear en nuestro planteamiento. Así, este tipo de vínculo es una condición necesaria, pero no suficiente. En este sentido, Kohut (2002) señala que:

La empatía nunca es por sí misma terapéutica o de auxilio. Es, sin embargo, una precondition necesaria para ser un apoyo exitoso y terapéutico. En otras palabras, incluso si la empatía de una madre es correcta y acertada, aunque sus propósitos sean afectuosos, no es la empatía por sí misma la que satisface las necesidades de *self-object* del hijo. Lo que satisfará estas necesidades serán las respuestas y las acciones de la madre. Sin embargo, para alcanzar su fin adecuadamente, estas acciones y respuestas tienen que ser guiadas por una exacta y correcta empatía. La empatía es una precondition para un funcionamiento apropiado de la madre. (pp. 156-157)

Por otra parte, los conceptos que proponen son centrales en nuestra propuesta. Las emociones, su identificación y expresión, los patrones de relación, la relación con el terapeuta-educador y su conexión con otras relaciones externas presentes y pasadas, así como validar y poner el foco en lo afectivo.

2.2. La propuesta de la Psicoterapia Cognitiva Analítica

El modelo de Psicoterapia cognitiva analítica es una propuesta de evidencia en el tratamiento de adolescentes infractores. Su propuesta de trabajo basada en focos de 16 sesiones lo hace implementable en entornos públicos. Son variadas sus aplicaciones y la expresión de las posibles etapas en las que basan su proceso de intervención. Los componentes generales son:

- 1) Identificación del foco de la terapia y de la razón por la cual los procedimientos problemáticos no han sido revisados.
- 2) Uso de cuestionarios para invitar a la reflexión y colaboración e incitación al automonitoreo o autoreflexión.
- 3) Reformulación del caso y de la demanda.
- 4) Cambio de énfasis del pasado al presente y detección de los roles recíprocos centrales y estados del *self*.
- 5) Detección y desarrollo de los procedimientos que usa el paciente para adaptarse.

Una propuesta concreta dentro de este modelo se basaría en herramientas de concreción y refinado de la resolución de representaciones de procedimientos de roles recíprocos, que seguiría las siguientes etapas:

- reconocimiento y validación de la experiencia;
- exploración basada en la explicación y vinculación; negociación y consenso;
- explicación adicional para demostrar cómo se entiende la vinculación;
- contactar con los sentimientos no asimilados hasta el momento, apoyado por las nuevas comprensiones y la seguridad de la relación terapéutica que permite acceder y asimilar recuerdos y sentimientos reprimidos y disociados;
- salida y objetivos como término de proceso.

Las propuestas de etapas y fases recogen aspectos centrales, como la necesidad de reconocimiento y validación iniciales para poder contactar con lo no asimilado y para poder abordar contenidos más centrales. Nuevamente, el vínculo es un componente previo y necesario que da seguridad y confianza para poder asimilar y generalizar nuevos estilos de relación.

Por otra parte, conceptos como roles recíprocos, negociación y reformulación son centrales para nuestra perspectiva y complementarias a las propuestas por Bateman y Fonagy (2016). Además, aportan una visión de los patrones relacionales en la que nos basamos y centrada en que “persisten porque son los únicos que conocen y constituyen la identidad y porque aparentemente suelen obtenerse respuestas confirmatorias de los demás” (Ryle y Kerr, 2006, p.98). Este planteamiento describe una circularidad interna y externa que se reproduce a no ser que se tengan nuevas experiencias relacionales, lo cual es un elemento nuclear en nuestro modelo.

2.3. El modelo focalizado en la alianza terapéutica

Este modelo de trabajo terapéutico incluye a la familia en el tratamiento, a diferencia de los dos anteriores, que son fundamentalmente de abordaje individual. Se sustenta en la creación de alianzas con el adolescente y sus sistemas, entendiendo las mismas como un mecanismo para re-conectar a los miembros de la familia, tanto en el plano emocional, como en la capacidad de hacer cosas juntos y cooperar en el desarrollo psicológico y social del adolescente.

En este sentido, este modelo también recoge la necesidad de crear un espacio seguro para todos los miembros del sistema, no sólo para el adolescente y lo considera una precondition indispensable para el posterior desarrollo de la intervención. Así, Escudero (2009) señala que:

El vínculo que establece el terapeuta con el cliente tiene un foco claro en el caso de la terapia individual, pero es multifocal y complejo en el caso del tratamiento de una familia. Este vínculo tiene que ser fuerte con todos los miembros de la familia, no únicamente con los que acuden a todas las sesiones, sino también con

miembros de la familia que tienen un rol más indirecto en el sistema terapéutico.

(p.250)

Partiendo de tal vínculo seguro, este modelo propone una serie de estratos y de pasos para la intervención:

- El primer estrato sería el de crear y mantener la alianza terapéutica con el adolescente y su familia, que se subdivide en tres pasos, que son: observar y responder a las actitudes iniciales ante la terapia, crear la alianza con el adolescente y crear la alianza con el resto del sistema.
- El segundo estrato sería conocer y potenciar el sistema familiar como una valoración inicial del sistema que se corresponde con el cuarto paso de análisis del balance en la familia y preparación del re-encuadre.
- El tercer estrato sería el re-encuadre para construir una meta terapéutica “de la familia para la familia”, que conlleva el quinto paso del re-encuadre sistémico para el trabajo conjunto con la familia.
- El cuarto estrato sería el de promover cambios mediante actuaciones técnicas que se desglosa en tres pasos, léase la construcción de objetivos e indicadores de cambio, el trabajo de avance para consecución de objetivos con el adolescente y abordar la ruptura y reparación de la alianza.
- Por último, el quinto estrato es el de terminación y emancipación de la familia, que se traduce en el último paso de terminación con el adolescente y el sistema familiar.

Esta perspectiva es central en nuestro modelo por varios motivos. El primero, la necesaria incorporación de la familia en el proceso de intervención y la idea de que si el avance de cada parte del sistema no se asienta en el del resto del sistema, la

generalización de los cambios y avances será muy difícil o imposible. En segundo lugar, la coincidencia de comprender la alianza como un vínculo o espacio seguro desde el que re-encuadrar las metas: tanto el concepto de encuadre, distinto en contenido a nuestra propuesta, pero semejante en estructura y visión de proceso, como el de meta o demanda, son fundamentales en nuestras cuatro primeras fases de intervención. En este sentido, la disposición del proceso en estratos, en nuestro caso serían etapas, y pasos que nosotros denominamos fases, también es muy similar y conlleva un sentido acumulativo que permite idas y retrocesos dentro de una visión general que guía las acciones y las contextualiza en el momento. Por otra parte, la idea de terminación y emancipación, muy semejante a nuestra propuesta de desvinculación y revinculación, es otro apartado por el que este modelo nos supone una clara referencia.

En definitiva, este modelo aporta una gran solidez en base a la evidencia en distintos tipos de intervención de la alianza como predictor de éxito. En concreto, encuentra que la formación de alianza con los adolescentes durante la primera fase del tratamiento terapéutico, medida a lo largo de diferentes sesiones, con distintos métodos (autoinformes y observación de conductas relacionadas con la alianza), y en varios modelos de terapia, estaba asociada significativamente con el nivel de implicación de los adolescentes en la terapia.

2.4. El espacio terapéutico y la construcción de la demanda

Esta propuesta no se corresponde con un modelo articulado. Más bien es un desarrollo de la intervención desde una perspectiva sistémica con usuarios que muestran involuntariedad, o lo que Abeijón (2013) viene a denominar “patología en la demanda”. Queremos destacar de este planteamiento su concepción bidireccional del espacio terapéutico que va a ser el territorio de trabajo y de interacción entre el sistema familiar,

con sus características, y el sistema interviniente, con las suyas. A su vez, también, la idea de la demanda y de cómo posicionarse cuando la demanda planteada por el adolescente o su sistema familiar interfiere dicho espacio, ya que sin la misma no hay espacio terapéutico. Es decir, no se puede generar un espacio sólo desde la sintonía entre el interventor y el interviniente, en palabras de Abeijón (2013), sino que se necesita una formulación de ayuda, una petición o una demanda:

Así pues, si la demanda es la puerta de entrada en este espacio, la patología de la demanda interfiere en él y condiciona la evolución de la relación y, por lo tanto, de la terapia. La patología de la demanda está construida en el sistema familiar antes de que encuentre al sistema terapéutico; pero las características de la demanda nos hablará del sistema demandante e influirá en la respuesta que elabore el sistema interviniente. (p.54)

Ello se debe a que dicha demanda nos habla del significado del problema que se quiere plantear.

De esta forma, el autor señala una forma de contrabalancear, o de no reciprocarse, que sigue principios parecidos a las tres propuestas anteriores, pero más centrada en el formato de solicitud de ayuda que en la postura personal para generar una relación de confianza.

Por otra parte, este planteamiento lleva implícita una secuencia que, sin articularse en unas etapas y fases definidas, sí delimita un orden o unos pre-requisitos indispensables. Ello se centraría, en primer lugar, en analizar la demanda, patología y ausencia de la misma, previo a realizar la propuesta de intervención y, en segundo lugar, analizar las características del sistema interviniente y ver cómo resuenan, ya que sus respuestas se acoplan a las expectativas de la familia, o bien interfieren en las mismas.

Estas dos cuestiones son necesarias, ya que atenderlas adecuadamente permite entender mejor la funcionalidad de los síntomas que refiere el paciente designado y su familia y evita posibles problemas posteriores en el desarrollo de la intervención.

En este sentido, la concepción bidireccional del espacio terapéutico y la de demanda son centrales en nuestra propuesta. Coincidimos en la mutua influencia entre los dos sistemas a la hora de generar un vínculo y consideramos el abordaje de la demanda en las primeras fases de la intervención al entender que “no hay viento a favor para quién no sabe a dónde va”. En este sentido, incorporamos también la perspectiva de que en contextos institucionales hay que añadir la demanda de ese sistema, que hace más compleja la intervención, y que es necesario incorporar desde el primer momento para evitar la confusión en la relación con los usuarios y para incorporar limitaciones a la intervención del profesional individual o del sistema interviniente como tal.

2.5. Modelo dinámico del cambio

Este modelo, desarrollado por Prochaska et al. (1992), se basaba en el abordaje de usuarios con presencia de consumos de diversa gravedad. Más allá de su concepción teórica, propone una articulación de momentos de intervención que nos resultan muy útiles para nuestro modelo por los procesos de intervención que llevan a cabo en cada uno de ellos y por el orden que siguen.

Este enfoque intenta delimitar y describir los elementos esenciales subyacentes al proceso de cambio intencional de cualquier conducta adictiva. Además de que los consumos son una de las conductas externalizantes más presentes en nuestra población objeto de intervención, como ya mencionamos en distintos apartados, su foco en el cambio y la motivación nos parece muy relevante, útil y operativo. De esta forma, la motivación se conceptualiza como el estado actual en que se encuentra el usuario, o

como punto de referencia para estudiar los procesos de cambio. Ello se concreta, a través de distintos estudios: Di Clemente y Prochaska (1982), Prochaska y Di Clemente (1983; 1985) y McConaughy, Di Clemente, Prochaska y Velicer (1989). Así, la propuesta se desarrolla en una serie de estadios de cambio que pasamos a enumerar:

- **Precontemplación:** los sujetos situados en este estadio no se plantean modificar su conducta porque no son conscientes de que representa un problema y la disponibilidad a seguir cualquier proceso de relación de ayuda es algo que ni siquiera han considerado. De esta forma, es más probable que las personas más cercanas conozcan el problema mejor que el propio sujeto. En consecuencia, si acuden a tratamientos lo hacen presionados por los demás y, una vez que la presión haya disminuido, reanudarán su patrón de relacional y de vida previo.
- **Contemplación:** los sujetos son conscientes de que existe un problema y consideran seriamente la posibilidad de abandonar la conducta problemática, pero no han desarrollado todavía un compromiso firme de cambio. Esta etapa se caracteriza por la ambivalencia, que puede definirse como un estado mental en el que coexisten sentimientos contradictorios sobre continuar con la conducta, o abandonarla.
- **Preparación:** es la etapa en la que la persona toma la decisión y se compromete a dejar, o abandonar, la conducta problemática. Comienza a realizar ciertos cambios conductuales que representan tanto la preparación, como la determinación para empezar una relación de ayuda.
- **Acción:** el usuario cambia su conducta manifiesta y encubierta y las condiciones ambientales que le afectan con el objetivo de superar la conducta y sus derivaciones. Suele ser un buen momento de iniciar un plan terapéutico, ya que se encuentran preparados.

- **Mantenimiento:** es una continuación activa del cambio. Se caracteriza por la generalización del mismo a otras conductas y espacios, por el mantenimiento y consolidación de un nuevo estilo de vida y, fundamentalmente, por aprender a manejar las crisis y las recaídas.
- **Recaída:** cuando las estrategias de mantenimiento y estabilización fallan, esta fase se centra en un movimiento basado en la preacción de etapas anteriores: precontemplación, contemplación, o preparación.
- **Finalización:** se especula sobre un supuesto estadio que supondría la finalización por la inexistencia de posibilidades de recaída a través de todas las situaciones problema, dado que la confianza o seguridad en ello por parte del usuario es casi total.

Este enfoque enfatiza que la mayoría de las personas no progresan linealmente, sino que se produce una trayectoria en espiral en la que los avances y retrocesos son una constante. Esto supone otra gran coincidencia con nuestro planteamiento.

2.6. Síntesis de las aportaciones al modelo

A continuación presentamos una síntesis de las aportaciones más significativas de las diferentes perspectivas teóricas y metodológicas analizadas, con la que se pretende un doble objetivo. De una parte, recoger las semejanzas entre los modelos presentados anteriormente en los momentos de intervención desde conceptos distintos, aunque complementarios, con sus focos de intervención particulares, lo cual resalta la perspectiva de una coincidente necesidad de articular un itinerario que guíe las acciones, decisiones y técnicas. Por otro lado, encuadrarlas dentro de la propuesta que desde el modelo VEV hacemos en idéntico sentido, y que veremos a continuación, para justificar el porqué de la misma en el sentido de incorporar algunas fases que otras propuestas no

incluyen, o apenas lo hacen (primera desvinculación o revinculación), y para dotar de sentido técnico a cada una de nuestras etapas desde el sumatorio y síntesis de lo que estos modelos proponen.

Quizá otro factor a tener en cuenta es el tipo de contexto en el que el modelo VEV se desarrolla. Su carácter educativo-terapéutico y no clínico, así como su componente residencial o intensivo cuando no lo es, conlleva un *setting* de la intervención diferente al supuesto ambulatorio en el que se circunscriben la mayoría de las propuestas anteriores. Por otra parte, el factor de la involuntariedad sumado al carácter obligatorio impuesto por las instituciones conlleva otra diferencia: requiere entender la demanda y la alianza con un contenido añadido y especializado, incorporando la atención a momentos de crisis. También la presencia de conductas externalizantes como motivo de inicio de la atención: violencia, consumos e interrupciones de las intervenciones dan un carácter específico a nuestro abordaje. Por último, entender que nuestra propuesta, como ya recogíamos en capítulos anteriores, es de psicoterapia de apoyo, una especie de pre-terapia o preparación para poder beneficiarse de contextos ambulatorios normalizados. Ello explica la especial importancia del encuadre y la revinculación, así como el papel de algunas técnicas.

En este sentido, en la primera columna de la Tabla 2 se enumeran las etapas del itinerario del modelo VEV, seguido por la segunda en la que se enumeran las fases en las que se dividen. En la tercera columna se van enumerando los conceptos de los modelos de referencia en los que se fundamenta el modelo VEV para articularse en este orden y de esa manera. Estos serían la Psicoterapia basada en la mentalización (MBT) de Bateman y Fonagy (2016), la Psicoterapia Cognitiva Analítica (PCA) de Ryle y Kerr (2006), el modelo focalizado en la alianza (M. Focalizado en la alianza) de Escudero (2009), el espacio terapéutico de Abeijón (2013) y el modelo dinámico del cambio de

Prochaska et al. (1992). Ello pretende sintetizar los fundamentos que desde esos modelos, han servido para dotar de contenido a cada etapa y fase propuesta por el modelo VEV, además de su adaptación a los contextos residenciales de intervención y la población adolescente a la que se destina.

Tabla 2
Referencias conceptuales del itinerario educativo-terapéutico

ETAPAS DEL MODELO VEV	FASES DEL MODELO VEV	CONCEPTOS DE LOS MODELOS DE REFERENCIA QUE COINCIDEN
Inicio y establecimiento de la relación	Primera desvinculación	Precontemplación (M.Cambio)
	Disciplina- encuadre	Apoyo (MBT) Identificación del foco de la terapia y uso de cuestionarios (PCA) Crear y mantener la alianza terapéutica (M. Focalizado en alianza) Analizar demanda, patología o ausencia de la misma (Espacio terapéutico) Precontemplación (M. Cambio)
	Contención	Apoyo, empatía (MBT) Identificación del foco de la terapia (PCA) Crear y mantener la alianza terapéutica (M. Focalizado en alianza) Analizar demanda, patología o ausencia de la misma y responder desde la resonancia del equipo interviniente (Espacio terapéutico) PrecontemplaciónContemplación (M. Cambio)
	Validación	Apoyo, empatía, validación y clarificación (MBT) Identificación del foco de la terapia (PCA) Crear y mantener la alianza terapéutica (M.Focalizado en alianza) Analizar demanda, patología o ausencia de la misma y responder desde la resonancia del equipo interviniente (Espacio terapéutico) Contemplación (M. cambio)

El modelo VEV	Confianza básica	<p>Normalización y exploración (MBT)</p> <p>Reformulación del caso y la demanda (PCA)</p> <p>Conocer y potenciar el sistema familiar y re-encuadre para construir una meta terapéutica (M.Focalizado en alianza)</p> <p>Reformular la demanda (Espacio terapéutico)</p> <p>Preparación (M. cambio)</p>
	Responsabilización	<p>Mentalización de las emociones y desafío (MBT)</p> <p>Cambio de énfasis y detección roles recíprocos centrales y de procesos de adaptación (PCA)</p> <p>Re-encuadre para construir una meta terapéutica (M. Focalizado en alianza)</p> <p>Propuesta terapéutica (Espacio terapéutico)</p> <p>Preparación-acción (M. Cambio)</p>
Autonomía	Amenaza a la identidad	<p>Mentalización de la relación y de la contrarelación (MBT)</p> <p>Detección y desarrollo de procedimientos de adaptación (PCA)</p> <p>Promover cambios mediante actuaciones técnicas (M.Focalizado en alianza)</p> <p>Acción-Recaída (M. cambio)</p>
	Desistencia	<p>Detección y desarrollo de procedimientos de adaptación (PCA)</p> <p>Promover cambios mediante actuaciones técnicas (M.Focalizado en alianza)</p> <p>Acción-mantenimiento (M. cambio)</p>
Separación	Desvinculación	<p>Terminación y emancipación de la familia (M.Focalizado en alianza)</p> <p>Finalización (M. Cambio)</p>
	Revinculación	

Nota. Elaboración propia.

3. ETAPAS Y FASES DE LA INTERVENCIÓN DESDE EL MODELO VEV

Antes de iniciar con el desarrollo de las distintas etapas y fases de la intervención desde el modelo VEV, una serie de características que las definen y que determinan el sentido y significado de las mismas:

- Son etapas y fases que *siguen la evolutiva normal del establecimiento de cualquier relación significativa* que mantenemos en nuestras vidas, ya sea ésta parental, filial, de pareja, de amistad, laboral o cualesquiera otra; aunque, lógicamente, cada una de estas relaciones son muy diferentes entre sí y poseen características propias que diferencian a unas de otras.
- Poseen un *sentido prosocial* y *persiguen el adecuado ajuste del individuo a su entorno* y a las personas con las que se relaciona, buscando a través de la movilización del estilo de apego propio de cada persona a un apego seguro, una base segura y sólida desde la que posibilitar una serie de cambios adaptativos a las exigencias con las que se encuentra en cada momento.
- Estas etapas y fases *tienen un sentido acumulativo y sumativo*, es decir, es necesario haber transitado primero por cada una de ellas y haber superado una serie de hitos significativos propios de cada una para poder avanzar con garantías a la siguiente. El tránsito por las etapas y fases es gradual y paulatino, posibilitando que uno pueda encontrarse a medio camino entre dos de ellas. Así mismo, la superación de los hitos significativos de cualquiera de ellas no significa que no puedan existir recaídas y retrocesos en las mismas, sino que a pesar de ello, la recuperación de la etapa y fase en la que se encontraba el individuo antes de la recaída se posibilita en un periodo de tiempo notablemente menor que el que necesitó ese individuo para transitar a la misma por vez primera.

- Su disposición y orden están pensados para *transitar de lo externalizante desde un encuadre objetivo a lo internalizante desde un encuadre subjetivo*. Se parte de considerar que la presencia de conductas externalizantes problemáticas dificulta o imposibilita otros objetivos.
- Por último, es una propuesta de *itinerario educativo-terapéutico de carácter ideal* y que busca guiar las intervenciones. No siempre las acciones conseguirán llevar cada caso atendido a término de las mismas, pero incluso en esos supuestos permite una toma de conciencia de en qué momento se termina una intervención y en qué condiciones se cierra o se deriva a otro dispositivo que continúe con la misma.

3.1. Primera etapa: El inicio de la relación

Debemos partir del hecho de que el ser humano es un ser relacional, es decir, es lo que es *en* relación y *desde* la relación. Ello significa que necesitamos del otro para nuestro sano ajuste y supervivencia, ya que es fuente de satisfacción de nuestras necesidades y nos ayuda a dotar de significado a todo lo que nos rodea y acontece, pero resulta también obvio que desde esa relación el otro también nos enseña a relacionarnos.

Por razones de economía psíquica, el bagaje relacional que maneja cada persona no es infinito, es decir, no manejamos tantos tipos de relación como personas con las que nos relacionamos, sino que establecemos patrones relacionales tipo que admiten mayor o menor flexibilidad dependiendo de las características de la persona y del aprendizaje relacional que hemos elaborado durante toda nuestra vida, pero sobretodo en las etapas más tempranas de la misma en el contacto con las figuras afectivas significativas. Al mismo tiempo que vamos adquiriendo nuestros patrones relacionales característicos, también vamos incorporando que las relaciones no se gestan en un caos impredecible, o

en el azar, sino que poseen sus propias reglas, algunas de ellas comunes a todo tipo de relación; pero, otras, características de cada tipo de relación en particular.

Ello nos sitúa en que el inicio de una relación es siempre complejo en cualquier circunstancia, puesto que los participantes de la misma desconocen mutuamente las características y peculiaridades el uno del otro, así como sus patrones relacionales tipo. Es, por tanto, un momento de crisis, entendida ésta como peligro, pero también como oportunidad para el cambio, y los primeros contactos e impresiones pueden determinar significativamente la evolución de esa relación en el futuro o, al menos claramente, en el inicio de la misma. Por tanto, se hace preciso y necesario por parte del profesional darle la importancia que merece. Como si de una partida de ajedrez se tratara, el inicio de la misma marca su trascurso y ya deja entrever el estilo de cada jugador.

Habida cuenta de ello, en cualquier tipo de relación, pero sobre todo cuando entramos en relación con adolescentes de estas características y con sus familias, siempre resulta necesario crear y establecer un marco de referencia claramente definido y regulado, un contexto y un encuadre claro y conocido por todos, predecible, con una serie de aptitudes y actitudes que posibilite articular entre el profesional y el adolescente/familia una base lo suficientemente segura como para establecer un tipo de vínculo que resulte sustentador y donde el adolescente/familia pueda validar una experiencia emocional que hasta ese momento, de una u otra forma, ha resultado invalidada, al tiempo que nos permita establecer una serie de narrativas-solución, en vez de las narrativas-problema desde las que se relacionan hasta ese momento, y que se han mostrado ineficaces y generadoras de dificultades y problemas relacionales y conductuales.

Así, puede entenderse que el objetivo de esta etapa es establecer una relación o vínculo desde los componentes personales del profesional y del adolescente que permita evaluar funcionamientos, elaborar la demanda que cimente la alianza de trabajo y que permita conectar todos estos contenidos posteriormente a aspectos más nucleares de la intervención. Este vínculo tendría el carácter que mencionábamos al recoger la empatía como prerrequisito sustentador, y además el componente técnico para acometer la capacidad de autorregulación y reflexivas necesarias. Todo ello, requiere entender, tal y como reflexiona Galán (2013) que conviene considerar los problemas de autorregulación (emocional, conductual y cognitiva) como manifestación clave y como elemento definitorio (en lugar de basarse en diagnósticos clínicos). En este sentido, se parte de la conceptualización de la autorregulación como uno de los principales organizadores del desarrollo psicológico, tal y como se plantea desde algunas formulaciones de la teoría del apego (Sroufe, 1998).

Finalmente, los objetivos generales de esta etapa son:

- Realizar un diagnóstico dimensional de las necesidades educativas, psicoterapéuticas y sociales del adolescente.
- Limitar la expresión de conductas externalizantes, especialmente en supuestos agudos.
- Interrumpir la posible fijación de las conductas externalizantes en la identidad del adolescente.
- Regular emocionalmente: identificar, secuenciar y expresar emociones reguladas, desreguladas e invalidadas.
- Facilitar una experiencia interpersonal emocionalmente correctora: un vínculo seguro.

- Identificar patrones relacionales problemáticos y conectarlos con conductas externalizantes. Abordar la patología identitaria.
- Activar la capacidad de mentalización.

Todo ello se procura llevar a cabo a través de las siguientes fases: disciplina, contención y validación.

De modo general, en la siguiente Tabla 3 mostramos los objetivos específicos y los criterios de superación de los mismos en esta etapa.

Tabla 3
Objetivos y criterios del inicio de la relación.

OBJETIVOS	CRITERIO DE SUPERACIÓN
Detectar los roles recíprocos problemáticos en la relación con el profesional y con su entorno relacional.	Implementación de nuevos roles recíprocos en la relación con el profesional.
Evaluar las características personales relacionales del adolescente.	Pasaje de pruebas y elaboración del informe de observación. Observación cualitativa.
Aceptación de la normativa y de la autoridad de los profesionales.	Disminución progresiva del número de correcciones educativas.
Detección y abordaje de las emociones desreguladas.	Aumento de la regulación emocional y del descontrol conductual.
Detección y abordaje de las emociones invalidadas.	Darse permiso en la relación con el profesional para poder dejarse ver en estas emociones o trabajar sobre ellas.
Analizar la demanda, patología o ausencia de la misma.	Obtener datos de la actitud hacia el inicio de la intervención, escuchar su formulación respecto a petición (propia/ajena) y motivo (propio/jeno).
Evaluar conductas externalizantes	Discriminar funcionamiento predominante en violencia (reactiva/instrumental), consumos y riesgo de interrupciones.
Crear una alianza de trabajo y mantenerla	Transitar desde posturas precontemplativas a contemplativas. Generar conexión y sintonía emocional.

Nota. Elaboración propia

Así, en esta primera etapa distinguimos cuatro fases: primera desvinculación, disciplina, contención y valoración/validación.

3.1.1. Primera desvinculación.

El inicio de la relación del adolescente y su familia con los profesionales supone una variación importante en su forma de relacionarse hasta ese instante. Tenemos que tener presente que si el adolescente toma contacto con nuestro dispositivo es porque, de alguna manera, las normas, reglas y pautas de funcionamiento que la familia tiene establecidas en la relación con su hijo no han resultado eficaces a la hora de responder a las exigencias que el adolescente iba poniendo en juego en la propia familia o en sus relaciones con el exterior, ante los acontecimientos que le van surgiendo.

En esta fase se inicia el proceso de observación del adolescente y de su familia. En este primer momento se prioriza la observación y la recogida de información: la forma en que el adolescente y su entorno vivencian y expresan la toma de contacto con el dispositivo de ayuda con el que inicia la relación, la separación entre ellos, los posibles contenidos de angustia y de duelo, contenidos emocionales que se hacen presentes y aquellos que observamos ausentes, así como los patrones relacionales principales que ponen en funcionamiento.

Todo ello con el claro fin de establecer su influencia en la generación del vínculo educativo-terapéutico con el profesional y de anticipar posibles reacciones en una futura desvinculación cuando finalicen su estancia en nuestro dispositivo. En todos los casos esta separación adopta características diferentes en cada familia y aporta información muy valiosa sobre el sistema de relaciones y las dinámicas familiares.

En dispositivos residenciales la separación resulta más abrupta y puede que tenga diferentes tipologías según la misma se produzca por voluntad de todos, sólo de un subsistema, o en contra de todo el sistema. Se pretende recoger información acerca de los comportamientos o síntomas anteriores a ingresar en el recurso residencial que derivan en la intervención dentro del ambiente natural de referencia, de su significado para todos los miembros y del tipo de comportamiento que se da. Esto se utilizará para luego establecer comparaciones de lo que el adolescente pone en juego en la convivencia diaria con los profesionales del dispositivo, así como para hacer lo propio con el resto del sistema familiar, una vez iniciada la intervención. De alguna forma, también pretende realizar un análisis de la demanda, máxime cuando se da la participación en el inicio del proceso de agentes externos que contribuyen a definir el contexto de intervención como de control. Por lo general, la demanda no suele ser uniforme y cobra características o matices diferentes según se trate del adolescente implicado, de la familia, de los diferentes miembros de la familia entre sí, o de la entidad o institución derivante. Es en este primer momento donde cobra especial importancia abordar esta dificultad y definir una demanda conjunta que pueda satisfacer las expectativas y deseos de todos los afectados, a fin de evitar lo que Abeijón (2013) ha dado en llamar “la patología en la demanda”. Se trata de recoger cómo ve cada uno de los miembros de la familia y del sistema institucional derivante el problema, de esclarecer qué es lo que creen que debe pasar para que las relaciones mejoren, cuál es la representación que se hacen de nuestra figura como posibles agentes del cambio y cuál es el papel que ellos pueden desempeñar en la consecución de ese cambio que anhelan.

Igualmente nos resulta muy interesante incorporar la perspectiva sistémica acerca de los procesos de desvinculación de los adolescentes de sus sistemas familiares de referencia, que en este momento de salida forzada se hacen más presentes e intensos. En

este sentido, Cancrini (1996), aunque centrado en la comprensión de las esquizofrenias desde dicha perspectiva sistémica, propone cuatro formas de desvinculación entre el adolescente y su sistema familiar que pueden servirnos de referencia.

De este modo, menciona cuatro tipos de desvinculación: *la imposible*, de forma que mucho antes del tiempo en que ésta se da normalmente, los adolescentes han mostrado ya evidentes dificultades en la fase de individuación y ha empezado a cerrarse toda posibilidad de llegar a ella de una manera que les permita realizarla; *la inaceptable*, en la que la familia no consigue hacer frente a un hecho que marca, en el contexto propio de la familia, la emancipación afectiva de un hijo; *la aparente* que se presenta de una manera incompleta y parcial, con retornos imprevistos hacia atrás, o con graves limitaciones de la persona; y *la de compromiso*, que conlleva la asunción de un proyecto que no pertenece al sujeto, sino a la familia (Cancrini, 1996).

Todas estas formas de desvinculación podrían estar en desarrollo en el momento del comienzo de la intervención. Es por ello muy importante comprender si alguna de estas circunstancias se da para recogerla y trabajarla de forma que no bloquee la intervención, o según la situación, para ser el primer foco de abordaje, entendiendo que si no puede desvincularse, difícilmente podrá establecer una relación o vínculo sano nuevo. Estas dinámicas pueden corresponderse con movimientos regresivos o progresivos, es decir, las conductas externalizantes y/o el motivo de ingreso podrán responder a circularidades del sistema familiar de carácter regresivo que se correspondan con alguno de los cuatro tipos de desvinculación, o podrán tener un carácter progresivo, lo que conllevaría una funcionalidad del síntoma muy diferente y unos itinerarios de objetivación y subjetivación del síntoma en las siguientes fases, como veremos.

3.1.2. Disciplina

Con la palabra “disciplina” recogemos aquellas definiciones y enfoques que se refieren a la articulación desde el exterior del sujeto, de medios, normas o métodos destinados a posibilitar consensuar las necesidades individuales y grupales, y que están destinadas al autogobierno del sujeto. Presenta, por tanto, como sustentación, un componente didáctico-axiológico de aprendizaje.

Un concepto afín y complementario sería el de encuadre. Se trata de un concepto de aplicación en psicoterapia que es interesante para tratar de diferenciar su expresión externa, que se corresponde con la disciplina, de su vertiente interna, que equivale a las dos fases posteriores de contención y validación. De esta forma, en los contextos de intervención intensivos con adolescentes coexisten ambos, primando uno o el otro, atendiendo al momento del proceso educativo-terapéutico.

En los primeros momentos se prioriza la adaptación del adolescente al medio de intervención desde el encuadre externo a través de un conjunto de normas explicitadas que establecen un escenario espacial y temporal dentro del cual transcurrirá el proceso y que también tiene un componente diagnóstico, siendo importante observar las respuestas emocionales que provoca y si favorece, o no, la regresión o los tipos de desvinculación de la primera fase.

En el encuadre externo se propone desde el modelo objetivar el síntoma: el motivo de ingreso o acceso al programa de intervención y de aquellos aspectos que orbitan alrededor del motivo de ingreso. Consiste en hacer visible el síntoma, objetivarlo para hacerlo comprensible. En ese momento el encuadre tiene que ser rígido, centrado en la conducta, ya que todavía está en juego la aceptación del contenido normativo, de la disciplina que da nombre a esta fase.

Sabemos que la palabra disciplina se asocia en ocasiones a arbitrariedad, exceso, siendo “mal vista” en muchos entornos profesionales. Sin embargo, el modelo apuesta por “educar sin complejos” cuando el contenido de la intervención se mueva en los límites anteriormente recogidos y respete, como no puede ser de otra manera, el examen bio-ético y legal. Si no, el crecimiento de problemas de conducta puede generar un movimiento pendular que lleve a pasar de una época permisiva a una castigadora o arbitraria. A este respecto es de suma importancia destacar la necesidad de prevenir este particular para el adecuado desarrollo de las siguientes fases.

La disciplina abarca tres dimensiones conexionadas y consecutivas:

- La *disciplina preventiva*, es decir, una serie de reglas y normas, que no tienen por qué ser muchas, pero que dependerá del contexto y de las características de los adolescentes y sus familias, que resultan claras y conocidas para todos y que establecen lo que está permitido y lo que no, es decir, el contexto en el que se enmarca la relación, y que también define clara y expresamente las consecuencias ante el incumplimiento de esas reglas y normas, así como las consecuencias positivas ante el cumplimiento de las mismas.
- La *disciplina activa*, que supone el establecimiento efectivo por parte de las figuras de autoridad de las consecuencias positivas y negativas establecidas, y conocidas, ante el cumplimiento o incumplimiento de las normas o reglas.
- La *disciplina resolutive*, es decir, la que garantiza que ante la imposición de la consecuencia positiva o negativa, la misma se cumpla, sin que haya posibilidad alguna de eludirla, en el caso de que la consecuencia sea negativa, ni de retractarse en el caso de que la consecuencia sea positiva.

Cuando nos encontremos ante fallas en la disciplina será necesario y determinante por parte del profesional establecer en cuál, o en cuáles, de estas tres dimensiones se encuentra la dificultad, para así poder intervenir de forma adecuada en las estrategias necesarias para poder paliarla.

Como hemos dicho, la disciplina en último término busca el autogobierno del sujeto y su socialización, pero también busca la construcción de una determinada identidad y va a determinar, (generando situaciones tensas y emociones conflictivas) la forma de relacionarse del adolescente con el mundo adulto. Pero no debemos olvidar la etapa de ciclo vital en la que nos encontramos: la adolescencia. Y no debemos olvidar tampoco que es en este momento donde el adolescente, para su correcto desarrollo como adulto en ciernes, debe construir su propia identidad, diferenciada y, por lo tanto, desvincularse y diferenciarse de los adultos afectivamente significativos hasta ese momento. Como señalan Crespo y Girón (2010): “para buscar identidad es imprescindible *diferenciarse* de la identidad atribuida por la familia (diferenciarse de la masa del yo familiar)”(p.45).

Si dejamos aparte aquellos adolescentes cuyas conductas transgresoras devienen de pertenecer a grupos culturales que manejan un sistema normativo diferente al que prevalece en el resto de la sociedad y que, por lo tanto, el incumplimiento de las normas les confiere identidad en la pertenencia a su grupo de referencia, o aquellos otros en los que se encuentra explicación en base a una patología psiquiátrica de fondo, en el resto de adolescentes debemos colegir que la conducta transgresora representa un síntoma de las dificultades que atraviesa la familia en el proceso de individuación, separación y generación de identidad de su hijo.

Es por ello que en la aplicación de la disciplina debe implementarse un primer momento de generación de un espacio artificial marcadamente normativo y rígido que

va a cobrar una especial relevancia como escenario donde van a representarse todas estas problemáticas, y ello nos va a facilitar el establecer un “diagnóstico relacional” (que no psicológico o psiquiátrico) que nos aporte luz sobre las fallas en la construcción de identidad del adolescente y en su proceso de emancipación de su mundo adulto de referencia. En base a este diagnóstico relacional, que como si de una huella dactilar se tratase es único en cada persona, es desde donde se empieza a definir y diseñar una intervención necesariamente individualizada en cada caso, huyendo de intervenciones generalistas.

Pero la aplicación de la disciplina es un proceso relacional madurativo, es decir, evoluciona en el tiempo según la identidad que el adolescente vaya construyendo en la relación con los profesionales, según los desafíos que vaya presentando en su proceso de diferenciación y según cómo vaya haciéndose cargo de su conducta de forma autónoma y satisfactoria en su relación con el mundo exterior. Así, poco a poco vamos a ir encontrando un equilibrio normativo que posibilite que el adolescente genere una base relacional lo suficientemente segura desde la que explorar el mundo que le rodea con suficiente autonomía, sabiendo integrar las experiencias desagradables e insatisfacciones sin necesidad de pasajes al acto transgresores, sabiendo que cuenta con las suficientes herramientas para ello, pero sabiendo también que cuenta con la referencia y ayuda del adulto en caso de necesitarlo, sin que por ello se vea comprometida la imagen de sí mismo, su identidad y su proceso de individuación.

Entre las técnicas que se pueden aplicar en esta fase, podemos enumerar las siguientes:

1) **Establecimiento de un marco normativo regulador** o “Régimen General”:

Consiste en la formulación de un conjunto de normas que rigen la vida diaria,

junto con la consecuencia educativa correctora que se aplicará en caso de su incumplimiento. Podemos dividir estas consecuencias entre consecuencias naturales y consecuencias lógicas. Como su propio nombre indica, las consecuencias naturales son aquellas que devienen de forma natural ante la realización de una conducta sin la necesidad de la intervención de la figura de autoridad; por ejemplo, no seguir la pauta farmacológica establecida por el médico en caso de un esquince de tobillo. La consecuencia natural será la inflamación dolorosa de esa articulación, por lo que no será necesario establecer una consecuencia por parte del profesional.

Por el contrario, una consecuencia lógica es aquella que proviene de la figura de autoridad por el incumplimiento de una norma, pero que siempre está en el mismo rango y ámbito de la conducta inadecuada, y que tiene sentido lógico en relación a la misma. Por ejemplo: no seguir la pauta farmacológica establecida por un psiquiatra ante la alteración conductual de un adolescente. Una de las posibles consecuencias lógicas es que, sin la medicación, no está en condiciones de convivir con el resto del grupo, por lo que deberá permanecer en su habitación hasta que realice su toma. Este “Régimen General” rige la convivencia del grupo y es importante que todos los que conforman ese grupo formen parte en su establecimiento, tanto figuras adultas como adolescentes, sin que ello signifique que su establecimiento se realice de forma consensuada, sino que todos serán escuchados y sus aportaciones serán tenidas en cuenta a la hora de su redacción definitiva.

- 2) **Establecimiento de una “Fase de Acogida”**. Se lleva a cabo en los primeros días de estancia en el recurso, su duración debe ser siempre fija en su inicio, aunque ésta puede verse ampliada o reducida dependiendo de las características

del adolescente y/o su familia, y persigue un paulatino acoplamiento al recurso. Esta fase de acogida plantea un régimen relacional y normativo diferenciado del resto, donde de forma planificada, secuenciada y progresiva el adolescente va incorporándose a las diferentes dinámicas y procesos del recurso, y la razón de la misma estriba en el desconocimiento que tienen del régimen normativo del recurso, así como de los profesionales que les van a atender. En último término persigue mitigar las dificultades relacionales que pudieran deberse al desconocimiento de este nuevo espacio relacional fruto de una inclusión en el mismo de una forma abrupta y demasiado rápida.

- 3) **Diferenciación entre “Grandes normas” y “Pequeñas normas”:** Se trata de una distinción basada en la diferenciación que establece Ausloos (1999) en torno a las normas. Así, establece que en la relación con los hijos debe haber “grandes normas”, que no deben ser muchas y que deben ser siempre sancionadas si son incumplidas porque tienen que ver con la supervivencia de los mismos. Por ejemplo, si nuestro hijo pequeño, que anda suelto de nuestra mano por la acera de una calle, debe esperarnos antes de cruzar en un paso de peatones o en un semáforo, si cruzase solo, aun cuando el semáforo se encontrase en verde, o no pasase ningún automóvil, su conducta debe ser sancionada porque cualquier despiste podría suponer un grave accidente, o incluso su muerte. Pero esta conceptualización de la supervivencia no tiene que ver exclusivamente con la vida humana, sino también con elementos que puedan ser considerados vitales en una relación, o en un sistema de valores, por lo que supone de supervivencia social, psicológica, moral o jurídica.

Por el contrario, las “pequeñas normas” se tratan de normas más numerosas, que son necesarias para regular nuestra conducta y ajustarnos al entorno que nos

rodea, pero que no tienen que ver con la supervivencia. En este caso el incumplimiento de la norma es sancionable dependiendo de las circunstancias y admite la excepcionalidad. Un ejemplo para un hijo podría ser: “no se pueden comer golosinas antes de cenar”. Pero si los abuelos han venido por la tarde de visita y han traído golosinas a su nieto, a ellos les hace más ilusión que al nieto el vérselas comer y el nieto se las come. En este caso, ¿sancionamos, o no? Pues depende de en qué aspecto queramos hacer énfasis en ese momento de la educación de nuestro hijo.

- 4) **Evaluación de la intencionalidad de la conducta transgresora:** A la hora de aplicar la norma, lo más importante a tener en cuenta no es el impacto de la conducta transgresora en el otro, sino su intencionalidad, y es ésta la que habremos de sancionar con mayor intensidad. La conducta transgresora puede producirse en momentos de una mala gestión por parte del adolescente de sus emociones, de sus impulsos, de su gestión de la frustración, de intentar aunar sin éxito su deseo con la realidad, en definitiva, de una violencia con un fuerte componente reactivo, de marcado carácter afectivo-impulsivo. En estos casos, la sanción de la conducta es importante, pero tan importante o más es poner palabras junto con el adolescente a lo que está ocurriendo, creando narrativas que posibiliten una gestión más adecuada en ocasiones futuras de esas partes desreguladas. Sin embargo, en otras ocasiones el adolescente conscientemente busca con su conducta transgresora conseguir un objetivo, alcanzar poder sobre el adulto, o incluso burlarse de él, sin que existan partes desreguladas, aun cuando en la expresión conductual hacia el exterior así pueda parecerlo. En estas situaciones, el control de la conducta del adolescente cobra mayor relevancia que en el caso anterior y, aun cuando también hay que poner palabras a lo que

está sucediendo, la narrativa a construir es una narrativa de quién detenta la autoridad, por qué la detenta, qué es lo que persigue en el ejercicio de esa autoridad y las consecuencias ante el desafío a la misma. Estos supuestos se corresponderían a formatos más instrumentales.

- 5) **La “detención del tiempo”**: Es una pequeña técnica muy efectiva que se engloba dentro de la disciplina resolutive y que consiste en que cuando un adolescente desafía abiertamente el cumplimiento de la consecuencia sancionadora de una conducta no permitida, todas las actividades, rutinas, refuerzos, etc. que realiza ese adolescente cesan hasta que la sanción haya sido cumplida, retomándose esas actividades, rutinas, refuerzos, etc. una vez finalizada la misma.
- 6) **Los “periodos de readaptación”**: En ocasiones, algunos adolescentes entran en abierta colisión con el marco normativo establecido en un recurso, convirtiéndose la convivencia en un continuo desafío y articulándose la relación en base al conflicto, en estas circunstancias las sanciones y correcciones educativas son muy numerosas y pierden su carácter corrector de la conducta, puesto que el desafío a lo que proviene del mundo adulto se convierte en un refuerzo mucho más atractivo que las consecuencias negativas que provienen de esta conducta. La relación pasa del “yo gano, tú ganas”, al “yo pierdo, tú pierdes” característicos de los conflictos enquistados y con una gran carga emocional. Así, el adolescente prefiere el “yo pierdo, tú pierdes”, articulado en su narrativa en el “vale que yo pierdo, pero si tú pierdes, yo gano”, al “yo gano, tú ganas”, articulado en su narrativa en el “vale que yo gano, pero si tú ganas, yo pierdo”. Estos periodos consisten en una especie de tiempo-fuera articulado, organizado y estructurado en un periodo de tiempo que puede ocupar desde una

semana a varias semanas, dependiendo de la gravedad del desafío del adolescente al mundo adulto, donde éste permanece en un régimen normativo distinto al resto de adolescentes y separado de ellos, y donde progresivamente va incorporándose a la vida normal y normativa de ese recurso, recuperándose espacios y actividades desde las más individualizadas hasta aquellas otras donde ese adolescente comparte más tiempo con el resto. La lógica de la técnica consiste en generar un espacio inicial donde el adolescente apenas pasa tiempo con el resto y con los profesionales, no participa en actividades, lo que le imposibilita la realización de conductas desafiantes y, una vez más readaptado y menos desregulado emocionalmente, ir poco a poco acercándolo a espacios relacionales más normativos, desde los menos normativos a los más normativos.

3.1.3. Contención

Éste es un concepto que en ocasiones se asocia en contextos más restrictivos, o a dinámicas de aislamiento, o de reducción física como protocolos de intervención. Sin embargo, el modelo se basa en otra idea: la de continente/contenido. Se corresponde según la teoría de Bion a la:

Designación para lo que se considera fundamento de cualquier relación entre dos o más personas, tanto niño y madre, como hombre y mujer, o individuo y sociedad. En el modelo más básico, el bebé proyecta una parte de su psique, especialmente las emociones incontroladas, para que su madre las contenga. Esta las absorbe, las –traduce- en significados específicos y actúa sobre ellas solícitamente. El proceso resulta en la transformación de las identificaciones proyectivas del bebé en pensamientos con significado. (Moore y Fine, 1997, p.404)

De hecho, esta fase y la validación suponen la otra vertiente del encuadre, su carácter interno o relacional. Conlleva el tránsito de la objetivación del síntoma del encuadre externo a su expresión interna a medida que se va co-construyendo un vínculo entre el adolescente y el profesional.

En el interior de ese este encuadre externo se va desplegando, progresivamente, el encuadre interno, la relación intensa pero inefable que van construyendo, se lo propongan intencionalmente o no, analista y paciente, pero de ninguna manera pensamos que uno y otro encuadre sean independientes entre sí, antes al contrario. (Coderch y Codosoro, 2015, p.368)

Cuando se flexibiliza el encuadre y las normas es cuando los adolescentes están en una fase avanzada y empiezan a conectar, comprender y aceptar los motivos que han derivado en su ingreso. Este momento es el de la posterior fase de responsabilización.

Sea como fuere, dentro de la contención y también en la siguiente fase de validación, llega el momento de subjetivar el síntoma dentro de un encuadre distinto, más flexible y que dé cabida a la dimensión subjetiva del adolescente. El foco técnico de tal subjetividad lo colocamos en las emociones, los roles recíprocos concretados en patrones relacionales y estilos de relación y apego, que detallábamos en el capítulo de la circularidad. Así, la subjetivación del síntoma supone pasar del reconocimiento del síntoma como conducta a la exploración de los contenidos emocionales y relacionales del mismo. Es por ello que en esta fase entendemos que el adolescente va a expresar conductas y emociones desreguladas e invalidadas al entrar en relación con un marco de disciplina que articula unos límites en relación a los cuales no está acostumbrado a convivir.

En el caso de las conductas, además de implementar respuestas educativas que emanen de los contenidos disciplinarios de la fase anterior, es fundamental contener la expresión conductual en proporción a la gravedad de la misma. En este sentido, es cierto que pueden darse situaciones en que el carácter de dicha contención pueda ser físico o farmacológico, aunque la clave se circunscribe a saber rescatar el contenido emocional desregulado que subyace a la misma, tranquilizarlo y devolverlo consciente. Por consiguiente, la contención: “implica el despliegue de una barrera de seguridad mediante la cual el sujeto queda efectivamente contenido y donde en consecuencia puede actuar sus ansiedades e impulsos sin miedo de correr un excesivo riesgo de descompensación” (Ávila, 2001, p.36). Y esta seguridad, este espacio relacional que permite poner en juego aquellos aspectos sin comprender ni elaborar, requiere de un otro que pueda realizar tal función social de acompañamiento, de manera que tal y como afirma Bateman y Fonagy (2003):

Ninguno de nosotros nace con la capacidad de regular nuestras propias reacciones emocionales. Un sistema regulador diádico se desarrolla en el instante en el que las señales de los niños de cambios en sus estados, momento a momento, son entendidas y respondidas por el cuidador/a permitiendo, por lo tanto, alcanzar la regulación de esos estados. (p.188).

Una vez más, se señala la importancia de la figura adulta en el aprendizaje de la detección, comprensión y regulación de los estados emocionales, procesos todos ellos necesarios para poder regular la conducta.

Esta figura adulta es necesaria, pero en último término esta fase persigue en un primer momento que el adolescente sea capaz de integrar su comportamiento en la relación con el adulto, con mayor consciencia de lo que significa y subyace, para

posteriormente, en un segundo momento, integrar esta relación en uno mismo, de tal manera que sea capaz de generalizarlo a relaciones subsiguientes. En definitiva, persigue la generación por parte del adolescente de un autodiálogo que le permita la suficiente regulación de sus estados emocionales y de su conducta sin la presencia de ese adulto, porque lo que él representa en esa regulación ha quedado introyectado y apropiado. En este mismo sentido, Ryle y Kerr (2006) sostienen que:

Observar cómo evoluciona la relación en este espacio permite un tipo de aprendizaje diferente: la capacidad para sostener relaciones se desarrolla a partir del reconocimiento y no reciprocación por parte del terapeuta de los patrones destructivos y animando al paciente a que participe de una forma nueva. La técnica terapéutica persigue generar y vivir a través de una relación reconstructiva intensa. (p.171)

Ello requiere la identificación de los roles recíprocos problemáticos y el emerger de otros nuevos más adaptativos en el seno del vínculo generado. Este proceso se completa en la fase de validación.

Así, en esta fase de contención la figura adulta debe:

- Ser una figura cuidadora que posea la capacidad de identificarse con las características del adolescente y sus necesidades, entender el significado de estas últimas en relación a esas características, de tal forma que le permita integrar, ora la satisfacción, ora la frustración de las mismas dependiendo de su conveniencia en el proceso educativo y madurativo que se va persiguiendo.

- Poseer la capacidad de llevar a cabo la función materna⁹, tal y como señalan Moore y Fine (1907) “con el fin de proporcionar un continente adecuado a las proyecciones de su bebé, que constituyen un terror sin nombre hasta ser absorbidas por el continente materno” (p.405), y que se podrían sintetizar simplificando estos conceptos en el hecho de sostener, desde su propia regulación, las necesidades y emociones de estos adolescentes, permitiéndoles manejarlas, integrarlas, elaborarlas y discernir entre lo que es posible y lo que no lo es por parte del adulto que está *comprometido de un modo especial*. Por tanto, debe poseer la capacidad de limitar lo externalizante, al tiempo que también es capaz de acogerlo y sostenerlo.

Entre las posibles técnicas a aplicar en esta fase podemos mencionar las siguientes:

- 1) **Control de las posibles manipulaciones respecto al profesional.** Este aspecto se refiere al conjunto de acciones que es necesario tener en cuenta para evitar los ataques o resistencias que pueden devenir del proceso de intervención. La claridad de un encuadre externo y su proporcionalidad, explicitar la demanda u objetivo de trabajo conjunto y sus limitaciones en el espacio-tiempo, que eviten confusiones o deslizamientos hacia otro tipo de relaciones, la asunción de las propias limitaciones como profesional y de las características de la realidad propia del adolescente, pueden ser algunos de los primeros aspectos a tener en cuenta. Así mismo, aclarar qué acciones se llevarán a cabo ante posibles actuaciones correspondientes con las conductas externalizantes que motivan el inicio de la intervención, y prever su posible aparición de cara a disponer los medios para que su expresión no suponga riesgo para el profesional también son

⁹Se trata de una función que puede ser realizada tanto por padres como madres, pero que estos autores en sus escritos refieren como materna.

muy importantes. No se puede generar un espacio seguro desde la percepción de riesgo no abordable por parte del profesional y no hacerlo puede bloquear otras técnicas.

- 2) **Abordaje de los contenidos del inconsciente dinámico.** Para ello resulta importante entender este concepto que Stolorow y Atwood (1992) describen como aquel espacio interno formado por información emocional que una vez que es conocida tiene que ser “secuestrada” u olvidada debido a que genera conflicto a la persona, en nuestro caso al adolescente. En concreto, el recuerdo amenazaría el vínculo con los cuidadores de los cuales adolescente necesita depender. De esta forma, se trata de generar espacios en los que, fruto de los límites de la fase de disciplina, o como consecuencia de cualquier situación convivencial intensa, se pueda conectar la expresión agresiva, o trasgresora, con un contenido emocional desregulado, al cual se da una respuesta desde el entorno de aceptación que pueda traducirse en narrativas centradas en el mensaje de “respeto lo que sientes, pero no lo que haces”. Suelen centrarse en emociones básicas, que unidas a ciertos patrones relacionales se expresan en conductas que provocan rechazo en el entorno. Conlleva entonces aceptar, identificar, unirlo a otras situaciones externas y generar alternativas de expresión. Hay que tener en cuenta que, a veces, pueden ser emociones que enmascaran otras más invalidadas, de forma que este paso puede abrir la vía para la siguiente fase. En resumen, se trataría de recoger lo que se ha aislado y apartado porque no fue bien recibido en el entorno primigenio desde una relación en la que su expresión no amenaza el vínculo con los profesionales en los que se necesita confiar.
- 3) **Confrontación de la capacidad de mentalización.** Esta estrategia partiría del concepto de desafío de la mentalización. Supone abordar incoherencias en el

discurso, explicaciones desresponsabilizadoras de la propia conducta, reflexiones realizadas desde una ausencia de la función reflexiva, abordajes de expresiones del síntoma en el seno de la relación con el profesional y argumentos que evitan el foco de la intervención, pero siempre teniendo en cuenta el momento del adolescente. Es decir, hacerlo progresivo al ritmo que el adolescente puede integrar, recibir, elaborar desde sus niveles de intensidad emocional, su capacidad de pensarse y su conciencia de los patrones que guían su comportamiento. Para ello es muy importante respetar la zona de desarrollo próximo y su potencial de aprendizaje, no adelantarse prematuramente a describir más contenidos si los anteriores no se están utilizando fuera de la relación con el profesional y validar siempre la experiencia desde reconocer los logros y esfuerzos. Puede ser útil parar y volver al punto en que se estaba conectado, pedir información de cómo se va sintiendo, solicitar que resuma qué va recogiendo, terminar encuentros con preguntas como: “¿qué te llevas hoy?”, y mandar tareas entre encuentro y encuentro. Cabe recordar que el foco es el proceso, las emociones... no el contenido concreto que se esté abordando, ya que el objetivo es que él mismo pueda elaborarlo, no que lo haga muy bien en nuestra compañía.

- 4) **Afectividad mentalizada nivel I.** Las ideas que se centran en el principio de mentalización, o función reflexiva, basadas en las ideas de Bateman y Fonagy (2004, 2012) toman en cuenta el doble componente de la misma: interpersonal y auto-reflexivo, y que, como señala Lanza (2013): “le permiten al individuo diferenciar la realidad interna de la externa, los procesos intrapersonales de los interpersonales, la posición en la que el pensamiento es equiparado con la realidad, de aquella otra que discierne a este último como una construcción de la

propia mente”. En el caso de la dimensión auto-reflexiva, ésta nos permite hacernos conscientes de nuestros propios pensamientos, creencias, emociones, sentimientos, etc..., la relación que existe entre ellos y las razones por las que son éstos y no otros. Esto requiere lo que Bateman y Fonagy (2016) denominan “la afectividad mentalizada” o “la mentalización de la afectividad”, que es la que permite la regulación emocional, y en la que establecen tres niveles. Pues bien, el nivel I establece de inicio “la identificación de los afectos”, que permite a las personas identificar, poner nombre y ser consciente de las emociones que se experimentan y también a los sentimientos relacionados con aquéllas. Así mismo, también les permite establecer la relación que se produce entre diferentes afectos y por qué se establece este nexo entre ellos basado en su historia relacional vital con figuras de afecto importantes para ellas. Se trata, en definitiva, de “hacer comprensible”. Un ejemplo muy evidente en estos adolescentes es la relación que existe entre la ira y la tristeza y/o el miedo, que les hace reaccionar desreguladamente de forma airada o violenta cada vez que entran en contacto con componentes capaces de despertar en ellos esta tristeza o este miedo, que son emociones en las que les cuesta verse, en las que no saben desenvolverse o en las que no les gusta ser vistos.

- 5) **Regulación de las conductas coercitivas de apego.** En muchas ocasiones, la conducta violenta de los adolescentes suele confundirse con un mal manejo de su ira y enfado, cuando en realidad se trata de una conducta coercitiva de apego que busca la atención, la presencia y el interés del adulto como figura afectiva de apego donde manejar situaciones y estados emocionales que provocan tensión y ansiedad y sobre los que los adolescentes tienen dificultad para narrar y elaborar las palabras necesarias que les puedan permitir un adecuado manejo cognitivo y

racional. Para la adecuada regulación de estas conductas se hace necesario la presencia de un profesional que sepa discernirlas adecuadamente, que sepa sostener lo desregulado de las mismas y que responda ante ellas de una forma proporcional que garantice que el adolescente se siente entendido, sostenido, segurizado, pero al mismo tiempo que le haga entender que no necesita necesariamente dejarse ver en esa desregulación para ser atendido o para formar parte del universo relacional privilegiado de ese profesional, sino que es posible obtener ese beneficio de formas más prosociales y evolutivamente más desarrolladas.

- 6) **Actuar desde la “curva de la hostilidad”.** El estallido de la desregulación emocional y conductual sigue una curva descrita por Allaire y McNeill (1983), y que sigue el siguiente patrón (Figura 8):

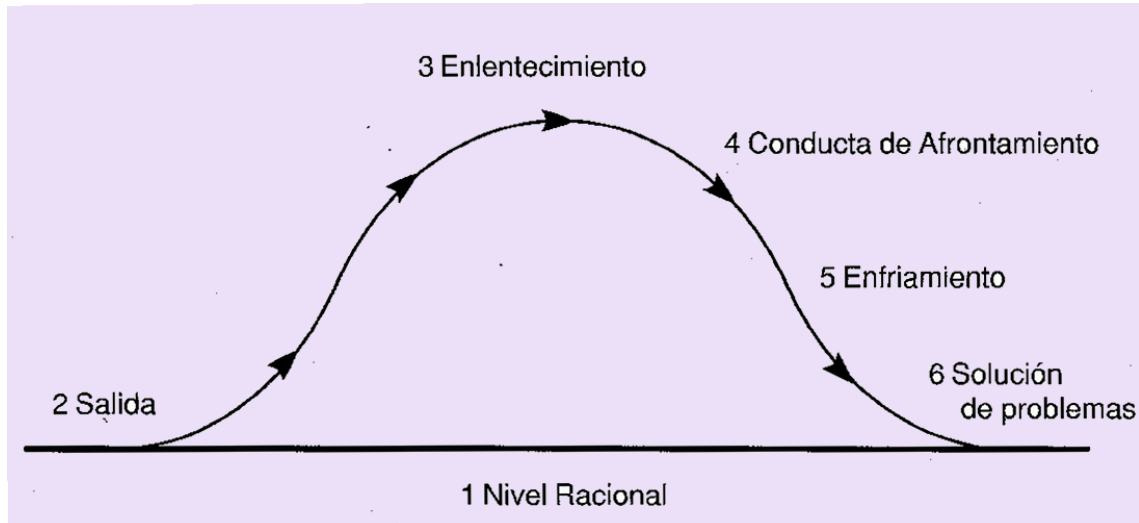


Figura 8. Curva de la hostilidad. Allaire y McNeill (1983).

Como muestra la Figura 8, pueden observarse varias fases en el estallido de la hostilidad y su progresiva resolución. Hay una primera fase denominada *de salida*, cuando la inestabilidad y la irritabilidad se acumulan, o cuando un suceso imprevisto irrumpe de un modo provocador, y la persona no puede, o por lo que sea no quiere,

controlar sus emociones, mostrándose hostil y alterada. Cualquier intento de intervenir en esta fase va a resultar infructuoso, puesto que como muy bien muestra el dibujo, la persona ha abandonado el nivel racional y está en un proceso acelerado de alejamiento cada vez más de él. En estos momentos resulta conveniente utilizar la escucha activa, o incluso la contención física en los casos de desregulación más graves, donde se pueda poner en riesgo la integridad física de la persona, de los que le rodean, o del propio entorno. Posteriormente se observa una *fase de enlentecimiento*, ya que si se ha intervenido bien y no hay no hay actuaciones erróneas posteriores que generen y actúen sucesivas veces como nuevas fases de re-disparo, la desregulación empieza a remitir poco a poco y es cuando se hace posible la *fase de afrontamiento*, donde el profesional puede mostrarse sensible ante el estado emocional del adolescente, reconociéndolo, sosteniéndolo y no dejándose arrastrar por la desregulación, sin sentir miedo ante ella, pero sin sobre reaccionar tampoco ante la misma. Si este proceso resulta adecuado, se observa una *fase de enfriamiento*, en la que la persona va logrando la calma de sus estados emocionales y, por último, la *fase de solución de problemas*, el momento en el que la persona retorna al nivel racional y puede intervenir poniendo palabras a lo que ha ocurrido y que hasta ese momento era sólo algo descontrolado y pobremente representado y autonarrado.

En definitiva, tal y como señala Lasa (2016):

Canalizar la impaciencia (contención de la intensidad y la impulsividad emocional) y diferenciar los componentes de la confusión (límites en tanto que comprensión que diferencia entre unas situaciones y otras pero de contenido diferente) se confirman como tareas esenciales para salir de la confusión, del desconcierto y del desbordamiento que sobrepasa al adolescente y a su entorno familiar. (p.200)

Y para encontrar un equilibrio entre la mencionada contención, como placer de dominar y controlar la impulsividad y la pulsionalidad, y la trasgresión como placer y liberación de descargarla.

3.1.4. Valoración/validación

El concepto de *validaciones* un concepto originario de Feil y De Klerk-Rubin (2002) y que, aunque en sus conceptualizaciones iniciales está muy centrado en las intervenciones con personas mayores de edad y el tratamiento de las demencias y deterioros cognitivos, propone unos postulados que posibilitan un enfoque de intervención básico y generalizable con casi todos los colectivos de personas, pero muy especialmente con adolescentes con dificultades en su regulación emocional y conductual. De forma resumida entiende que cada persona es única y que por tanto debe ser tratada de forma única y con valor propio.

Esta fase continúa con el encuadre interno para cimentar un espacio relacional desde el que la subjetivación del síntoma se consiga desde la integración de contenidos emocionales que pudieron quedar en el plano inconsciente al no haber sido señalados por el entorno en el momento de sus primeras manifestaciones.

Cabe destacar que el inconsciente no solo puede ser concebido desde una perspectiva psicoanalítica, sino también como “aquellas representaciones cognitivas psicológicamente activas que no van acompañadas de la correspondiente experiencia fenoménica” (Froufe, 1997, p.40), máxime cuando hacer consciente aquello que no lo es supone un ejercicio de toma de conciencia y ésta, la conciencia, es antes que nada experiencia fenoménica, es decir, vivencia subjetiva. Así mismo, establece que siempre existe una razón tras las conductas de las personas que les confiere un significado propio para cada persona, al tiempo que pone el foco en el efecto beneficioso de

reconocer y validar emociones y sentimientos negativos, ya que ello hace que disminuyan sus efectos negativos, la ansiedad que generan y favorece una imagen más positiva de uno mismo.

Como vamos pudiendo ir apreciando hasta este momento, el comportamiento y el estilo de relación de estos adolescentes no se presenta básicamente conectado a rasgos caracteriales o a anómalas motivaciones, sino que cobran significado en su historia relacional y de desarrollo personal en relación a sus figuras cuidadoras a lo largo de su todavía corta vida, es decir, es lo que les ha ido permitiendo dar respuestas adaptativas a las exigencias de su entorno, aun cuando estas respuestas les haya propiciado entrar en conflicto con ese mismo entorno.

De hecho, tal y como apuntan Orange et al, (2012):

Los principales componentes de la subjetividad son los principios organizadores, ya sean automáticos y rígidos, o reflexivos y flexibles. Estos principios, frecuentemente inconscientes, son las conclusiones emocionales que una persona ha sacado del ambiente emocional a lo largo de toda su vida, especialmente de las conexiones mutuas y complejas con sus cuidadores tempranos. Hasta que esos principios llegan a estar disponibles para una reflexión consciente, y hasta que una nueva experiencia emocional conduzca a una persona a imaginar y esperar nuevas formas de conexión emocional, estas interferencias antiguas van a tematizar el sentido del *self*. (p.38)

Tal y como reflexionan estos autores, el establecimiento de una relación segura que permita activar una función reflexiva desde la que se puedan identificar, modular y expresar emociones, cuya expresión sea recogida de una forma que le trasmita sentirse

aceptado y entendido, es el primer paso para eliminar interferencias que deriven en conductas externalizantes coincidentes con los síntomas objeto de intervención.

Esta fase de validación aborda tanto la vertiente conductual, como la emocional. En relación a la primera, nos referimos a la capacidad de influir en el adolescente reconociendo, alabando, valorando aquellos comportamientos que deseamos se mantengan o aparezcan en ellos, no en función del comportamiento en sí, sino de lo que representa.

No es que se premie por una acción bien hecha, sino que se le presenta el objetivo o motivo de forma que el adolescente, en un primer momento, se sentirá atraído por él y, después, con aquellas indicaciones, y en la medida que vaya madurando, podrá ir analizando esas mismas razones para aceptarlas o rechazarlas de una forma más crítica y madura. (Valdivia, 2003, pp.38-39)

Pero no sólo valorando los comportamientos positivos, sino dando valor también al significado que en su momento tuvieron aquellos otros que han impedido, e impiden, un adecuado desarrollo del adolescente y que es necesario modificar. Es por ello que, dentro de este concepto, el modelo ahonda en la vertiente de valorar a la persona y no el comportamiento, es decir, “validar” las expresiones del adolescente, tal y como define Linehan (2003) y ya recogíamos en el capítulo de la relación y el vínculo. Así, “la validación consiste en reforzar activamente la realidad de las percepciones de los sujetos e identificar las funciones adaptativas que desempeñan sus defensas y comportamientos” (Gunderson y Gabbard, 2002, p.51). O como también recoge Andolfi (2003):

Distinguir el comportamiento sintomático del individuo es en sí mismo un signo de respeto al cliente, ya que, subrayando que el individuo no es identificable con

los síntomas de que es portador se revalorizan indirectamente los aspectos positivos y, a menudo, la potencialidad de este último. Cliente y problema son dos entidades separadas, porque el individuo es algo más complejo que su malestar. (p.108)

Esta fase cobra sentido relacionándola con la fase de contención. Si en la anterior se contenían emociones desreguladas y su expresión conductual, en ésta se pretende identificar y validar la expresión emocional subyacente e invalidada. En este sentido, se trataría de reconocer lo que Greenberg (2000) denomina “emoción primaria adaptativa”. Es decir, partimos del supuesto de que lo que hemos denominado como emociones desreguladas son, tal y como define nuevamente una emoción reactiva o defensiva que oscurece el sentimiento primario o que, en ocasiones, se usa con el propósito de obtener lo que se desee, que pueden coincidir con el concepto de emociones híbridas que recogíamos en el apartado de conceptos aportados desde la Psicoterapia basada en la mentalización. Pero detrás está el contenido emocional a identificar, reconocer, y al que es necesario asignar valor, es decir validar. En muchas ocasiones, este momento conlleva expresiones emocionales que el adolescente desconoce y que el entorno también. Además, contribuye a ayudar a que se pueda expresar por medio de conductas más contingentes con su verdadero contenido y, por lo tanto, menos disfuncionales y más prosociales.

Como es lógico, esta fase y la anterior requieren de un profesional que dentro de ese primer sistema diádico sea capaz de reconocer sus propios estados emocionales, siguiendo la máxima de que no se puede enseñar lo que no se sabe, o de que no se puede reconocer en otro lo que no se reconoce en sí mismo, y de tolerarlos en sí mismo y en los demás. Como expresa Leveton (1987): “A fin de ser eficaz, la primera pregunta

que el asesor o la asesora debe hacerse es: ¿Puedo tolerar sentimientos fuertes?” (p.122).

Linares (1996) recoge esta idea dentro del prólogo de “Identidad y Narrativa” en un diálogo con su hermano:

Es que los sentimientos, las realidades emocionales, también se crean. Las emociones no son realidades objetivas, que se experimentan fatalmente como si sólo estuvieran biológicamente condicionadas, sino que se pueden cultivar ejercitándolas y pidiéndolas, a los demás y a sí mismos. ¡Qué contradictorio sería que un terapeuta se sintiera capaz de inducir amor en una pareja, pero no de hacerlo brotar en sí mismo! (pp.20-21)

En este sentido, una técnica puede ser identificar los correlatos físicos de las emociones y la subsiguiente representación mental.

Llegados a este punto, la perspectiva de la validación del modelo se resumiría en cuatro supuestos básicos de abordaje que pueden implementarse en narrativas, o sustanciarse en la postura del profesional:

- 1) **Resignificar el síntoma**, darle valor como forma de funcionamiento durante un tiempo al buscar una salida o solución a otras cuestiones, pero que ha dejado de ser útil y puede llegar a causar otros problemas.
- 2) **Dar permiso para sentir y expresar lo no actuado**, evocando en nosotros una respuesta que no contribuya a reprimirlo o desplazarlo, sino a integrarlo como parte de uno mismo, a normalizarlo (“cualquiera podría sentir lo mismo en esta situación”). Sería continuar con el desarrollo de la técnica de la fase de contención en la que se aborda el inconsciente dinámico que: “supone algo más

que un simple reflejo (p.e., te sientes triste o enfadado por tal cosa); implica el reconocimiento de la reacción del cliente como una reacción comprensible y válida” (Gilbert, 2015, p.144). Reacción que puede ser en primer lugar el dar sentido y permiso a haberlo reprimido hasta el momento presente.

- 3) **Dar respuesta a lo expresado** que aporte significado al mismo. Atendiendo ese nivel invalidado que “describe aquellos aspectos de la vida subjetiva que nunca pudieron convertirse en experiencia debido a que nunca encontraron una respuesta validatoria en su ambiente emocional” (Orange et al., 2012, p.39), se trataría de generar narrativas que unan esa emoción a una experiencia generada en el “aquí y ahora” con el profesional y desde la que pueda paulatinamente revisar acontecimientos pasados que le sitúen en los presentes y futuros. Pero es algo más, es la experiencia de que otra mente comprenda nuestra mente
- 4) **Encontrar lo adaptativo en lo desadaptativo:** la motivación, la necesidad, el deseo... (“tienes buena intención pero tus acciones no lo son y no se entienden”).
- 5) **Diferenciar la emoción de la conducta.** Observar si la identificación de la emoción se corresponde con el estímulo externo competente que la activa, o si éste último contribuye a dificultar su modulación y posterior expresión.
- 6) **Validar la experiencia como forma de apoyo y sostenimiento** en momentos avanzados de la intervención, en las que puede haber recaídas que requieren articular un formato de “recuerdo” del vínculo que se tiene con él y desde el que poder pensar lo que está ocurriendo.

Nuestro foco entonces serían las emociones y los procesos correspondientes con modalidades de mentalización de interpretación de las mismas, así como en los patrones relacionales con los que dichos estados mentales se unen para desencadenar en

conducta. No sería la conducta, aunque tuviéramos que limitar su presencia para poder abordar el foco. En cierta manera, tiene en cuenta las dos dimensiones del modelo circunplejo de las emociones, en la que:

Una parece hablar de la intensidad de las emociones (que los investigadores en emoción gustan llamar arousal); y la otra parece estar relacionada con el hecho de cómo valoramos (cada vez que evaluamos los procesos afectivos que están implicados) las situaciones donde las emociones están presentes. (Mestre y Guil, 2012, p.30)

En definitiva, en palabras de Lasa (2015), se trataría de tener:

Especial cuidado con la interiorización de lo que ocurre en la relación (empleo muy prudente de la transferencia) y con la permanencia del marco en que transcurre (solidez del encuadre). Que sobreviva a su ambivalencia, a sus dudas, y sus olvidos. Entender que su cólera, como muchas cóleras desesperadas, busca y está destinada a vincularse con alguien. (p.139)

De esta manera, el modelo se basa en conjugar las fases de contención y validación, en cómo tener ese especial cuidado y poder simultanear la solidez de un encuadre externo con la comprensión en un encuadre interno que recoja la búsqueda de un vínculo seguro. Dicho esfuerzo se concretaría en entender la intervención como una contención validante que se lleva a cabo a través de los siguientes pasos:

- 1) Parte de un profesional “compasivo”, entendiendo la compasión, tal y como la recogen Gilbert y Choden (2015), como la sensibilidad y el interés ante el sufrimiento manifestado de uno mismo y de otros, al tiempo que también con el compromiso intenso para poner fin a dicho sufrimiento.

- 2) Parte de un profesional que actúa como referente, que contiene las conductas inapropiadas y las traduce (rescatando lo que de sentimiento positivo tienen y dando una consecuencia proporcional a la conducta), que responsabiliza al adolescente desde su responsabilidad y que mantiene un equilibrio en la intervención, aunque ésta sea violenta o emocionalmente muy desregulada. O lo que es lo mismo, interviene sobre la inestabilidad emocional del adolescente desde su propia estabilidad.
- 3) Dar siempre una respuesta o consecuencia negativa a la conducta problemática de una manera coherente entre todos los miembros que intervienen con el adolescente.
- 4) Validar la experiencia privada no compartida, rescatando la emoción y el sentimiento y lo que de intención positiva pudiera tener dicha conducta inadecuada, valorando lo que ello representa.
- 5) Rescatar la parte positiva también a través de los recursos de que ya dispone, de forma que el cambio en la expresión no suponga una renuncia a los contenidos de su identidad, y ofrezca vías que promuevan y se basen en la progresiva responsabilización del adolescente.

La validación no parte sólo de la detección del contenido de la expresión emocional no compartida, sino que también esta última puede crearse como una nueva narrativa en el seno de la relación del adolescente con el profesional, hacia el que desarrolla un apego seguro habida cuenta de las características contenedoras de la misma. Dicha narrativa supone una “traducción” de los contenidos incontrolados, proyectados en la relación. Dicha validación, nuevamente, parte de una disposición psíquica del profesional que resulta contenedora para crear una narración que recoja la emoción no

compartida y para expresarla adecuadamente. Así, desde la zona de desarrollo próximo, el profesional demuestra y valida al adolescente no sólo en lo que hace, sino en lo que puede llegar a hacer. Es decir, el profesional imagina que el adolescente puede hacerlo; el adolescente, mediante la internalización de la dinámica interpersonal establecida, imagina que él puede hacerlo; el adolescente lo hace sucesivamente, o en otras palabras, y sólo quizá otro sentido, realizar “el menor gesto significativo que venga a decir: tú existes en mi consideración y lo que tú haces es importante para mí” (Cyrułnik, 2003, p.100).

Como técnicas que es posible implementar en esta fase, podemos citar:

- 1) **Afectividad mentalizada nivel II:** En este punto se hace referencia a la modulación del afecto. Habida cuenta de la intervención realizada en la fase de contención, esta técnica persigue en un primer momento que la duración y la intensidad de la expresión emocional desregulada del adolescente disminuyan, para, en un segundo momento, dotar de nuevos significados a estas emociones, reinterpretándolas, en base a la historia vital personal y el sentido adaptativo que han podido tener, ayudando a visualizar lo que “de positivo” pudieron tener en un momento dado, pero con la necesidad de evolucionar hacia estados más complejos de control emocional y de resignificación emocional, permitiendo al sujeto regular lo desregulado, es decir, aquello en lo que permite verse y ser visto, y manifestar las emociones invalidadas, es decir, aquellas en las que no se ve o en las que no le gusta ser visto. Así mismo, se trata de lograr la efectiva simbolización de los afectos y emociones, que los niños van adquiriendo a través de las adecuadas respuestas parentales en edades tempranas de su desarrollo, pero que en estos adolescentes ha sufrido un déficit y no se ha realizado adecuadamente. Como señala Lanza (2013), si el cuidador no cumple esta

función de modo adecuado, el niño experimentará diversas perturbaciones; una de ellas será que sus sentimientos no estarán etiquetados ni simbolizados, serán confusos y difíciles de regular.

- 2) **Regular las conductas evitativas de apego:** A diferencia de las conductas coercitivas de apego, y que conviene prestar atención e intervenir sobre ellas como hemos mencionado en la fase de contención, en muchas ocasiones estos adolescentes evitan llevar a cabo determinadas conductas o dejarse ver en determinados afectos por miedo a una temida pérdida y para evitar que la figura de apego principal desaparezca, se vaya o deje de prestarles atención. En su historia relacional han aprendido que la expresión de determinados estados emocionales asustaba o alejaba a sus figuras de apego primordiales. En este caso se trata de reconocer la funcionalidad que esas conductas proporcionaron en su universo relacional anterior, pero proponiendo al adolescente un modelo de relación donde esas conductas de apego dejen de tener sentido porque el profesional se va a mostrar siempre presente e interesado exprese lo que exprese y ponga en la relación lo que ponga, con el propósito de que ese tipo de relación diádica segurizante pueda ser generalizada a relaciones futuras. Como puede observarse en definitiva, en todo momento se trata de generar narrativas posibilistas que vinculen la conducta con contenidos internos pobremente simbolizados y/o narrados.
- 3) **Limitar sin reciprocitar.** Esta técnica supone poder poner límites, o abordar contenidos complicados para el usuario, sin reproducir un estilo de respuesta que se asemeje a aquellas que han tenido las figuras primigenias de su entorno. Si el usuario, fruto de su biografía e interpretación subjetiva de la misma, vive a quien le pone dichos límites, por ejemplo como un humillador que le hace sentir

humillado y responder y justificar su actitud y comportamiento desde la misma, el profesional debe tener atención y cuidado para presentar el límite desde una posición distinta que sorprenda al usuario y le obligue a resituarse en un nuevo patrón relacional ante el mismo contenido. Conlleva poner el foco en el patrón relacional, o roles recíprocos, y no en la conducta y exige al profesional ser consciente “desde qué aspectos personales propios” responde. Hay que tener en cuenta que el objetivo no es eliminar los patrones existentes, aunque sean problemáticos. Quizá, además de no ser posible, supondría un cuestionamiento a la propia biografía e identidad del usuario. La finalidad es generar nuevas formas de relación desde un espacio seguro. Cuando esta técnica pueda generar mucha activación emocional, habría que interrumpir y validar la experiencia, cómo se está sintiendo y transmitir comprensión para poder volver a pensar. De alguna forma, sería retroceder a la técnica de confrontar al límite de la capacidad de mentalización.

- 4) **La técnica de la “moviola”:** Esta herramienta está destinada a poder trabajar con el adolescente en un momento de tranquilidad situaciones que se hayan dado con anterioridad. Supone revisar la explicación de la situación que pueda dar el adolescente desde su punto de vista, con sus connotaciones y vivencias alrededor de la misma. El objetivo desde el profesional es escuchar la misma desde la perspectiva del foco de la intervención, es decir, desde los contenidos emocionales y los patrones relacionales que pone en juego. No consiste en interpretar, sino en ir acotando su descripción a lapsos del mismo en los que el foco es muy claro y parafrasearlos para activar la capacidad del usuario de darse cuenta de los mismos, o de conectar indirectamente con los mismos. Si no lo consigue, se debe dejar que continúe y esperar una nueva situación, pero no

describirla por él. En caso de tomar conciencia, se puede pedir que lo explique y remitirle a observar si eso mismo le puede ocurrir en otras situaciones con esa misma persona, con otras, en otros contextos, en el pasado... Se trata de empezar a conectar esa toma de conciencia a la capacidad de responsabilización que en fases posteriores será necesaria para abordar el motivo de inicio de la intervención. Esta técnica puede empezar a utilizarse desde situaciones que se hayan dado con profesionales en crisis o actuaciones violentas, para pasar a situaciones más cotidianas, y según avance en la capacidad de detectar el foco en las mismas y en la confianza en el espacio que le ofrecemos, transitar a situaciones externas de progresiva dificultad. Siempre es recomendable no forzar y validar la experiencia, reforzar el esfuerzo, alabar el darse cuenta y agradecer que lo comparta con nosotros.

- 5) **La “máquina del tiempo”**: Con esta técnica se pretende dar continuidad al proceso de que el adolescente pueda situar el foco de la intervención en su propia biografía y en su visión de futuro. Permite poner palabras a la imagen que tienen de sí mismos y también a los escenarios futuros que temen, desean... Puede llevarse a cabo en distintos formatos: centrada en el pasado, animando al usuario a describir su historia desde la selección de momentos que para él le describan mejor, abordando ante su explicación cómo se siente en el presente ante esos hechos, cómo se sentía en el pasado, qué diferencias hay entre esos sentimientos, cómo se ve ahora, o cómo se describiría, y cómo se describía entonces y compararlos. Así abordamos emociones y patrones relacionales desde la visión propia y de los demás. También podemos incorporar la mirada de otros, familiares, amigos, y aplicar la misma secuencia. De idéntica forma, podemos centrarlo en el futuro: cómo quiere verse en unos años, cómo cree que

será en realidad y comparar los mismos. En este sentido, la posible diferencia entre ambos nos situaría en una discrepancia sobre la que generar una demanda conjunta: “¿qué podemos hacer para conseguirlo?, ¿qué habría que cambiar?...” Otra forma más indirecta puede ser que escoja canciones, películas, libros, lugares... que sirvan para acometer el mismo proceso, pero con menor compromiso de verse expuesto a la mirada del profesional. Según el grado de desarrollo del vínculo, puede ser una forma más apropiada de empezar.

3.2. Segunda etapa: Vinculación emocional validante.

Como es fácil ir visualizando a estas alturas, si las fases anteriores se han cubierto satisfactoriamente, el adolescente puede permitirse situar al profesional como una figura de referencia que se preocupa y *se responsabiliza* en la relación y dotarlo de un valor y unas características de las que hasta ese momento estaba desprovisto, a imagen y semejanza de un guía en quien se puede confiar porque es capaz de limitar, sostener y, al mismo tiempo, ver lo que de auténtico hay en la persona y a través del cual obtiene un apoyo que le posibilita segurizarse y generar nuevos aprendizajes y nuevos patrones de relación desde la absoluta certidumbre de que lo que deposite en esa relación va a ser debidamente contenido y validado. Esa responsabilización por parte del profesional sitúa a éste en una posición ética y relacional privilegiada a los ojos del adolescente, convirtiéndose así en una figura con ascendente y un guía. Así, es común observar adolescentes que tienen un comportamiento adecuado con esta persona y que no manifiestan ese mismo comportamiento con otras, de lo que podemos concluir que si un adolescente puede comportarse bien con esa persona, puede hacerlo con las demás si ese profesional es un guía en la generación de experiencias y patrones relacionales segurizantes en ese adolescente que hasta ese momento no cobraban significado, o tenían otro muy diferente, en la línea del desarrollo próximo de Vygotski (1978).

Todo ello sería fruto, de haber desarrollado un vínculo que tiene un encuadre externo-disciplina claro que limita las expresiones conductuales negativas y que promueve un encuadre interno que pasa por ser contenedor y validante. Así, desde él mismo, el adolescente comienza a mejorar su imagen de sí mismo y de los demás desde múltiples momentos con profesionales en los que se siente visto en emociones que reprimía o que enmascaraba al ser respondidos con respeto y dotados de sentido. Así mismo, desarrolla nuevas formas de relación ante la respuesta no reciprocadora del ambiente que le mueve a posicionarse en otros registros que aumentan su elenco relacional y modifican su identidad. Así, tal y como reflexiona Wallin (2012):

Es en última instancia el nuevo vínculo con el terapeuta el que propicia el cambio en el paciente. Ese vínculo ofrece una base segura para que el paciente se arriesgue a sentir lo que supuestamente no debe sentir y a saber lo que supuestamente no debe saber. En ese punto el papel del terapeuta consiste en contribuir a que el paciente desmonte los modelos de apego del pasado y construya otros nuevos para el presente. Dicho de otro modo, el vínculo terapéutico es un crisol del desarrollo, dentro del cual puede transformarse de manera radical el vínculo del paciente con su propia realidad interna y externa.

(p.26)

Es este un momento de asentamiento de lo adquirido, aceptado y descubierto en el seno de una relación de seguridad que debe procurar ser generalizada a otras relaciones y contextos y aplicada a contenidos relacionados con el síntoma o motivo de ingreso. Supone verse a uno mismo y a los demás desde este aprendizaje y asumir los riesgos de llevarlos a cabo.

En esta etapa los objetivos generales pasarían por:

- Generar confianza en el mundo adulto/social.
- Generar adhesión a la relación de ayuda y formular la demanda.
- Activar la motivación al cambio.
- Promover formas de relación alternativas a través de nuevos patrones de relación. Generar una identidad sana.

De esta forma, los objetivos específicos y los criterios de superación de la misma serían los presentados a continuación en la Tabla 4:

Tabla 4
Objetivos y criterios de la vinculación emocional validante

OBJETIVOS	CRITERIO DE SUPERACIÓN
Generación de un vínculo educativo-terapéutico segurizante con el profesional.	Aparición de pequeños cambios en las conductas y roles recíprocos problemáticos. Identificar emociones invalidadas y su conexión con funcionamientos problemáticos.
Iniciar contactos con el entorno relacional externo de manera autónoma.	Establecimiento por parte del adolescente de los criterios de limitación de los contactos con el entorno relacional externo.
Desarrollar confianza epistémica.	Poder orientarse hacia el adulto y preguntar, discutir, pensar en alto.
Mejorar la imagen de uno mismo y de los demás.	Cambiar la explicación de situaciones problemáticas y la interpretación de los estados mentales propios y ajenos. Confiar más en las propias capacidades y en la no maldad inicial del entorno.
Re-encuadrar la relación con el profesional hacia entornos externos	Segurizar el apego y poder acometer acciones sin la presencia del profesional en entornos cercanos.
Formular la primera demanda	Llegar a primeros acuerdos y concreciones del sentido de la intervención.

Nota. Elaboración propia

Esta etapa viene determinada por una única fase: **la confianza básica**.

Este tipo de relación es el que va a favorecer que el adolescente pueda permitirse confiar en el profesional, sentirse seguro en la relación con él y, de esta forma, introyectar e imitar su figura.

Con esa guía o modelo de identificación (diferente de un modelado social), el adolescente puede internalizar nuevas formas de relación, teniendo en cuenta que:

El proceso de internalización consiste en una serie de transformaciones: a) una operación que inicialmente representa una actividad externa se reconstruye y comienza a suceder internamente; b) un proceso interpersonal queda transformado en otro intrapersonal; c) la transformación de un proceso intrapersonal es el resultado de una prolongada serie de sucesos evolutivos. (Vygotski, 1978, pp.93-94)

Como ya hemos visto, la zona de desarrollo próximo, como:

Diferencia entre nivel real de desarrollo determinado por la capacidad de resolver independientemente un problema, y el nivel de desarrollo potencial determinado a través de la resolución de un problema bajo la guía de un adulto o en colaboración de un compañero más capaz. (Vygotski, 1978, p.133)

Depende de la capacidad del profesional para generar esa confianza básica a través del proceso de contener y validar al adolescente en la manifestación de sus conductas violentas o trasgresoras, ya que la conciencia del cuidador de los estados mentales del chico parece ser un predictor significativo de la probabilidad de un vínculo seguro.

En este sentido, esta fase supone un momento de segurización del estilo de apego que parte de la mejora en la imagen de uno mismo, la imagen de los demás y la imagen

que creemos que los demás tienen de uno mismo. Ello se corresponde con el incremento de roles recíprocos que aumentan los modelos representacionales internos o los patrones relacionales. Este incremento de recursos personales desde la relación con un entorno que responde de una forma sensible y contingente permite mejorar la relación con el profesional. Pero eso no quiere decir, todavía, que dichos cambios puedan ser generalizables a otros espacios externos. Este objetivo ineludible que será un componente central de la posterior etapa de autonomía, requiere no obstante un componente más que la securización del apego y la construcción de un vínculo educativo-terapéutico. De esta forma, la generación de confianza supone un factor determinante. Conseguirlo necesita de unas condiciones de comunicación que haga el contenido fiable o digno de ser incorporado en el repertorio propio para el usuario. Llegados a este punto, partimos de la teoría de la *confianza epistémica*, que enfatiza la importancia social y emocional de la confianza que depositamos en información que nos transmiten otras personas sobre el mundo social, es decir, el adolescente puede considerar la información genuina y relevante para él y para su uso en espacios externos a la relación con el profesional. De hecho, tal y como señalan Bateman y Fonagy (2016):

Todo el mundo busca el conocimiento social que le ayude a navegar en el mundo interpersonal. Solemos sentirnos inseguros en lo que respecta a nuestras creencias e intuiciones y buscamos información y seguridad en los demás. Eso es, por supuesto, más probable que eso le suceda a alguien cuya inseguridad permanente le haya dejado al borde del entramado interpersonal de la comprensión social (p.57).

En este sentido, parece lógico inferir que los sujetos con un apego seguro tenderán a tratar al cuidador como una fuente fiable de conocimiento y también que aquellos usuarios más dañados hagan lo contrario. Entender esto conlleva añadir a la necesidad

de securizar el apego, la de establecer canales de comunicación en el seno de ese vínculo que permitan al adolescente recoger información fiable de ese profesional o equipo.

Nuevamente, recurrimos a la perspectiva del desarrollo madurativo normal para contextualizar el sentido original de posiciones del profesional para intervenir. En este sentido, desde la Pedagogía natural, en la que se fundamenta la teoría de la *confianza epistémica*, se entiende que el cuidador utiliza señales (Csibra y Gergely, 2011) que los niños están preparados para responder con especial interés, tales como el contacto ocular, la reactividad contingente por turnos y la utilización de un tono de voz especial que pueden desencadenar un modo específico de aprender en el pequeño. Desde la perspectiva de la mentalización las denominan señales ostensivas y entienden que promueven el reconocimiento del oyente como agente intencional, es decir, señalan que el cuidador natural, o el profesional en su caso, tienen una intención comunicativa dirigida hacia el bebé/niño o adolescente. Todo ello a su vez facilita que la información recibida sea recogida como relevante, generalizable más allá de la situación inmediata, e importante como para retenerla en la memoria, al hacer sentir al oyente especial o individualmente tenido en cuenta. Esto subraya el potencial que la relación educativo-terapéutica posee para reavivar la capacidad de aprendizaje de las situaciones sociales y de alguna manera refuerza la alianza con el profesional y la adhesión a un tipo de relación de ayuda que puede encontrarse más allá del mismo.

Así las cosas, entendemos que esta fase debe acometer tres niveles de la confianza:

- 1) Conseguir que el adolescente sienta que se crea en él desde hacerle sentir comprendido y aceptado, o lo que es lo mismo, no juzgado. Este componente lo abordamos desde la contención validante ya descrita en las fases anteriores.

- 2) Conseguir que el adolescente pueda creer en el otro, tanto en su buena intención, como en su capacidad personal-profesional. Este factor sería lo propio de esta fase y que abordamos desde la confianza epistémica.
- 3) Conseguir que el adolescente pueda creer en sí mismo, tanto en su capacidad presente en la relación con el profesional, como en su potencial futuro con otras personas de su entorno, o de nuevos contextos a los que pueda transitar. Esto se pondrá en juego en las fases posteriores, en las que el usuario llevará a cabo estos primeros aprendizajes para tomar conciencia del problema y de sus recursos para abordar la subjetivación del síntoma que ha conllevado la intervención, así como para restablecer relaciones anteriores y generar otras nuevas.

Habida cuenta de todo lo anterior, es necesario concretar cómo abordar el contenido de esta etapa. Así, entre el amplio abanico de técnicas que pueden implementarse en esta fase, nos vamos a centrar en mencionar:

- 1) **Carta de reformulación:** Esta técnica, que proviene directamente de la Psicoterapia Cognitiva Analítica, tiene por objetivo obtener una comprensión acordada que se presentará por escrito. Supone en nuestra aplicación un intento de empezar a construir los andamios de una posible demanda con el usuario. Para ello, Ryle y Kerr (2006) proponen los siguientes pasos en su confección:

(1) Dejar claro que la carta es provisional y está abierta a revisión por el paciente. (2) Dar una explicación breve de lo que condujo al paciente a la terapia y una síntesis de los puntos significativos de la historia vital. No se requiere reproducir todo el relato. (3) Mostrar que los patrones evidentes en el presente se derivan de la historia pasada, representando

repeticiones o sustituciones restrictivas de patrones negativos. (4) Proporcionar una explicación sintética de los problemas presentes y un listado de los procedimientos problemáticos actuales. (5) Considerar cómo pueden manifestarse éstos en la terapia. (6) Ofrecer una sugerencia realista, no gratuitamente optimista, de lo que puede lograrse. (pp.149-150)

Son pasos que suponen una guía y quizá no siempre se puede profundizar demasiado en esta fase sobre algunos aspectos que sugieren los autores, pero sirve para poner el foco en una propuesta que redefine el momento inicial de la relación y sienta las bases de una posible formulación de demanda posterior. De hecho, esta carta debe ser leída y matizada por el usuario, lo que comienza a articular ese espacio propio de solicitud de ayuda desde la reflexión centrada en nuestro foco de intervención. Esta carta puede compararse con la carta de finalización de la fase de desvinculación.

- 2) **Gráfico de transferencia múltiple:** Se trata de una herramienta que pretende conectar la experiencia subjetiva vivida por el adolescente en relación a los distintos profesionales con aquella que tiene, o siente, con personas ajenas al mismo dispositivo residencial y que sean significativas para el adolescente. También se concibe como una forma de detectar patrones habituales de relación y su conexión con las conductas que puede desencadenar, las emociones parejas y las interpretaciones sobre las demás que desencadenan. En este sentido, se trata de pedir al adolescente que escriba en lo alto de un papel las personas del servicio con las que mejor y peor se lleva, o conecta. Se le pide que describa por qué en cada caso, concretando cómo le hace sentir, cómo siente que le trata, qué situaciones problemáticas ha vivido con ellos y por qué cree que se han dado.

Cuando ese proceso ha terminado (puede durar un rato de un encuentro, o varios) se le pide que piense a quién del exterior le recuerda cada una de las personas mencionadas en el papel y se le anima a colocar esas figuras recordadas en la parte inferior para visualizar su conexión. Luego se le pide que valore si lo que han descrito de los profesionales se parece a lo que puedan sentir con las otras figuras.... No es necesario que nos lo cuenten, sólo les pedimos que lo piensen para ellos y que sean honestos con ellos mismos de cara a responder sobre si lo que les pasa con los profesionales es la primera vez que ocurre, o no, y si tiene que ver con los demás, o también con ellos mismos. El papel y las reflexiones son de su propiedad y pueden ser utilizadas con su permiso en otros momentos de la intervención.

- 3) **Collage autobiográfico:** Se trata de una técnica que puede realizarse individualmente, o en el seno de una actividad grupal. Requiere un tiempo de realización, cuya duración es variable según el formato individual o grupal y según el grado de confianza en el profesional o grupo que presente el adolescente. Se desarrolla facilitando revistas, periódicos, acceso a internet para imprimir de cara a que el usuario seleccione imágenes o frases..., que colocará en un mural siguiendo el orden subjetivo que él mismo determine de cara a explicar a otro, individual o grupalmente, su propia historia. Podrá profundizar más, o menos. No hay límites preestablecidos en ese sentido, aunque en su formato grupal se cuidará de no favorecer demasiadas autorrevelaciones. Cuando su “obra” esté terminada se le pedirá que la explique, que la acompañe de su propia narrativa. En caso de formato grupal, primero se puede animar al grupo a que compartan qué ven, o qué les sugiere el mural, para que el usuario puede escucharlo y compararlo con sus intenciones de comunicación (ello puede

ayudar a entender los malentendidos en la comunicación) y también ayuda al resto del grupo en el mismo sentido. En ocasiones es una herramienta que puede servir también para cohesionar el grupo. Se puede utilizar posteriormente en un formato individual con el profesional de referencia para profundizar en otros contenidos y, por supuesto, es propiedad del adolescente que puede decidir hacer con ello lo que estime oportuno.

- 4) **Pregunta milagro.** Es una técnica a utilizar en el seno de entrevistas individuales. Puede realizarse en cualquier momento. Nuestra preferencia es hacerlo al final de alguna sesión. Se trata de situar al adolescente en que imagine que se le ha concedido un deseo y preguntarle qué pediría, o variar el formato y plantearle cómo se daría cuenta de que el milagro se ha producido. Ambas formas persiguen descubrir, o evidenciar las motivaciones, o deseos, en ocasiones ideales, del adolescente, su visión de futuro. Se puede comparar lo que pediría con cómo cree él que va ser realmente, uniendo los contenidos a los obtenidos en la técnica de la máquina del tiempo de fases anteriores.

- 5) **El diferencial de intervención:** Es una herramienta más destinada al uso de los profesionales. Tal y como mencionábamos en el capítulo del abordaje de las conductas externalizantes, más en concreto de la violencia, es importante no tratar todas las conductas de la misma forma. Así, esta técnica pretende poder ubicar, desde el cotejo de pruebas psicométricas y la evaluación de los profesionales consensuada en reuniones de equipo, el tipo de violencia (reactiva, mixta tipo 1, mixta tipo 2, o instrumental) y la posible presencia de insensibilidad, así como el tipo de ubicación en el otro eje respecto a su grado de conocimiento de la norma; tendencia a saltarse los límites; presencia de difusión, o no, de la identidad; conservación, o no, del criterio de realidad. Ello permite

especializar la intervención, empleando acercamientos, comprensiones y técnicas distintas según el caso, así como poner objetivos realistas de tránsito de un estadio al inmediato en un continuo de gravedad y no establecer metas voluntaristas, pero no posibles. También sirve para no aunar en actividades de corte relacional a usuarios de perfiles distintos. Por otra parte, se desciende a la individualización y subjetividad al ubicar al usuario en los componentes personales descritos en el capítulo de la circularidad, léase estilo relacional, estilo de apego, conductas de apego, roles recíprocos y contenidos emocionales. Una vez realizado, se le coloca en la rejilla correspondiente del diferencial, lo que conlleva que, aun estando en la misma rejilla, puede tener características distintas. Ello permite tratar de forma diferente a cada persona en lo subjetivo y de la misma forma en lo objetivo del funcionamiento de su conducta violenta.

- 6) **Cuidado de plantas o animales:** Este uso se dirige a un doble objetivo. En primer lugar, poder establecer una evaluación del cuidado que desplaza hacia el exterior el usuario como resonancia del propio auto-cuidado, tanto en un momento inicial como continuo, ya que pueden darse picos que reflejen las alteraciones del estado emocional, o hechos externos que puedan afectarle. En segundo lugar, fomentar esa dinámica, hacerle consciente de la dificultad y esfuerzo que conlleva, facilitar la visibilidad del foco en momentos de crisis desde la que poder hacer narrativas entre el estado de la planta o animal y el suyo, educar en la responsabilidad y explicar nuestra influencia en otros y detectar el propio bienestar desde el de los demás y reforzar su esfuerzo desde el logro que supone la imagen de estar o sentirse bien cuidado. También puede servir para evidenciar roles recíprocos que se ejerzan en este proceso y que reflejen la forma en que pueden haberse sentido cuidados. Conlleva un gran

esfuerzo para los equipos y a veces un ejercicio de flexibilidad con normas establecidas en algunos contextos, por lo que conviene abordar estos aspectos previamente y entender que esas dificultades pueden tener que ver también con el equipo interviniente.

7) **Uso de señales ostensivas:** Supone adaptar la propuesta de la confianza epistémica. No nos centramos en las señales de momentos evolutivos tempranos, aunque también las tenemos muy presentes para los casos más dañados. No todos los profesionales podemos ofrecer ni utilizar las mismas señales, Su expresión tiene que ser sincera y formar parte de nuestra persona, de nuestro propio estilo, por lo que no es recomendable tratar de utilizar lo que vi hacer a otro. Hay que descubrirse y eso forma parte del desarrollo personal de nuestro quehacer profesional. Además hay que tener presente esa diversidad también entre los adolescentes, algunas señales serán útiles con algunos y no con otros, forma parte de la complejidad inclasificable de la intersubjetividad humana. No obstante pueden enumerarse algunas consideraciones generales:

- 1) Tratar de sorprender: no responder como están habituados a esperar, es decir, no reciprocarse sus patrones relacionales más rígidos y problemáticos.
- 2) No personalizar. Tratar sus expresiones más descontroladas, o sus ataques, manteniendo el foco de intervención y los niveles de validación descritos en esa fase. No alimentar pensamientos del tipo: “me manipula”, “se cree que somos tontos”...

- 3) Mantener cierta estabilidad, o más bien resultar predecible en nuestras respuestas, que puedan anticiparlas. Les asegura y sitúa en la relación con nosotros.
- 4) Ser claros, aún en los contenidos más difíciles. Ser sinceros: lo valoran especialmente. Evita la confusión y normaliza que ellos también puedan serlo. Pero no ser invasivos o confrontativo-agresivo por ello. Cabe recordar la técnica de confrontar al límite de la capacidad de mentalización.
- 5) No romper nunca las vías de comunicación, sabiendo “parar y rebobinar”, acompañar y tener paciencia. Les alivia y permite reconducirse.
- 6) Mantener la norma de forma que no parezca que su aplicación depende de nuestro estado de ánimo, o de cómo interpretan que les vemos o valoramos.
- 7) No describir situaciones difíciles puntuando los hechos, sino las emociones o estados mentales.
- 8) Ir a buscarles allí donde están. No forzar que se adapten a marcos intersubjetivos impuestos que conlleven a interpretar sus dificultades como resistencias.
- 9) Describir con humildad y curiosidad, nunca interpretar. Aunque estemos seguros de los que vamos a transmitir, en el mejor de los casos les hurtamos tomar conciencia, o darse cuenta, y, en el peor, nos confundimos y eso genera distancia. Es importante, manejar la propia

ansiedad y tener en cuenta el consejo de Abeijón (2013): ante lo dramático, tiempo.

- 10) Mantener la zona de desarrollo próximo, adaptándonos a su lenguaje, gustos, capacidades,...
- 11) Uso del sentido del humor respetuoso y en clave de juego relacional. Modelar la capacidad de reírse de uno mismo, de aceptar las bromas, de desdramatizar situaciones, de reírnos con el otro, nunca del otro, pero también como una forma de activar la mentalización y la compasión.
- 12) Nunca ser mejor que sus referentes familiares. No criticar, ni devaluar a los mismos. Ofrecer narrativas validantes de sus intenciones, incluso en los comportamientos complicados.
- 13) Tratar de activar la curiosidad y el interés por nuestra figura. Se corresponde con sorprender, o con nuestra capacidad de hacernos inteligentemente los tontos.

3.3.Tercera etapa: Autonomía.

Hasta esta etapa, el trabajo realizado con el adolescente ha estado dirigido a construir un vínculo lo suficientemente seguro con el profesional para que en la relación con éste, permitir arriesgarse a llevar a cabo los cambios necesarios para superar las dificultades por las cuales se encuentra en el recurso residencial. Una vez que el adolescente ha internalizado nuevas formas de relación en base a la movilización de su estilo de apego originario hacia un apego seguro con la figura del profesional, y una vez que el adolescente ha tenido experiencias de enfrentarse a diferentes situaciones y dificultades emocionales de formas alternativas a las que había generado hasta el momento,

entendemos que es el momento de empezar a trabajar su autonomía como punto de partida hacia la separación que inevitablemente se va a producir de la figura del profesional y del contexto en el que se encuentra en este momento, en la seguridad de nuestra presencia en el futuro si fuese necesario, pero ya de una forma diferente a como lo ha sido hasta ese momento.

De esta forma, los objetivos generales se centrarían en:

- Fomentar la toma de conciencia de problema: egodistonía y responsabilización
- Fomentar la toma de conciencia de recursos: experiencias de competencia y responsabilidad.
- Adaptar el tratamiento/intervención a la persona: protagonismo del adolescente en el cambio.
- Indicar tratamiento/intervención exterior, basado en el diagnóstico de la primera etapa y logros conseguidos hasta el momento y acompañar el proceso.
- Activar el entorno: dar espacio a nuevas relaciones.
- Andamiar el tránsito al exterior y afrontar las dificultades.
- Mantener los cambios conductuales y conectarlos con los cambios personales e internos.
- Mantener la motivación al cambio.

Partiendo de ello, en esta etapa, los objetivos específicos y los criterios de superación de la misma serían (Tabla 5):

Tabla 5

Objetivos y criterios de la autonomía.

OBJETIVOS	CRITERIO DE SUPERACIÓN
Transición de un estado egosintónico a otro egodistónico respecto a lo que	Implicación con aprovechamiento en los recursos y líneas de intervención que se establezcan para el cambio. Transitar de la contemplación a la acción y

le ocurre.	procurar el mantenimiento.
Redefinir, formular y trabajar la demanda.	Comprender para qué es la intervención, el sentido del vínculo y cómo tener éxito en su consecución. No desplazar la relación con el profesional a otros contenidos. Responsabilizarse de su logro.
Limitar las recaídas en las conductas o roles recíprocos problemáticos	Disminución de la frecuencia, duración e intensidad de las recaídas. Permitir “volver atrás” en caso de darse. No interrumpir la intervención por ello. Reconocimiento de la propia responsabilidad. Detectar vías de mejora.
Redefinir relaciones anteriores e iniciar posibles cambios de entornos.	Mejora de las relaciones con el sistema familiar, vía resiliente o desistente. Conocer nuevas personas desde patrones relacionales sanos.
Aprovechamiento de los recursos y estrategias implementados para el cambio.	Disminución progresiva de la problemática a nivel personal y relacional previa al ingreso. Conciencia de los propios recursos personales y su relación con los logros.
Desistencia de conductas y roles recíprocos problemáticos.	Inicio y aprovechamiento de relaciones y actividades sociales normalizadas. Toma de conciencia y voluntad expresa de cambio. Confianza en poder abordar dificultades futuras.
Abordar y actuar la separación progresiva del profesional y del Servicio.	No depender del profesional. Usar su figura sin ser necesaria su presencia. Poder pedir ayuda antes del problema y saber detectar los pródomos. Poder hablar del término de la intervención y visualizar con realismo el futuro.
Mentalizar las emociones y el impacto de su expresión en los demás	Poder sentirse visto y poder ver sentirse a los demás. Comprender el impacto de sus acciones, decisiones y conductas en los demás y en uno mismo.

Nota. Elaboración propia

Esta tercera etapa consta de tres fases: de responsabilización, amenaza a la identidad y desistencia

3.3.1. Fase deresponsabilización

Que se entiende como un proceso complejo mediante el cual el adolescente, a partir de la segurización producida en las fases anteriores con el profesional, de la experiencia de un tipo de relación diferente con el adulto, y a partir de la mayor consciencia de sus estados emocionales y de nuevas narrativas que le permiten situarse en sus dificultades de una forma diferente y más posibilista en las posibles soluciones, acepta y asume, no sólo las consecuencias de su conducta, sino la presencia de un aspecto problemático a resolver, su participación activa en la persistencia del mismo, así como en su superación. El último aspecto hace referencia a la importancia de abordar dicha responsabilización en el momento de un posible cambio del adolescente partiendo de sus propios recursos personales y de los del sistema al que pertenece, de forma que el cambio no suponga una pérdida o un peligro para su identidad en construcción.

De hecho, esta tarea no constituye un proceso connotado de una exigencia externa añadida que se da como consecuencia de conductas inadecuadas, sino que al igual que Lasa (2016) entendemos que:

La adolescencia supone la aceptación de su propia responsabilidad: no es fácil- y por eso necesita su tiempo- hacerse un sujeto responsable de sus pensamientos, sus decisiones y sus actos, con el placer de acertar y el riesgo de equivocarse sin culpar a los demás de sus elecciones. Algunas de gran trascendencia. (p.194)

Este tránsito requiere que el adolescente modifique su actitud egosintónica (que sería vivir su síntoma como positivo, con beneficios a los que no se quiere renunciar, o como parte de su identidad, de forma que el síntoma es un problema para el otro y no para uno mismo) acerca de lo que le ocurre y se genere egodistonía (vivir negativamente el síntoma, o las consecuencias del mismo), es decir, que el adolescente pase de un estado

en el que lo que le está ocurriendo no le genera malestar, a otro en el que se genere ese malestar necesario para abordar el cambio. En otras ocasiones, el adolescente ya presenta una actitud egodistónica sobre lo que le está ocurriendo, pero no se atreve a arriesgarse a dar los pasos necesarios para el cambio porque acierta a vislumbrar las dificultades que acarrea, o en ocasiones porque magnifica esas dificultades, inmovilizándolo en el malestar y la desregulación emocional y conductual.

En ningún caso la generación de egodistonia debe buscarse a través de confrontaciones masivas a la realidad y la visión de estos adolescentes, o por medio de confrontaciones que no recogen al adolescente posteriormente: de alguna forma, confrontar sin recoger es agredir. No se trata, por lo tanto, de confrontar, sino de enfrentar, generando y ofertando alternativas posibilistas para el cambio, de lo contrario corremos el riesgo de regresiones y de afianzamiento de las conductas transgresoras.

Dentro de esta fase consideramos muy importante tener presente que el adolescente debe haber podido desarrollar, tras el tránsito por la primera etapa en la compañía del profesional, la capacidad de mentalizar, es decir, la capacidad de comprender y predecir las propias conductas y las de los demás en función de los estados mentales subyacentes tanto propios como ajenos, lo que requiere de una mayor capacidad de autorregulación de los afectos, del desarrollo de una mayor sensibilidad y comprensión hacia la importancia del otro en relación al bienestar propio y de un leerse a sí mismo y a los demás de forma diferente.

Señalamos este aspecto por la importancia de tener en cuenta y comprender lo que le ocurre a él mismo y a los demás como primer paso para poder responsabilizarse de ello y no sólo de sus conductas. De no ser así, esta fase sólo se circunscribiría a admitir la comisión de conductas negativas, sin conexión con dificultades personales, y desdeñaría

la vertiente de asumir que se puede hacer de otra forma. Se trata de que el adolescente se sienta actor/a de sus conductas y protagonista de sus intenciones, así como capaz de generar opciones alternativas que le permitan ajustes más adecuados a las exigencias que provienen del mundo externo, de las relaciones que mantiene y de la construcción de una identidad lo suficientemente preservada y sólida que le permita verse a sí mismo y a los demás con la suficiente indulgencia como para transitar por las diferentes etapas de su ciclo vital a través de las necesarias sucesivas crisis que, lejos de ser vividas como peligros, signifiquen momentos posibilistas de mayor crecimiento personal y adaptación funcional a las exigencias del mundo relacional que le rodea.

La capacidad de mentalizar se puede traducir en un nivel más operativo y funcional en el desarrollo de estrategias cognitivas de tipo causal, consecuencial, alternativo y de medios-fines. Pero, en todo caso, estas diferentes expresiones deben partir del componente emocional y su reconocimiento, aunque no llegue necesariamente a ser empático, para que tengan un contenido de desarrollo axiológico-moral que posibilite aprendizajes alternativos y no meras adaptaciones interesadas a un contexto que le resulta lo suficientemente limitador y controlador.

Es importante señalar esto porque una tendencia suele ser enseñar, en el momento de los primeros contactos con estos adolescentes, habilidades de pensamiento y sociales sin seguir este tránsito por las etapas y fases anteriores, de forma que se aprenden estrategias que no están conexionadas e individualizadas con las características personales y únicas de cada adolescente y sus patrones relacionales propios, y que se pueden utilizar como un instrumento sutil de violencia, es decir, pueden favorecer una instrumentalización de la violencia o trasgresión reactiva, de forma que en vez de relacionarnos con una persona violenta o transgresora, pasemos a relacionarnos con una persona violenta o transgresora *hábil*, que utiliza esas nuevas habilidades sociales o de

pensamiento en un beneficio instrumental propio para la consecución de sus deseos, objetivos o intereses, aun cuando ello pueda agravar sus relaciones con el mundo externo y con los demás, sin ser consciente de ello, o pudiendo serlo.

En definitiva, es tomar conciencia de lo que el usuario tiene que ver con lo que hace y le pasa, sentir un grado de malestar tolerable que le lleve a una motivación de cambio desde el descubrimiento de sus potencialidades y recursos personales descubiertas desde las alternativas propuestas desde figuras hacia los que existe confianza epistémica. Todo ello tiene que “ponerse a prueba” en experiencias anteriores y el abordaje del motivo de inicio de la intervención

Entre las posibles técnicas que podemos utilizar en esta fase se podrían mencionar:

- 1) **El abordaje de la negación:** La negación de las dificultades en estos adolescentes sigue un tránsito muy similar en la mayoría de los casos. En un primer momento la negación lo es sobre la propia conducta y sobre las dificultades por las que se encuentra con nosotros. Así, es común escuchar en estos momentos expresiones tales como: “*no, yo no he sido*”, “*no sé por qué estoy aquí*”, “*a mí no me pasa nada*”, “*esto es injusto*”, etc. Una vez abordada esta primera negación, y reconocida la conducta y las dificultades, la negación se sitúa en no reconocer la gravedad de las mismas, en un formato muy similar a “*sí, yo lo hice, pero no es para tanto*” o “*la culpa fue del otro*”. Con posterioridad, y si el adolescente ya ha reconocido la gravedad de lo acontecido, la negación suele situarse en no reconocer que las conductas realizadas se deben a dificultades personales que influyen en su relación con el exterior, bajo formas como “*lo hice, pero no tengo ningún problema*”, o “*es que yo soy así y no voy a cambiar*”. Un siguiente momento, una vez superada la negación anterior, es

abordar la negativa del adolescente a solicitar ayuda para superar estas dificultades, ya que en muchas ocasiones vislumbran con temor que el proceso del cambio va a suponer un camino largo, jalonado por muchos momentos y situaciones que va a haber que afrontar y a los que siempre han temido enfrentarse. Por fin, y como último paso de una responsabilización plena, aunque no necesaria, situaríamos la reparación del daño ocasionado. Y decimos que no necesaria porque muchos adolescentes viven con vergüenza este último paso y todavía pueden no estar preparados para ello puesto que se encuentran en fases tempranas de su desarrollo moral. Aun así, si todos los pasos anteriores se han superado, el adolescente se ha responsabilizado de sus dificultades y acepta el proceso del cambio.

- 2) **Detección de recursos de afrontamiento:** Como ya hemos indicado, la responsabilización debe partir de los recursos personales del adolescente. Es por ello que ya desde los primeros contactos con el adolescente el profesional debe prestar atención y detectar no solo los aspectos problemáticos y carenciales que presenta en las diferentes áreas de su vida, sino también los recursos personales que presenta tanto él, como el sistema familiar y la red social a la que pertenece. El profesional que interviene sólo está habilitado como agente propiciador del cambio si es capaz de detectar recursos de afrontamiento y no sólo problemas.
- 3) **Generación de “experiencias de éxito”:** Las experiencias de éxito están basadas en las denominadas “experiencias de competencia” de Colapinto (2014) y la Escuela Estructural Sistémica, según los cuales la actuación sobre lo conductual se puede modificar la vertiente emocional. En nuestro caso nos referimos a experiencias de éxito cuando llevamos a cabo acciones donde exponemos al adolescente y su familia a situaciones relacionadas con los

aspectos problemáticos y carenciales que presentan, pero de tal manera que haya al menos un 95% de probabilidad de que puedan desempeñarse adecuadamente. Este tipo de tareas favorecen no sólo la responsabilización sobre la problemática que presentan, sino que contribuyen a afianzar en el adolescente y su familia una narrativa de solución, frente a la narrativa problema que han manejado hasta ese momento. Las denominamos experiencias de éxito porque la palabra “éxito” es investida por nuestros adolescentes de manera mucho más positiva y motivadora que la palabra “competencia”.

- 4) **Realización de tareas de trascendencia grupal:** En esta misma línea de que el adolescente se responsabilice y, al mismo tiempo, empiece a visualizarse de una forma diferente, contribuyendo al desarrollo de una identidad lo suficientemente buena, las tareas de trascendencia grupal son de enorme importancia. Estas tareas consisten en actividades que tienen que ver con la vida cotidiana del Centro, y que afectan a todos los que convivimos en él, que son realizadas por los profesionales del mismo, o personal de servicios, pero de las que a partir de ese momento debe hacerse cargo el adolescente. Estas tareas deben situar al adolescente en dificultades de desempeño meramente instrumental (por ejemplo: cuidar de las gallinas y recoger los huevos todos los días), o en dificultades relacionales que le obliguen a poner en práctica las nuevas capacidades y habilidades adquiridas en la relación con el profesional (por ejemplo: establecer los nombres y el calendario de las limpiezas que debe realizar cada compañero/a todos los días).
- 5) **Confrontación mentalizable:** esta técnica aúna la idea de confrontar y recoger que desarrollábamos con anterioridad con la necesidad metodológica de dar continuidad a la técnica de la fase de confrontación al límite de la capacidad de

mentalización. De esta forma, en este momento se trata de que las confrontaciones, o señalamientos, y las propuestas de alternativas puedan ser pensadas por el usuario en la vertiente de su contenido y en la de la dimensión relacional con el profesional que la realiza. Es decir, comprender qué se dice y desde qué intención se dice, dotándolas de verosimilitud y aplicabilidad. La clave es la capacidad del profesional para comprobar que esto ocurre, para mantener la zona de desarrollo próximo y de señalar algo a mejorar acompañado del apoyo y la descripción de los recursos del adolescente para hacerlo, así como de la comprensión de que se puede fallar al intentarlo.

- 6) **Externalización:** Es un concepto que se desarrolla inicialmente desde el trabajo con niños. Siempre ha sido asociada en cierto modo con el buen humor y lo lúdico (a la vez que con la práctica cuidadosa y respetuosa). Hay muchas formas de entender la externalización, pero quizá la frase que mejor lo recoge es que “la persona no es el problema, el problema es el problema”. Para cuando la persona acude a los profesionales en busca de ayuda, normalmente han llegado a un punto en el que creen que algo está mal, que ellos, o algo en ellos, resulta problemático. El problema entonces se ha internalizado. Es muy común que los problemas se entiendan como internos a la persona, como si representaran algo sobre la naturaleza o el yo el interior de la persona en concreto. La práctica de la externalización es una alternativa a la internalización. Esta técnica sitúa los problemas, no dentro de cada individuo, sino como producto de la cultura y la historia. Los problemas se entienden como algo que ha sido creado socialmente a lo largo del tiempo. Por tanto, el objetivo de la externalización es capacitar a las personas a que se den cuenta de que ellos y sus problemas no son lo mismo. Los profesionales podemos aplicar esta técnica con los adolescentes que tienen

un funcionamiento egodistónico, o que están llegando a ello. De hecho, se considera contraindicada para los funcionamientos egosintónicos. Así las cosas, se trata de externalizar el síntoma, o problema, para facilitar poder hacerle frente, y también para no favorecer la identificación del adolescente con el mismo, o su etiquetado desde el mismo. También permite configurar un equipo conjunto con el profesional y familia para hacerle frente, permitiendo construir narrativas como: “entre todos lo conseguiremos”. y abordar la co-responsabilidad de todo el sistema familiar y cimentar la alianza.

- 7) **Realización del “Plan de emergencia”**: Se trata de elaborar un plan de trabajo, o de acción, que describa los momentos, contextos, o situaciones, que se prevén difíciles y que puedan empezar a darse en relación con personas externas a la relación educativo-terapéutica. Desde su definición, se articula cómo detectarlas, qué hacer si parece que van a darse y qué hacer si se dan. Todo ello se discute con el profesional de cara a concretarlo en base a los escenarios temidos del adolescente y de la evaluación de la fortaleza que el usuario siente acerca de sus propios recursos para afrontarlos. Sirve para poder generar un espacio desde el que pensar antes de hacer, de prevenir desde el realismo que la situación permita. También resitúa los objetivos en su función social externa de cara a entrenar su generalización, que supone el objetivo fundamental.
- 8) **Detección de roles recíprocos problemáticos** en la experiencia externa y uso de los nuevos, siguiendo el mismo proceso realizado en el seno del vínculo con el profesional. Conviene llevar un registro de situaciones en los que se ponen en juego unos y otros para poder seguir preparando siguientes episodios. Además, supone una forma poco culpabilizadora de responsabilizarse.

9) **Llevar a cabo acciones de reparación:** Aunque como hemos señalado anteriormente, un adecuado proceso de responsabilización no requiere necesariamente de estas acciones, el acto de reparar el daño ocasionado es en sí mismo una experiencia correctora de gran calado emocional, experiencial y de aprendizaje para cualquier persona, pero más si de un adolescente se trata, que se encuentra en un momento del ciclo vital de enorme trascendencia en la construcción de su identidad y el afrontamiento de las ansiedades agorafóbicas que le genera el ir enfrentándose y resolviendo a su manera los retos y dificultades que le plantea su incipiente y continuo proceso de autonomía y de individuación. Esta reparación puede adoptar muchas formas, desde la petición de perdón a la víctima de sus conductas y acciones reparadoras en contacto con ésta, hasta una reparación simbólica, que no necesita de la presencia y del conocimiento de la víctima, pero que tiene sentido en las conductas cometidas hacia ella. Un ejemplo de esta última, basada en una historia real que fue noticia en toda España en su momento, es la de un grupo de adolescentes condenados porque sus conductas fueron responsables de la muerte de otro adolescente. En este proceso de reparación simbólica uno de ellos compuso una canción en relación a los hechos y lo que ello supuso en su vida y en la de su familia, junto con su arrepentimiento; otro compuso un poema con la misma temática y, el último, acudió junto con su familia a la tumba del adolescente a llevar unas flores y rezar una oración.

3.3.2. Fase de amenaza a la identidad

Tal y como Jeammet (2002) suele señalar, uno de los motivos de reincidencia en problemas de conducta violenta es que el cambio propuesto desde la intervención, y que el adolescente ya está llevando a cabo en sí mismo, supone una amenaza para su

identidad y éste/a la realiza conductualmente, pero o bien no lo asume ni la acepta, o bien no es capaz de sostenerlo en los sistemas relacionales principales a los que pertenece (su familia, su grupo de iguales, etc.), ante quienes dicho cambio supondría un peligro, pues su imagen podría verse seriamente afectada y teme el riesgo de no ser reconocido ante sus ojos. De hecho, Jeammet (2002) afirma que:

La dimensión subjetiva es determinante. Esta referencia a la vivencia del sujeto, ya sea la vivencia sentida de lo experimentado o la que dicta su comportamiento, nos servirá de hilo conductor en la investigación del sentido de la violencia y de su lugar en la economía psíquica. Esto nos conduce a formular la hipótesis de que lo vivido refleja como espejo lo que experimenta, sin que sea necesariamente consciente de ello, aquel que actúa con violencia y que la violencia representa una defensa sobre la identidad. (p.61)

De este modo, cuando el contexto es menos restrictivo, el adolescente vuelve a actuar con violencia, partiendo de la hipótesis de que la violencia representa una defensa contra la amenaza a la identidad.

Así, como ya hemos visto anteriormente, es por lo que proponemos una responsabilización y un cambio desde los recursos ya existentes en el adolescente, para que esos cambios, al provenir de sus propios recursos, no supongan una amenaza a su identidad y posibiliten una desistencia en sus conductas y patrones relacionales, habida cuenta de que: “la identidad es el espacio donde el individuo se reconoce a sí mismo y, como tal, es extraordinariamente resistente al cambio” (Linares, 1996, p.27).

Todo ello al tiempo que también propugnamos la intervención sobre la familia y sobre la red social de pertenencia del adolescente, involucrándoles en la intervención y en el proceso de cambio, solicitándoles información, notificándoles la visión que

tenemos del problema y los pasos que tenemos pensado dar en esta intervención, solicitándoles su opinión sobre los mismos y aceptando sus sugerencias, preguntándoles de qué manera nos pueden ayudar en esos pasos, qué beneficios ven en los mismos y cuáles son los posibles riesgos que atisban desde el conocimiento que ellos tienen sobre el adolescente, de qué forma podemos intervenir cuando se produzcan esos beneficios o recaídas, etc.

Aun así, esta fase suele caracterizarse por las recaídas en comportamientos anteriores. Es un proceso que lleva tiempo y esfuerzo y no siempre se corresponde con el tiempo disponible para la intervención. Entran en juego muchos factores, de forma que:

En la actualidad, muchos psicólogos consideran el “*self*” y la “autoidentidad” como procesos organizativos que coordinan recuerdos, emociones, creencias y otros procesos para generar un sentido coherente del yo que permita un sentimiento de consistencia o continuidad y permita las relaciones sociales. Por eso mismo, si necesitamos desarrollo y reorganización de nuestras mentalidades básicas (por ejemplo ser más asertivos y competitivos), esto puede suponer una amenaza para la auto-identidad y la cohesión. (Gilbert, 2015, p.57)

Esta amenaza a la consistencia y coherencia entra en juego y parece una suerte de proceso de crecimiento que necesita tiempos de reajuste. Es por ello que, si bien es cierto que estas recaídas suelen producir un efecto desmotivador y que pueden utilizarse como un criterio que refuerce la desconfianza en las posibilidades de cambio del adolescente, también lo es que se presta poca atención a los tipos de recidivas. Con ello nos referimos al nivel de intensidad de la recaída y al intervalo de tiempo transcurrido entre una recaída y otra. De esta forma, si el tiempo cada vez es mayor y el nivel de

intensidad menor, se puede afirmar que se está dando una progresión, aunque ciertamente se trate de una recaída. Este aspecto es importante porque los retrocesos suelen desalentar incluso a los profesionales y contribuir a no mantener la línea de intervención, hecho que está detrás de las situaciones inestables en las respuestas del ambiente, que puede convertirse en nuevamente invalidante.

No debemos perder de vista que el camino hacia la problematización conductual de estos adolescentes y su desregulación emocional ha sido largo, jalonado de momentos de descontrol, pero también de control; por lo tanto, desandar ese camino necesariamente debe transitar por el mismo proceso de momentos de control y descontrol. Lo que nos va a orientar en la idoneidad del proceso que está siguiendo el adolescente es precisamente el análisis de la cantidad, duración e intensidad de esas recidivas.

Saber mantenerse estable y con ilusión en las posibilidades del adolescente es un factor muy determinante. En este sentido, Koldobsky (2005) entiende que los individuos cuyo nivel de agresión es elevada en la niñez y continúa durante la adolescencia y adultez temprana, han tenido experiencias de apego en las que han fracasado para comprender al otro como una entidad psicológica. Los caminos de la violencia y las conductas trastornadas a menudo implican el establecimiento de relaciones de apego sólidas con individuos relativamente saludables.

Como técnicas a destacar en esta fase podemos señalar:

- 1) **Implementación del plan de emergencia.** Se trata de partir de la propuesta de Plan de emergencia de la fase anterior. Es una herramienta muy útil para secuenciar los problemas y de cara a actuar lo previsto en su redacción. Ello conlleva re-encuadrar los problemas y sus consecuencias para no responder

como si ocurriera al principio de la intervención y también para facilitar la comprensión de estas situaciones por parte del equipo de intervención. Se puede aplicar también para señalar los fallos, o carencias, a los que hay que atender y rediseñar acciones, pero también para resaltar los logros y las capacidades. Puede basarse en la técnica de experiencias de éxito.

- 2) **El “coaching telefónico” o el “botón del pánico”:** En ocasiones, cuando el trabajo a través de los planes de emergencia no resulta eficaz, el coaching telefónico puede resultar una buena alternativa y consiste en que el adolescente puede ponerse en contacto telefónicamente con el profesional de referencia para él, pero aceptando dos condiciones. La primera es que la llamada sólo puede realizarse cuando el adolescente se encuentre desbordado por una situación o circunstancia, no sepa encontrar una respuesta eficaz ante la misma y tema incurrir en alguna conducta desregulada o en respuestas que se han demostrado ineficaces en el pasado. La segunda es que debe estar dispuesto a seguir sin vacilación las indicaciones que le aporte el profesional. Si estas condiciones no se respetan, las llamadas no se atenderán. En otras palabras, pulsar el número de teléfono del profesional actúa a semejanza de un “botón del pánico”.
- 3) **La interacción limitada a través de las redes sociales:** Una parte importante de las relaciones sociales que mantienen estos adolescentes se llevan a cabo a través de las redes sociales (Whatsapp, Facebook, Instagram, etc.) y lo que en ellas ocurre contribuye enormemente en su construcción identitaria, pues les aporta la imagen que los otros tienen de ellos. Estas redes sociales pueden ser útiles a los profesionales que intervienen con estos adolescentes cuando se encuentran fuera de los dispositivos residenciales, en su entorno, puesto que se pueden ver lo que cuelgan en ellas y mandar mensajes con lo que los

profesionales opinan sobre lo que ven, de tal forma que los adolescentes sientan que los profesionales también los ven, que la identidad que han generado en la relación con los profesionales también está en juego y que se interesan por ellos. Cuando esto se hace bien, es frecuente observar cómo en muchas ocasiones las fotos o contenidos que cuelgan en sus redes son mensajes implícitos que apelan más a la relación que mantienen con el profesional, que mensajes o contenidos que tengan que ver con sus iguales u otras personas de referencia ajenas a los profesionales. Como ocurre con el coaching telefónico, la participación en sus redes sociales sólo tiene este carácter y está únicamente destinado a fortalecer a estos adolescentes ante los riesgos a las recaídas fruto de la amenaza a su identidad.

- 4) **Apoyo a las actividades externas normalizadas:** El sostenimiento por parte del adolescente de actividades externas normalizadas, ya sean formativas, de ocio, o de otro tipo, deben ser debidamente recompensadas y apoyadas, incluso de forma histriónica o exagerada. En muchas ocasiones no se presta la atención suficiente a este aspecto porque tiende a pensarse que es lo que todo adolescente responsable debe hacer, no atribuyéndole por ello ningún mérito, sino situándolo en la normalidad y en lo rutinario. Es un error, puesto que en estos adolescentes es un logro de enorme trascendencia al haber estado alejados de este tipo de actividades durante mucho tiempo y porque en ellas los riesgos de recaída aumentan al entrar en contacto de nuevo con personas y situaciones problemáticas que en el pasado no supieron abordar adecuadamente.
- 5) **Reformulación de la zona de desarrollo próximo con personas de referencia:** esta perspectiva conlleva contemplar las posibles diferencias en el nivel de avance entre el adolescente, entendido, desde una perspectiva sistémica,

como paciente designado y el resto de los miembros de su sistema familiar. También puede aplicarse a otro tipo de relaciones anteriores y las nuevas que se pueden ir desarrollando. De esta forma, no es recomendable que existan grandes diferencias entre las diferentes partes porque no favorecería la generalización de los cambios conseguidos. El criterio de distancia razonable es aquel en el que la parte más anclada en funcionamientos anteriores pueda estar en esa zona de desarrollo próximo del más avanzado. No existe una norma fija en este sentido y en muchas ocasiones, llegados a este punto de la intervención, el miembro más capaz es el usuario que atendemos directamente. En estos casos conviene que el adolescente pueda sostener una relación de poder ver las limitaciones de su entorno sin atribuir intenciones negativas, de aceptar con compasión, o de poder mentalizar y ajustarse a las capacidades de su entorno, lo que pasaría por esa reformulación que da nombre a la técnica.

3.3.3. Fase de desistencia

Fase que, por último, permite que el adolescente desista por sí mismo de la realización de determinadas conductas o del establecimiento de determinado tipo de relaciones y que:

Estaría más unida a cambios de ambiente de vida, entre los que tienen un lugar privilegiado la elección de la novia o del cónyuge –que reestructura la existencia y reorienta las relaciones sociales- y la intervención de un trabajador social, de un juez, de una persona externa que logra devolver al adolescente y a sus padres una parte positiva de la imagen que tienen de sí. (Manciaux, 2003, pp.143-144).

Como bien recoge el autor, cuando estos adolescentes se encuentran en esta fase es normal observar cómo escogen personas y relaciones muy diferentes a aquellas con las

que se relacionaron o llevaron a cabo en el pasado, buscando encontrar relaciones y personas que tienen que ver con el tipo de relación que han llevado a cabo con la/s figuras adultas de referencia que lo han acompañado en su proceso de cambio. Comienzan a sentirse vistos como lo han hecho en el seno de un vínculo seguro, pueden retomar situaciones al poder parar y volver a pensar sobre posibles malentendidos, comprender donde se posicionan en las relaciones y donde les cuesta sentirse posicionados. De este modo, y como ya hemos señalado en muchas ocasiones, entendemos que la intervención con personas con problemas conductuales persigue conseguir su desistencia de su estilo de relación en base al establecimiento de la relación con el profesional y su estabilidad emocional, que contribuye a validar contenidos emocionales privados no compartidos.

También puede suponer el cambio en el tipo de relación con relaciones anteriores, pero que cambian, y la aceptación de la pérdida de otras que no siguen el mismo curso que el adolescente en su evolución.

Sea como fuere, Born y Boet (2003) siguen reflexionando acerca de que la desistencia aumenta: “cuando el adolescente consigue dominar la agresividad y se orienta hacia el adulto, cuando se hace capaz de discutir e intercambiar con éste. Tener proyectos de futuro realistas, ser más maduro y sentirse culpable de los actos cometidos favorece” (en Manciaux, 2003, pp.143-144). Esta reflexión ilustra en una sencilla síntesis los pasos de disciplina (dominar la agresividad), contener y validar (orientarse al adulto), confianza básica-epistémica (se hace capaz de discutir e intercambiar con el adulto), responsabilización (sentirse culpable de los actos cometidos) y amenaza a la identidad (tener proyectos de futuro realistas) que constituyen nuestra propuesta de itinerario educativo-terapéutico hasta llegar a la presente: la desistencia.

Es un momento de cambio, de “un paso atrás” por parte de los profesionales para dar espacio a estas nuevas dinámicas relacionales. También de comprender y devolver elaboradas las posibles conductas regresivas que puedan aparecer y que expresan la previsible despedida y cierre de la relación con el profesional y el Servicio. Todo ello se simultaneará con la ansiedad ante los nuevos vínculos y los reencuentros tan esperados.

Como técnicas conviene destacar que es necesario mantener las de la fase de amenaza a la identidad, tan imbricada con este momento de desistencia. Como otras posibles hay que mencionar:

- 1) **Refuerzo de nuevas relaciones e inclusión en espacios externos:** en el sentido de ceder el espacio a nuevas relaciones, esta estrategia pretende generar momentos, individualizar los tiempos e incluir las nuevas relaciones en el seno de la intervención. Se puede analizar con el usuario las mismas, repasar situaciones que surjan y reconstruir la relación con el profesional como un espacio para poder pensar sobre las mismas. Hay que promover una distancia con el usuario que permita ser rellenada con esas nuevas experiencias. En el caso de que la toma de conciencia de problema esté activada también puede ser un buen momento para que se transite hacia profesionales externos (salud mental, entornos formativos) que van a continuar en su vida cotidiana, en caso de que no se haya realizado en momentos anteriores.
- 2) **Rejilla de recursos y cambios:** se trata simplemente de un registro en una rejilla de doble entrada en el que se apuntan los recursos personales detectados y los logros o cambios de los que el adolescente es consciente con el objetivo de hacer visible la conexión entre ellos y la posibilidad de nuevos cambios según se combinen. Los adolescentes suelen tener dificultades para reconocer los cambios

si no se les remarcan. Puede servir también para explicar las nuevas relaciones, compararlas con anteriores...

3.4. Despedida y cierre.

Una vez que el adolescente ha transitado con éxito por las fases y etapas anteriores, o una vez que finaliza el tiempo que tiene establecido el profesional para llevar a cabo su intervención, es necesario establecer entre el profesional y el adolescente un reencuadre y una nueva reformulación de la relación que mantienen entre ambos, de tal forma que el cese de la misma no suponga un retroceso en los avances que se han obtenido hasta ese momento y que la separación no sea entendida como ruptura. Se puede mostrar disponibilidad pero sin que suponga un retroceso para mantener ese contacto que tampoco puede sustituir o contaminar aquellos nuevos que ha ido consolidando en fases anteriores.

La desvinculación es un momento delicado y como tal ha de ser tratado. Pueden darse dinámicas confusas que requieran nuestro apoyo, facilitarles poder expresarlo por vías sanas. En algunas ocasiones puede ser la primera experiencia de separación sana, que no sea entendida como abandono. El primer momento es que se puede estar triste, sin que expresar enfado sea más fácil y operativo. Es necesario atender a las características personales del adolescente, especialmente a las relativas al estilo y conductas de apego, ya que el *arousal* o intensidad del momento emocional puede reactivar regresivamente momentos anteriores: no deja de ser una angustia de separación. Si sabemos darle soporte y validar la experiencia, puede convertirse en una experiencia nueva de aprendizaje desde la que poder re-editar en el futuro nuevas separaciones no patológicas.

En ese sentido, se puede poner atención a los tipos de vinculación de Cancrini (1996) que atendíamos en la primera fase: primera desvinculación. Comparar el funcionamiento en ese arranque la relación y la intervención con las que estén dándose en este momento. Ello podrá hacerse tanto en la desvinculación con el profesional, como en la revinculación con su entorno habitual. También puede dar contenido a técnicas como la carta de finalización.

Los objetivos generales de esta etapa pasan por:

- Favorecer la separación sana de vínculos seguros.
- Elaborar la despedida y el re-encuentro con relaciones anteriores.
- Evaluar el proceso seguido y recoger los aprendizajes realizados y su utilidad futura, así como los aspectos pendientes y los recursos disponibles para ello.
- Posibilitar disponibilidad durante el re-ajuste del adolescente en sus entornos.

En esta etapa, los objetivos específicos y los criterios de superación de la misma serían:

Tabla 6

Objetivos y criterios de despedida y cierre

OBJETIVOS	CRITERIO DE SUPERACIÓN
Asunción autónoma plena del proceso al cambio.	Implicación autónoma en los recursos externos establecidos. Llegar a un momento de mantenimiento.
Separarse sin romper. Emancipación.	Separación tranquila. No se reinician conductas problemáticas. Establecimiento de rituales de relación con el centro posteriores a su finalización en el mismo.
Superación de los objetivos de la demanda de intervención.	Valoración conjunta del proceso. Revisar éxitos y sus causas, así como fracasos y aspectos pendientes.
Asentamiento de la red de andamiaje-	Disposición de un entorno continente y

apoyo social.	validante. Relaciones anteriormente dañadas, “suficientemente restauradas”. Cambiar la designación del sistema familiar. Disponer de vínculos en entornos formativos, lúdicos, personales y terapéuticos “suficientemente” consolidados.
Evaluación del proceso.	Pasar batería de pruebas que permitan una valoración técnica del proceso y la metodología. Prever encuentros transitorios posteriores, su finalidad y forma.

Nota. Elaboración propia

Es en esta etapa donde se realiza las siguientes fases:

3.4.1. Fase de desvinculación

Que permite que el adolescente, desde la base de una experiencia de relación con el profesional en base a un apego seguro, pueda separarse de éste sin que ello haya de ser vivido como una nueva experiencia de abandono o de fracaso relacional, conociendo que, aunque separados, esa figura va estar siempre presente cuando lo necesite, bien de una forma real, si es que el contexto de actuación del profesional lo permite, bien de una forma introyectada, y conociendo también que esa experiencia emocional derivada de la separación puede ser compartida, y no mantenerse en el espacio de lo privado, por la seguridad que tiene de que va a volver a ser contenida y validada por parte del profesional.

Aun así, se trata de una fase de gran dificultad por cuanto que el adolescente es consciente de haber experimentado con el profesional un nuevo tipo de relación en un contexto determinado y que esto no es lo habitual en aquellos contextos de los que procede. De este modo, queremos señalar que la intervención sobre esta realidad

trasciende la respuesta desde un único entorno educativo. Desde nuestra experiencia, cuando las respuestas se articulan partiendo exclusivamente de una única vertiente de la red que entra en contacto con la problemática, las intervenciones fracasan o, en el mejor de los escenarios, funcionan en ese espacio, pero no se generalizan a otros.

En todo caso, y habida cuenta de la intensidad que cobra como experiencia correctora la relación mantenida con el profesional, es de destacar que aunque situamos la desvinculación como una fase independiente, en la realidad la empezamos a trabajar y llevar a cabo desde el mismo momento del inicio de la fase de responsabilización por parte del adolescente, entendiendo que esta intensidad de la relación segurizante mantenida no permite dejar el momento de la desvinculación para unos pocos días o un espacio corto y limitado de tiempo.

Las técnicas a aplicar serían:

- 1) **La carta de finalización:** Se trata de una carta que el profesional entrega al adolescente en el momento de separarse y que no puede leer hasta el momento de llegar a su nuevo destino. Esta carta debe recoger lo que la experiencia relacional con el adolescente ha supuesto para el profesional, hablando siempre en primera persona y de sus pensamientos, sentimientos y emociones. La carta debe recoger exclusivamente la experiencia relacional y no debe utilizarse para enviar mensajes al adolescente sobre lo que debe hacer o se espera de él. Para su redacción se puede partir de la carta de reformulación de la fase de confianza básica, de cara a explicitar momentos distintos, evaluar consecución de la demanda y ritualizar esta carta como un objeto transicional de la relación educativo-terapéutica hacia el futuro y el exterior. Puede darse la oportunidad al adolescente de hacer lo propio como una forma de evaluar el grado de

consecución de sus objetivos, o por decirlo de otra forma, el grado de satisfacción en la consecución de la demanda pactada con los profesionales. Si no fuera por este medio, resulta importante que pueda hacerlo en otro formato: en una entrevista individual, en una actividad grupal relacional, o en algún ritual de despedida.

- 2) **Rituales de despedida:** La finalización de la estancia en el dispositivo debe escenificarse y ritualizarse de una forma especial. Ritos puede haber muchos, hay que seleccionar aquellos que sean más significativos y simbólicos. Uno de ellos puede ser la comida de despedida, donde el adolescente elige la comida que quiere el día de su despedida. Durante la misma, los compañeros que lo desean pueden dirigirse a él para verbalizarle lo que la experiencia relacional con el/ella les ha supuesto. Así mismo, todos los profesionales presentes en la misma hacen lo mismo. El adolescente puede devolverles a cada uno de ellos, o sólo a alguno de ellos, a su vez, lo que también esa experiencia relacional le ha supuesto. A modo de ejemplo, un ritual de despedida muy acertado simbólicamente, es aquel en el que el adolescente abandona el centro atravesando una larga alfombra roja y regalándole la foto del momento para que haga con ella lo que mejor le parezca.
- 3) **Las visitas periódicas o esporádicas:** Al igual que ocurre cuando las personas nos independizamos y desvinculamos de nuestros padres, el proceso es paulatino y permite rituales de relación, tales como comer en ocasiones juntos, o compartir actividades. Esto mismo se favorece con estos adolescentes, siempre a petición y voluntad de los mismos y dejándolas exclusivamente a su iniciativa, sin que ello bloquee, sustituya o contamina nuevas relaciones externas personales y profesionales.

- 4) **Redefinición del coaching telefónico:** en algunos casos en los que la separación o término de la intervención sea sobrevenida por componentes institucionales, o cuando el término del tiempo disponible no se corresponda con la consecución de los objetivos, o la satisfacción de la demanda, puede habilitarse la posibilidad de mantener el coaching telefónico circunscrito a momentos de dificultad o duda. Ello se puede plantear de cara a tratar de evitar recaídas que busquen retomar la relación, manteniéndola de una forma virtual a distancia el tiempo necesario hasta que el usuario vaya progresivamente no necesiéndola.

- 5) **Acompañamiento a nuevos entornos de intervención:** esta posibilidad se destina a aquellos casos en los que la desvinculación de un profesional, o equipo de intervención, se dé como motivo de inicio en otro dispositivo, sea como progreso, o como respuesta a una situación de crisis que requiere una respuesta más contenedora. En estos casos, acompañarles, favorecer el tránsito progresivo en coordinación con los otros equipos, o agentes de intervención, realizar posteriores visitas cada vez más distanciadas en el tiempo, puede disminuir la ansiedad y las consiguientes posibles actuaciones externalizantes.

3.4.2. Fase de revinculación

Este último momento pasaría por la vuelta del adolescente al entorno del que procedía y del que se desvinculó inicialmente. Es en este momento cuando se puede evaluar el éxito de la intervención. Este no siempre pasa por la reintegración en el mismo. También pueden darse dinámicas de emancipación o de redefinición de la relación.

Sea como fuere, nuestra concepción de la intervención no concibe la revinculación como una fase final, sino como la consecuencia propia de un proceso iniciado desde el

mismo momento en que se consigue establecer una relación o vínculo sano. Desde que el profesional va consolidando dicho espacio y se consigue una sintonía que permite la confianza, es decir, desde la etapa de vinculación emocional validante, se comienza a pensar y diseñar el camino para llegar aquí. La revinculación siempre es la finalidad, bien sea por itinerarios resilientes de vuelta al entorno habitual, o a través de procesos de desistencia que conlleva posibles cambios en el entorno y en su relación con el mismo. Es decir, comenzamos a desvincular progresivamente desde que vinculamos para facilitar y promover la revinculación. Se trata de ir construyendo desde el momento de la responsabilización una suerte de andamiaje social o de red de sostén, iniciando procesos de apertura al exterior que terminarán madurando hasta llegar a esta última etapa. Es necesario que vaya entrenándose, poniéndose a prueba progresivamente lo adquirido desde el vínculo en nuevos vínculos, asumir los errores, desarrollar nuevas capacidades y estrategias, o lo que es lo mismo, transitar por esa responsabilización, amenaza a la identidad y desistencia, con sus idas y venidas, éxitos y fracasos, avances y recaídas, reproduciendo de alguna manera el proceso de crecimiento o desarrollo madurativo normal y tratando de beneficiarse de la confianza epistémica desarrollada en un vínculo emocional validante.

Supone generar una continuidad en el exterior que revierta el círculo relacional vicioso en el que se encontraba anteriormente, o que pueda salir de desarrollos invalidantes previos, entendiendo que:

La psiquiatría clínica considera como desarrollos a un conjunto de condiciones de sufrimiento caracterizadas por la interacción recurrente, en un círculo vicioso, entre los trastornos de personalidad del individuo y las respuestas de realidad social circundante. Desde el punto de vista sistémico se trata, en particular, de problemas definidos por la acción sinérgica de varios sistemas interpersonales

con los que la persona ha entrado sucesivamente en contacto durante el curso de su vida. En estas situaciones, la designación familiar representa sólo un punto de partida de una definición de rol esforzada y completada por sistemas externos a la familia (sistema laboral, sanitario, sistema represivo y carcelario, sistema de la opinión pública difundida), que se hace eco de dicha designación familiar, asentándola en sus efectos y en su significación (Cancrini, 1996, p.241).

El objetivo es habilitar, facilitar y promover que estos desarrollos sean validantes al haber tratado de redefinir esa “designación familiar”, o patrones relacionales rígidos. En cualquier caso, todo este proceso requiere una intervención con las familias o entornos de referencia siguiendo el mismo protocolo anteriormente descrito.

Las técnicas a utilizar en este momento podrían reproducir otras relacionales anteriores, pero entendemos que pueden ser fundamentalmente dos:

- 1) **Encuentros de apoyo y relanzamiento.** Se trata de posibilitar encuentros con el usuario y/o su sistema familiar en los primeros tramos de esta fase, en la que pueden surgir dificultades de ajuste que pueden afianzarse con mayor rapidez con encuentros transitorios con los profesionales. También puede consistir en ayudar a resolver dudas puntuales que prefieren plantear por confianza, así como en el acompañamiento por algo concreto a sus nuevos espacios de relación. Tienen el objetivo de recordar las potencialidades, los recursos y soluciones empleadas con éxito en situaciones anteriores.
- 2) **Seguimiento y evaluación.** Suponen momentos, casi siempre pactados en el momento de la desvinculación, que consiste en mantener un contacto, cabe incluso que telefónico, al cabo de un lapso de tiempo, que vaya de los seis meses al año tras terminar la intervención. Ello tiene como objetivo el valorar la

evolución del caso, dotar de un espacio de consulta, si no se hubiera dado, y también recoger resultados de algunas pruebas e información que permitan evaluar la eficacia del modelo de trabajo.

CAPÍTULO 7.

**APLICACIÓN FAMILIAR DEL ITINERARIO EDUCATIVO-
TERAPÉUTICO**

El entorno familiar de los usuarios es de gran importancia, ya que consideramos al adolescente como un sujeto inmerso dentro de una serie de dinámicas relacionales. Así, entendemos muy importantes tanto las dinámicas conyugales como las parentales. Consideramos que en estas dinámicas se establecen relaciones nutricias, que tienen que ver tanto con el mundo de los afectos, emociones y sentimientos, como con el ejercicio de la disciplina y la relación con la norma.

Así, entender las dinámicas que se establecen dentro de la familia es necesario para entender las problemáticas que se generan dentro de esta y los intentos que se han articulado para solucionar el problema con anterioridad.

Por otro lado, y de manera paralela a la observación de las interacciones familiares, se ha de conocer los hechos fundamentales de la historia de la familia (composición familiar, número de miembros del sistema, espacio convivencial, edad, tipología de familia...)

Cuando intervenimos con adolescentes y sus familias, sea el contexto que fuera, hay que tener en cuenta que la etapa de la adolescencia resultará más o menos conflictiva, tanto para los adolescentes, como para el entorno, en función de la capacidad de adaptación de este. El adolescente “obliga” a la familia a modificar la estructura, las reglas y los vínculos que hasta ese momento le ofrecían seguridad (tanto al adolescente como al propio sistema familiar).

Con la adolescencia se inicia una etapa que pasa de la tendencia centrípeta, donde se mantiene la cohesión entre sus miembros, a otra etapa centrífuga, que permite que los miembros de la familia se diferencien. Es aquí cuando las carencias del sistema pueden hacerse patentes, ya que el adolescente pondrá a prueba la consistencia del vínculo. Es en este momento cuando se pone de manifiesto la capacidad de comprensión y

flexibilización del entorno (familiar y/o de los agentes intervinientes) para con el adolescente en las diferentes manifestaciones y expresiones que éste sitúe en escena.

Cuando nos aproximamos a la relación de ayuda con el adolescente, se ha de considerar que uno de los motivos puede ser por la ruptura de la homeostasis del sistema que ha generado un desequilibrio en las pautas relacionales tanto del adolescente como de la familia, lo que puede favorecer la aparición de uno o varios síntomas en forma de consumo, violencia, comisión de delitos..., como una manera de comunicarse.

No hay que olvidar que el síntoma aporta información respecto al funcionamiento del sistema, por lo que intervenir desde el sistema familiar de manera paralela a los procesos individuales de los adolescentes es fundamental. La conducta expresada es un elemento comunicacional, por lo que para entenderla hay que situarla en su contexto.

No obstante, puede tener un nivel de intensidad distinto. En este sentido, Micucci (2005) distingue entre conductas problemáticas leves, moderadas y graves, así como la forma en la que entiende que el subsistema parental debe funcionar desde el ejercicio parental de control. De esta forma, si la conducta es leve, insta a la familia a resolver mejor los conflictos que conlleva el síntoma, fortaleciendo la jerarquía parental, fortaleciendo las relaciones, basándose en sus recursos, entendiendo la conducta en un plano evolutivo y expandiendo el diálogo. En el caso de tratarse de una moderada gravedad, se centra en tratar de lograr que los esfuerzos parentales dejen de estar dirigidos a controlar al adolescente y se orienten a reconstruir su relación con él, poniendo énfasis en el compromiso emocional, manteniendo la alianza con el adolescente. Finalmente, si la conducta es grave, se trata de encontrar un equilibrio entre el equilibrio que se da a los padres y el que se da a los adolescentes, reinstaurando el

poder parental, logrando el compromiso del adolescente con el tratamiento y fortaleciendo los lazos del adolescente con las instituciones sociales. Si consideramos, por tanto, que esta conducta expresada ofrece niveles de sufrimiento interno en el sujeto que la ejerce, será necesario intervenir en conjunto con él para capacitarle a que pueda poner palabra a dicho sufrimiento, también en el espacio familiar.

Abejón (2013) entiende que la mayoría de las veces la demanda de intervención llega desde el entorno adulto más cercano (familia, tutores, instituciones de protección de menores o judiciales) y llega subrayando un síntoma preocupante. Desde luego, hay que contener el síntoma, pero para ello necesitamos la foto completa. Hay que manejar el zoom, ampliar el foco, ver qué hay en el resto de la foto (a nivel de estructura de personalidad, de recursos o fragilidades propias; a nivel de relaciones familiares, de capacidad de contención del entorno adulto, o a nivel de sus relaciones con los iguales).

Así, cuando intervenimos con familias tratamos de generar y co-construir con ellas un espacio terapéutico seguro donde, a través de la experiencia dialógica entre las partes que componen el espacio (familia, usuario y profesional), se aborden aspectos tales como la comunicación de estos en su entorno.

A través de las circunstancias y situaciones planteadas, como por ejemplo la conducta disruptiva de un hijo, se interviene desde el aspecto relacional, cognitivo y emocional de los miembros. Y es que, muchas de las conductas externalizantes que podemos observar tanto en los usuarios, como en las familias, suelen obedecer a percepciones y afectos subyacentes, aspecto este vinculado con las emociones negadas, o reprimidas, dentro de la dinámica familiar.

Desde el modelo VEV se entiende que las emociones son elementos de información, se trata de hacerlas vivir y experienciarlas en el contexto de intervención, favoreciendo

y dando permiso implícito a la expresión de las mismas, así como a su validación y reorganización.

Esta exteriorización emocional permite construir una nueva narrativa diferente en torno a las diferentes formas que cada persona posee a la hora de expresar la emoción propia, o de recibir la ajena, lo que puede condicionar la relación. Consideramos que las conductas y emociones de un sujeto son dependientes y están relacionadas a las conductas del otro, y viceversa, por lo que cada miembro del sistema es actor y parte del juego relacional establecido, lo que puede llevar a dinámicas complementarias, o simétricas, a fallas en la comunicación, a conflicto y lucha por el poder...

Cuando se ayuda a explicitar este juego relacional, así como a intentar señalar las resonancias internas, la persona tiende a verse obligada a interactuar de una manera diferente a como venía haciéndolo. En la forma que el sistema de respuesta a esta nueva forma de expresión, validará e irá consolidando, o no, las diferentes formas de relación, lo que se podrá trasladar a otros entornos o situaciones de su vida.

En ocasiones, por ejemplo, un adolescente puede percibir la lejanía de un ser querido y sentirse triste (emoción primaria adaptativa); con el objeto de ocultar dicha tristeza, prefiere enfadarse (emoción secundaria). Si no se incide o interviene sobre ello, por ejemplo, explicitándolo, el adolescente puede emplear el enfado, en inicio desregulado, ahora regulado, con el fin de conseguir algo (emoción instrumental). Resignificar esta emoción primaria permitirá avanzar y no apegarse a la emoción secundaria, reestructurando los esquemas emocionales y los modelos internos de cada miembro.

Desde el modelo VEV entendemos, que lo visible – la expresión de la emoción-, debe siempre ser atendida, ser sensible a la misma, dando permiso a su expresión y teniendo cuidado de no invalidarla mediante la represión. Si, por el contrario, no se

atiende ni da respuesta a la expresión emocional inicial, es posible que éste tienda a coercitivarlas, o exagerarlas hasta que sea atendido.

1. FASES EN LA INTERVENCIÓN FAMILIAR.

1.1. Establecimiento de la relación

Cuando intervenimos con las familias, se atraviesan diferentes etapas. En el inicio de los encuentros es posible que los padres se centren en los problemas del miembro designado, en este caso algún hijo, y en la manifestación de sus propias incapacidades para contener las conductas disruptivas del mismo, justificando su exposición a través de la ejemplificación de varias situaciones del día a día familiar.

A pesar de ello, en esta primera fase, debiéramos fijarnos en los estilos educativos de los progenitores, en sus capacidades para ejercer dinámicas de control efectivas, la capacidad para expresar y recibir afecto y la calidad de la comunicación entre los miembros.

En esta primera fase de construcción del vínculo se emplearán narrativas descriptivas de las conductas de los miembros, de su influencia interactiva, pudiendo confrontar con cada miembro del sistema y con el estilo relacional consecuente.

Por otro lado, podremos observar las dificultades de emancipación del adolescente dentro del ciclo vital y lo que esto pudiera suponer en el sistema familiar y en cada uno de sus miembros. Podemos atender también a aspectos estructurales, posibles triángulos perversos de alianzas, o coaliciones entre los miembros, fijarnos en los límites familiares, si son internos o externos (claros, rígidos o difusos), el tipo de familia

(aglutinada, desligada) con el fin de adecuar la intervención a las necesidades propuestas.

Así mismo, el profesional familiar evalúa cómo los aspectos individuales del adolescente en relaciones anteriores con el agente interventor toman forma ahora en la dinámica familiar, al tiempo que se evalúa el estilo de apego que el adolescente mantiene con la familia, las conductas que coercita o evita en relación a ella, así como los contenidos emocionales regulados, desregulados o invalidados que plasma en el ámbito familiar.

Desde el modelo VEV se tiene en cuenta la perspectiva sistémica, que considera el contexto y las pautas de interacción y comunicación de una manera circular entre entorno y usuario, por lo que tampoco se pierde de vista los patrones y pautas circulares en la familia de origen del adolescente.

Otra posible forma de desarrollar la alianza con la familia es incorporar la perspectiva de González (2016) respecto a tratar de definir en calidad de qué asisten los miembros del sistema a la intervención. Así, plantea los siguientes supuestos:

(1) Acuden a petición propia y con motivo propio: clientes. (2) Acuden a petición ajena y con motivo propio: colaborador o cliente. (3) Acuden a petición propia y con motivo ajeno: colaborador o cliente. (4) Acuden a petición ajena y con motivo ajeno: colaborador o acompañante. (p.88)

La forma sería tratando de redefinir el papel de todos alrededor de que, tanto la petición, como el motivo, fuesen sentidos como propios desde narrativas que reformularan la demanda.

1.2. Vinculación Emocional Validante.

Con nuestras intervenciones, a veces de carácter individual, otras de carácter grupal, o familiar, lo que se intenta, de algún modo, es suplir las funciones nutricias en nuestros adolescentes y que éstos se sientan aceptados, comprendidos y valorados, para desde ahí poder dotarlos de las herramientas yoicas suficientes para la consecución de unos objetivos individualizados.

Para ello, se deberá explorar los procesos interaccionales, organizacionales, emocionales, intrapsíquicos..., tanto del adolescente, como de sus figuras parentales. Desde el modelo VEV entendemos que la relación educativa debe ser contenedora, recogiendo las expresiones desreguladas, dotándolas de significado y validando la emoción detonante subyacente de la conducta, lo que nos llevará a co-construir de manera conjunta un ambiente de intervención familiar validante.

Esta constante contención y validación emocional en el seno de la propia familia lleva a la generación de un vínculo de relación con los miembros del sistema familiar que posibilita el afianzamiento de la confianza básica con los mismos.

1.3. Autonomía.

El objetivo inicial de la intervención familiar pasa por capacitar a los miembros de la propia familia en la resolución de los problemas surgidos. De este modo se les responsabiliza del cambio que se genere.

Tras las fases anteriores, la familia irá interiorizando el modelo comunicativo y relacional propuesto, por lo que serán ellos mismos los encargados de ejercer el límite y el control en las relaciones con sus hijos.

1.4. Despedida. Cierre.

El cierre es un periodo que se anticipa desde la creación del espacio familiar. La familia, habiendo pasado por las fases que preceden, se ve ahora más reforzada en sus propias capacidades como sistema, conservando todo lo que de él se haya aprehendido.

El cómo la familia se enfrente a esta situación dependerá de la asunción y asimilación de las relaciones mantenidas, la evolutiva implementada, las modificaciones llevadas a cabo, etc.

2. USO DE NARRATIVAS EN LA INTERVENCIÓN

No obstante, simultanear lo individual y dimensional con lo relacional conlleva escoger el punto o momento de la interacción desde donde hay que dar narrativas circulares que validen simultáneamente los contenidos emocionales de los miembros del sistema, así como que confronten los contenidos compartidos con el grupo (es decir equilibrarlos, no siendo exageradamente presentes, o ausentes) y cuestionen las formas relacionales que mantienen como sistema y que contribuyen a desregularles y/o invalidarles individualmente. Sería como un señalamiento en espiral que también incorpora, a veces mediante externalización, los recursos personales y como sistema que poseen. Ello conlleva decidir qué externalizar, nombrarlo, crear distancia entre lo externalizado y el sistema y apoyar a la familia para que asuma el control en la lucha contra el problema. Dicho de otra forma, se trataría de determinar dentro de la circularidad dónde iniciar la narrativa de cambio. O lo que es lo mismo, co-construir la demanda de trabajo. Es posible que ello se circunscriba al sujeto más capaz de comprender la narrativa y de introducir cambios en su propia expresión sintomatológica. Ello no siempre pasa porque coincida con el paciente designado.

El objetivo es desarrollar narrativas que incluyan todas las emociones de cada uno de los miembros, estableciendo circularidad, es decir, relacionando que cada una de ellas se da como reacción ante la conducta del otro, que a su vez tiene una emoción por detrás. Cuando hablamos de elegir dónde puntuar la secuencia de hechos, nos referimos a que hay que comenzar una narrativa explicativa de qué ocurre desde alguien que con su primera emisión de conducta genera el inicio de la dinámica que desencadena el ambiente invalidante. Lo mismo ocurre con las narrativas basadas en recursos de la familia y que parte de externalizar las potencialidades de cada una de ellos, circulándolos, es decir, estableciendo cómo el recurso expresado de uno activa el de otro, generando una dinámica que genera un ambiente.

Todo ello pasa por generar narrativas validantes, es decir, que recojan-validen las emociones primarias adaptativas y contengan aquellas desadaptativas (función especulativa), basándose en las anteriores (recursos) para señalar soluciones de sistema.

Entonces, ¿cómo implementar estas narrativas y cuándo? En nuestra opinión, este tipo de intervención con el sistema pasa por haber superado con éxito las cuatro primeras fases del protocolo descrito a nivel individual y de haber comenzado a introducirse en el momento de responsabilización. Ello no significa que la intervención grupal, o familiar en su caso, no se inicie desde el primer momento.

En los casos en los que los síntomas se perpetren dentro de sistemas convivenciales se iniciará la intervención grupal de forma simultánea a las individuales. Cuando se desplacen fuera de esos contextos se iniciará un trabajo grupal e individual simultáneo con el sistema de referencia, pero se esperará a que las cuatro primeras fases individuales se hayan superado como tales en el adolescente y su sistema de referencia antes de comenzar una intervención conjunta.

Todo ello se justifica y basa en la idea de que comenzar un trabajo conjunto requiere haber logrado desarrollar en cada sujeto interviniente una capacidad de mentalización que pase por experiencias emocionalmente correctoras anteriores que faciliten su responsabilización individual.

Esta capacidad de mentalización es entendida por Bateman y Fonagy (2016) como la capacidad de comprender y predecir nuestras conductas y las de los demás en función de los estados mentales subyacentes. Ello es importante para que la comunicación parta de la habilidad de cada sujeto interviniente de entender y reflejar en dicha comunicación, si es necesario, la representación de la experiencia del otro desde ese otro y no desde uno mismo: comprender y no interpretar proyectivamente.

Al desarrollar esta idea desde la perspectiva de intervención desde el modelo VEV, conjugando la perspectiva sistémica y la basada en la mentalización, se propone una estructura concreta:

- 1) Evaluar el modo predominante de pensamiento en la familia (equivalencia psíquica, modo como si, modo teleológico), el nivel de comunicación y la capacidad de mentalización.
- 2) Medir o valorar las diferencias individuales de los miembros a través de los cuatro polos de la mentalización, lo cual nos ayudará para identificar al miembro más capaz.
- 3) Evaluar al miembro más capaz y al paciente designado el sistema para calcular la zona de desarrollo óptimo entre el paciente identificado y el miembro más capaz. Ayudar al tránsito evolutivo del paciente designado.
- 4) Generar un espacio terapéutico seguro, en el cual las actitudes del profesional mentalizador son fundamentales.

- 5) Analizar la demanda que la familia trae a terapia. Reformular la misma en clave de relación. Devolver una carta de reformulación a toda la familia: en la que se ha recogido su objetivo y se ha reformulado en clave relacional y con una propuesta de visión mentalizadora de la relación. Hacer una descripción relacional del síntoma.
- 6) Hacer una propuesta de trabajo centrada en el proceso y no tanto en el contenido con el propósito de abrir canales comunicativos para que ellos encuentren la solución. Entender que lo que la familia es capaz de hacer en sesión con nosotros, son capaces de hacerlo fuera porque ya encontrarán ellos las soluciones. Una vez que la familia aprende a verse, las soluciones las tiene que encontrar la propia familia.
- 7) Utilizar como estrategia básica la interrupción o mano mentalizadora cada vez que se pierde la capacidad de mentalización y recuperarla desde la identificación de la emoción básica cuya aparición intensa ha ocasionado dicha pérdida de reflexividad.
- 8) Una vez que la mentalización está restaurada y la familia “se ve” se puede trabajar técnicas específicas de terapia familiar (roles, reglas...).
- 9) Partir de que el formato de trabajo no tiene por qué ser con todo el sistema a la vez, puede ser con subsistemas o individuos concretos.
- 10) Se entiende que la clave es dónde y cómo se centra la atención.
- 11) Partir de la importancia de la persona del profesional y del desarrollo de consciencia de que puede hacer intervenciones basadas en su propia pérdida de mentalización. Nuestra inhabilidad de comunicarnos con nuestros pacientes nos causa frustración y la tendencia a culpar al adolescente. Sentimos que no nos

escuchan, pero en realidad sucede que para ellos es difícil confiar en lo que oyen.

Habida cuenta de esto, se subraya nuevamente la importancia de establecer vínculos emocionalmente validantes que posibiliten este tipo de capacidades, añadiendo el componente de no sentirse juzgado que implementa la propia validación, que tal y como señala Bertolino (2006):

Supone dar permiso a los jóvenes o a los otros implicados para experimentar cualquier cosa que estén experimentando y hacerles saber que esas experiencias son válidas. Las personas no son malas, locas, enfermas o extrañas por quienes son o experimentar lo que experimentan. La validación también permite a los jóvenes y otros implicados saber que hay otras personas que han experimentado cosas iguales o parecidas. (p.127)

En este sentido, retomamos la importancia de dónde y a partir de quién comenzar la puntuación de la secuencia de hechos. Ya en este momento de la exposición afirmamos que desde quien haya desarrollado mayor capacidad de mentalización, mayor afrontamiento de sus resistencias iniciales al cambio y mayor capacidad de responsabilización individual. Esto no supone ningún hito, se trataría del miembro del sistema más capaz.

Quizá pueda suponer una afirmación controvertida si señalamos que esa persona más capaz no tiene porqué ser quien la misma parte del sistema en todos los casos. No obstante, no conocemos evidencias que nos hagan extrapolar que se den mayoritariamente en unos u otros estas capacidades, sino que más bien depende de los aspectos personales relativos a la circularidad individual, que en la perspectiva del

modelo VEV serían: estilo relacional, estilos y conductas de apego, patrones relacionales (roles recíprocos) y contenidos emocionales.

Es por ello que comenzaremos las narrativas dentro de la circularidad bidireccional y de los síntomas desde la circularidad individual más capaz. Ello parte, a su vez, de la capacidad del educador, o profesional, de especular individualmente el estado mental subyacente de cada miembro del sistema y encontrar una narrativa que encuentre la conexión relacional entre los mismos desde dichos contenidos que suponen el foco de nuestra intervención y expresados en conductas. Ello puede hacerse en el aquí y ahora del *setting* de intervención, o desde episodios anteriores y referidos en dicho contexto, pero debe tratar de ser comprensible y aceptable para todos los miembros del sistema. Además, tendrá características diferentes según la fase de intervención en la que se encuentre, procurando generar un ambiente validante progresivamente extrapolable a sus espacios relacionales habituales.

En cualquier caso, y de cara a esquematizar lo expuesto, podríamos establecer tipos de narrativas circulares según las fases de intervención, que en nuestra opinión siguen la misma secuencia en su formato grupal:

Tabla 7

Uso de narrativas por fases de intervención- modalidad familiar

FASES	TIPOS Y CARACTERÍSTICAS DE LAS NARRATIVAS
PRIMERA DESVINCULACIÓN	Ofrecer narrativas comprensivas de las emociones posibles ante situaciones de desvinculaciones imposibles, inaceptables, de compromiso o aparente. Ofrecer información y validar la experiencia.
DISCIPLINA	Descriptivas de las conductas de los miembros, de su influencia interactiva y confrontativas con cada miembro del sistema y con el estilo relacional consecuente.

CONTENCIÓN	<p>Recogedoras de las emociones que surgen como reacción a las narrativas de la fase anterior y de los estados mentales subyacentes, descriptoras de sus expresiones conductuales y traductoras de lo no voluntario o inconsciente, de la relación entre esos estados mentales de cada uno con sus propias conductas y de la influencia de estos factores de cada uno en los demás.</p>
VALIDACIÓN	<p>Validantes de los contenidos emocionales primarios que se encuentran detrás en cada miembro del sistema, ayudando a identificarlas y en el sentido de transmitir respeto, diferenciando conductas de estados mentales y contenidos emocionales subyacentes. Especulativo-circulares al introducir la perspectiva de la mutua influencia en poder ayudar al otro a identificar los aspectos anteriores desde la representación centrada en el otro y desde el otro, y no en uno mismo, así como en comprender cómo esta dinámica puede darse en sentido inverso.</p>
CONFIANZA BASICA	<p>Segurizantes de cada miembro del sistema y del ambiente como sistema capaz de validar y que completa sus estilos relacionales. Fomentadoras de estilos de apego seguros, no hacia miembros concretos del sistema, sino hacia el estilo de relación del ambiente-sistema.</p>
RESPONSABILIZACION	<p>Narrativas basadas en la externalización de los recursos de cada miembro y de cómo desde un estilo relacional especulativo-circular esos recursos individuales generan y potencian un ambiente validante. Narrativas basadas en externalizar las conductas a eliminar desde los logros como sistema. También centradas en ubicar el protagonismo en el sistema.</p>
AMENAZA A LA IDENTIDAD	<p>Narrativas destinadas a potenciar una identidad como sistema que prevenga recidivas desde la inseguridad identitaria de algún miembro, o que pueda afrontar dichas recaídas sin renunciar a los logros conseguidos.</p>
DESISTENCIA	<p>Narrativas centradas en la configuración de nuevas identidades individuales que surgen de la introyección del estilo relacional del ambiente validante del que forman parte. Reforzadoras de la renuncia consciente y voluntaria de estilos anteriores.</p>

DESVINCULACION	Narrativas centradas en el protagonismo de la fase de responsabilización y en la redefinición de la relación con los agentes de intervención. Centradas en la evaluación de los logros y del momento de emancipación.
RE-VINCULACIÓN	Narrativas de capacitación y de fortalecimiento de sus éxitos. Normalizadoras de posibles dificultades.

Nota. Elaboración propia

3. TÉCNICAS DE LA MENTALIZACIÓN COHERENTES CON LA PRÁCTICA SISTÉMICA

Desde el modelo VEV se propone interrelacionar los mundos intrapersonales e interpersonales.

Así las cosas, habría aspectos que tenemos que considerar e introducir en la fase inicial de evaluación previa al tratamiento, tales como la observación y la evaluación de la circularidad interna, la circularidad bidireccional y la capacidad de mentalización y del funcionamiento interpersonal. Esta valoración incluiría dos niveles de análisis:

- 1) Del sistema familiar; se trataría de valorar qué tipo de funcionamiento familiar se da. Este nivel alude a la *circularidad bidireccional* que se genera en las interacciones entre los distintos miembros del sistema familiar (tipos de interacciones, dinámicas relacionales, triangulaciones, escaladas, roles recíprocos, etc.). Las relaciones pasadas son importantes, pero nos centraremos en las relaciones de apego actuales, partiendo del trabajo en el aquí y ahora.
- 2) De cada miembro individual del sistema familiar; se refiere a la *circularidad interna*, esto es, el mundo intrapsíquico de cada miembro. La capacidad de mentalización varía en función del contexto relacional del paciente y debe ser

evaluada en el contexto de sus relaciones de apego importantes. La valoración de la capacidad de mentalización y la evaluación del funcionamiento interpersonal de cada miembro familiar nos indicará, no sólo aspectos diferenciales entre ellos (relativos a la circularidad interna de cada miembro), sino que además nos dará información fundamental para, con posterioridad, seleccionar desde dónde y a partir de quién comenzar la puntuación de la secuencia de hechos. El modelo propone que sería desde el miembro de la familia que haya desarrollado mayor capacidad de mentalización, mayor afrontamiento de sus resistencias iniciales al cambio y mayor capacidad de responsabilización individual. Se trataría del miembro del sistema “más capaz” desde el que, por ejemplo, poder empezar a puntuar una narrativa de cambio.

En la devolución que hagamos, después de la entrevista familiar de valoración habría que reflejar a la familia nuestra *intuición* sobre su funcionamiento interpersonal y su capacidad de mentalización para que empiecen a reflexionar sobre su mente y sus dinámicas relacionales, es decir, su manera de pensar, funcionar y relacionarse. Hablamos de expresar a la familia nuestra *intuición* en el sentido de que podemos tener una “idea aproximada” de lo que les pasa, es decir, siempre con una duda. No podemos saber, podemos intuir desde la duda.

Desde este enfoque proponemos simultanear lo individual y dimensional con lo relacional y ello conlleva establecer el foco de la intervención *sobre* las dinámicas relacionales que se dan entre los miembros familiares y *desde* los estados emocionales de los pacientes.

Respecto a la implementación de las técnicas basadas en la mentalización en la psicoterapia, tal y como explica el propio Fonagy (1999), la psicoterapia, cualquiera que

sea su forma, trata de la reactivación de la mentalización (...) todos: (1) intentan establecer una relación de apego con el paciente; (2) intentan utilizarla para crear un contexto interpersonal donde la comprensión de los estados mentales se convierta en un foco; (3) intentan (principalmente de forma implícita) recrear una situación donde se reconozca al *self* como intencional y real para el terapeuta y que este reconocimiento sea claramente percibido por el paciente.

De esta forma, la labor del profesional se centrará en ayudar a la familia a dar sentido a los sentimientos que son experimentados por cada miembro individual, a reconocer los pensamientos que están conectados con estos sentimientos, cómo estos sentimientos se comunican dentro de la familia (cuál es el patrón relacional familiar) y cómo la falta de comunicación, o la falta de comprensión de estos sentimientos, conduce a interacciones que contribuyen a incrementar o mantener los problemas familiares. La Terapia Basada en la Mentalización con Familias (MBT-F) postula que muchos problemas en las familias se reducirán si las habilidades de los miembros de la familia para pensar acerca de los estados mentales de otros se promueven y liberan de obstáculos.

Este enfoque supone un cambio en el rol del profesional. Así, realiza un trabajo exploratorio para favorecer la activación de la mentalización en la familia y cada miembro individual y supone la construcción de un equipo de trabajo familia-profesional. También estimulará la participación activa y el protagonismo de la familia, así como sus puntos de vista sobre distintos aspectos del proceso terapéutico (incluidas las intervenciones del profesional).

Utilizará aquellas intervenciones que favorezcan que los miembros de la familia dirijan su atención hacia sí mismos, los contenidos de su mente, su modo de

funcionamiento mental, los estados mentales de los otros significativos y la interrelación que se genera entre ellos. El profesional adopta una actitud tentativa, involucrando y preguntando constantemente a la familia lo que necesitan antes de afirmarles lo que sucede, y una actitud intencional de estar constantemente atentos a los estados mentales que van ocurriendo en los miembros de la familia. Se presenta como alguien humilde (sabe que no sabe, por eso explora con la familia) con su atención siempre dispuesta a corroborar y colaborar para encontrar significado y las rutas más adecuadas en el proceso terapéutico. (Bateman y Fonagy, 2006). Adopta una actitud caracterizada por la curiosidad, mostrando un interés real en los pensamientos y sentimientos de otras personas y respetando las perspectivas de los demás.

Las estrategias terapéuticas se centran en el desarrollo y fortalecimiento de la capacidad de mentalización en la familia, pretenden crear una “matriz mentalizadora” en el sistema que les permita comprender y dar sentido a las conductas relacionadas con el síntoma motivo de consulta.

En el transcurso del proceso terapéutico resulta necesario estar monitorizando los estados mentales de los pacientes, a la vez que auto-observamos nuestro propio estado mental (desarrollo del “yo observador” por parte del profesional). En caso de duda, o peligro de intensidad emocional excesiva, nos situaremos en niveles de intervención más bajos, utilizando aquellas técnicas terapéuticas que impliquen una menor activación emocional. Tenemos que regresar al momento en que las personas se sentían seguras y confiadas y así favorecer el tránsito de un discurso no mentalizador a un discurso que sí lo sea. Cada intervención debe ajustarse al nivel de mentalización que presenta la persona en ese preciso momento.

Con el fin de fomentar la mentalización de cada miembro de la familia, se puede emplear toda una gama de diferentes técnicas de mentalización (Asen y Fonagy, 2011; Fearon et al., 2006). A continuación vamos a exponer una serie de técnicas de mentalización coherentes con la práctica sistémica y ordenadas de menor a mayor activación emocional:

1ª.- Seguridad, soporte y empatía: se constituyen como componentes necesarios de todas las terapias, consistentes en mostrar una escucha activa y un respeto de las vivencias de los miembros de la familia. Se trata de una escucha en la que las personas que tenemos en la sesión van a captar nuestra curiosidad e interés sincero por comprender qué pasa en sus cabezas. Esta técnica se asemeja a los procesos de unión y acomodación (“joining”) con la familia que plantea la escuela estructural, tal y como explica el propio Minuchin (1984):

...requiere la acomodación del terapeuta a la familia para formar un sistema terapéutico seguido por su evaluación de sus experiencias de la interacción de la familia en el presente...La familia se modifica solamente si el terapeuta ha logrado incorporarse al sistema de un modo sintónico a éste. (p.185)

2ª.- Identificación de la mentalización positiva. Supone identificar aspectos positivos de su capacidad de mentalización (de cada miembro del sistema familiar) y relacionarlos con el propósito de la terapia.

Por ejemplo, en una sesión familiar el padre dice: *“tuve una bronca terrible con mi mujer... Hay que reconocer que ella está estresada”*. Esta intervención por parte de la figura paterna es una muestra de mentalización. El profesional ha de señalar y reforzar que el hombre entiende los estados mentales de su mujer: *“qué bien cuando entiendes cómo se siente tu mujer y te enfadas menos”*.

Mediante esta técnica generaremos curiosidad en los miembros de la familia acerca de sus motivaciones, demostrando que la comprensión de los estados mentales propios y ajenos nos ayuda a controlar mejor nuestra emoción.

3ª.- Clarificación y elaboración del afecto. Clarificar consiste en explorar el contexto interpersonal en que se dio una conducta problemática (o síntoma), resultado de un fallo en la capacidad de mentalización. Intentaremos, por un lado, conectar los actos con las emociones que ha sentido cada persona y, por otro lado, interrelacionaremos los comportamientos de cada miembro presente en esa dinámica relacional, generando una narrativa circular desde sus estados emocionales. Ello parte, a su vez, de la capacidad del profesional de especular individualmente el estado mental subyacente de cada miembro del sistema y encontrar una narrativa que encuentre la conexión relacional entre los mismos desde dichos contenidos emocionales y expresados en conductas. La exploración del afecto ayuda a prevenir la sobrecarga emocional y, por tanto, la pérdida de mentalización.

4ª.- Detenerse y confrontar. El primer paso consiste en parar y ayudar al paciente a que focalice en cómo ha sido el cambio de su estado mental. Ej.: *“A ver, vamos a parar un poco, te veo diferente...”*. Detenemos la sesión para focalizar en el cambio de su estado mental y confrontarle, es decir, introducir una duda en el pensamiento concreto que estaba teniendo antes de dejar de mentalizar. Ejemplo: *“Ahora que ya estás un poco más tranquilo, ¿realmente crees que la única salida es marcharte?...Bueno, antes tenías la certeza de esto, y ahora, como ves, ya no lo sientes con tanta seguridad”*. Implica que estemos muy atentos a las emociones de fondo del otro y si lo emocional cambia en algo parar y señalarlo, confrontarlo.

5ª.- Mentalización básica: Que comporta:

Parar, escuchar y mirar. El profesional puede usar esta técnica ante indicadores de mentalización pobre, como la falta de respuesta ante sentimientos de los demás, actitudes evitativas, etc.; es decir, cuando observamos que los niveles de emoción son bajos y las personas que tenemos en sesión se encuentran más cómodos en el plano racional. Consiste en realizar una exploración activa sobre lo que sienten y piensan los pacientes durante la sesión que está teniendo lugar. Se trata de parar una dinámica relacional disfuncional y llevarlos a reflexionar sobre lo emocional, que se den cuenta no sólo de qué están sintiendo tanto cada uno de ellos como el otro, sino de la interrelación existente entre sus estados emocionales, es decir, la dinámica circular que se genera desde esos estados emocionales, dinámica de la que no son conscientes y que contribuye a generar ese ambiente disfuncional por el que todos están de uno u otro modo afectados.

Esta técnica respeta el ritmo de los pacientes, es decir, se pretende ir acostumbrando a los pacientes a reflexionar sobre estas emociones, pero muy poco a poco, sin romper el apego y respetando su ritmo. Por ello, simultáneamente el profesional tendrá que ir evaluando su capacidad de soportarlo sin romperse. Tal y como hemos señalado anteriormente, en caso de riesgo debido a una excesiva intensidad emocional retomaremos las técnicas terapéuticas que implican una menor activación emocional, tales como soporte, seguridad y empatía.

Esta técnica nos puede recordar a algunas de las intervenciones reestructurantes que plantea Minuchin (1984), tales como la creación de intensidad.

Parar, rebobinar y explorar. Esta técnica está indicada cuando se pierde el control de la sesión como consecuencia de una ausencia marcada de mentalización. El

profesional puede parar la sesión, rebobinar hasta el último momento de la sesión en que el diálogo era constructivo y explorar con los miembros de la familia a “cámara lenta” cómo han ido cambiando a partir de ese punto sus estados mentales. Ejemplo: *“Vamos a intentar parar porque se nos está yendo. Vamos a volver al momento en que estabais hablando tranquilamente y vais a ir reflexionando cada uno qué os ha ido pasando”*. A veces pueden estar demasiado alterados y no son capaces. En estas situaciones el profesional ha de introducir una hipótesis desde la duda para romper el hielo y promover que recuperen su capacidad de hablar. Ejemplo: *“Me pregunto si a lo mejor ha podido influir en que te vaya hirviendo la sangre el hecho de que se meta con...”*

El discurso tiene que ser desplazado de no-mentalización a mentalización, rebobinando sobre los propios pasos a donde la mentalización fue evidente por última vez. El relato de la familia puede entonces comenzar de nuevo desde ese punto.

Esta técnica de mentalización resulta similar a la técnica de “la moviola” que se utiliza en el enfoque post-racionalista.

6ª.- Mentalizar la relación terapéutica. Desde nuestra propuesta esta técnica consistiría en mentalizar los aspectos relacionales dentro del sistema terapéutico, es decir, mentalizar las dinámicas relacionales, el vínculo que se da entre los distintos miembros del sistema, incluyendo al profesional. Asimismo, desde este enfoque la relación terapéutica no se establece en la transferencia, sino que lo que ocurre en el sistema terapéutico tiene que ser entendido en la relación conmigo, como profesional y parte de ese sistema. Pasaríamos a hablar de lo que Abeijón (2013) denomina el “espacio relacional terapéutico”.

Así, mediante la utilización de esta técnica alentaremos a los miembros familiares que tenemos en sesión a:

- 1) Reflexionar sobre su relación actual.
- 2) Enfocar su atención en otra mente (del miembro “más capaz” que en ese momento tenga una mayor capacidad de mentalización).
- 3) Contrastar su percepción de sí mismo con la percepción que otras personas significativas tienen sobre ellos.

Atendiendo a la evaluación del funcionamiento interpersonal y la capacidad de mentalización que hayamos realizado previamente, tanto del sistema familiar, como de cada miembro que lo compone, valoraremos la conveniencia de iniciar esta técnica en la relación propiamente terapéutica, esto es, entre un miembro determinado y el profesional para con posterioridad posibilitar que el “miembro más capaz” del sistema familiar la realice con otros miembros familiares.

Otras técnicas que contribuirían a facilitar la mentalización en el “espacio relacional terapéutico” serían:

- 1) La **metacomunicación**: permite obtener información acerca de la relación y se refiere a la posibilidad de definir con claridad, entre dos o más personas, el tipo y contenido de mensajes que están intercambiando. La “metacomunicación” sería la explicación que nos damos, y que solicitamos al otro, acerca de nuestras conductas -y las de nuestro interlocutor- y sus efectos en la relación mientras estamos interactuando. Se trata, en definitiva, de una comunicación acerca de una comunicación.

Nos permite colocarnos fuera del marco de la interacción -como contexto-, para reflexionar y vernos en la relación. Así, la metacomunicación se convierte en un

medio al que podemos recurrir cada vez que necesitamos comprobar cómo nos está yendo en el encuentro con alguien, proponiéndole al otro la posibilidad de que reflexionemos juntos acerca de nuestra relación. De esta manera se constituye en una herramienta que favorece la mentalización circular entre los miembros implicados en una determinada interacción.

- 2) **Preguntas vinculadas a lo somático** que ayuden al paciente a ir poniendo nombre a sus sensaciones físicas para darle una representación mental de esa emoción. Hay indicadores somáticos que funcionan como prodrómicos en la pérdida de control. La conducta, o el acto, es lo menos significativo (por ejemplo, romper una puerta), lo importante es el estado mental previo a ese estado de pérdida de control y la evolución de ese estado mental.
- 3) Las **técnicas del equipo reflexivo** aumentan la fuerza de la mentalización. La contemplación reflexiva es una actitud de mentalización que transita en forma flexible y actitud relajada y abierta, en lugar de una búsqueda compulsiva y controlada de cómo los demás piensan y sienten.
- 4) La **técnica de la entrevista circular y reflexiva** (Selvini, Cirillo, Selvini y Sorrentino, 1990) tiene como efecto generar múltiples perspectivas. La toma de perspectiva supone la aceptación de que el mismo fenómeno o proceso puede parecer muy diferente desde diferentes perspectivas y que éstas tienden a reflejar las diferentes experiencias e historias individuales.
- 5) Las **técnicas de intensificación del stress** mediante la alteración en el espacio físico que propone Minuchin (1984), como colocar a las personas en sillas diferentes, o más cerca el uno del otro, o uno frente al otro. Tal y como explica Asen y Fonagy (2011), estas técnicas hacen que familias de no mentalización sean accesibles a la intervención terapéutica a través de una alteración en el

dominio físico, porque esta alteración tiene consecuencias palpables en las experiencias subjetivas de la familia. Reflexionando sobre estas consecuencias, inevitablemente, provocará (fortalecer) la mentalización. Éste es el beneficio oculto de la creación de nuevas perspectivas y formas de ver el otro.

Asen y Fonagy (2011) proponen **el bucle de la mentalización** como técnica que puede servir como un mapa de ruta, ya que ofrece un marco pragmático para la creación de las intervenciones basadas en la mentalización y para conectar las observaciones del profesional de las interacciones familiares con el estado de los sentimientos y pensamiento subyacentes relacionados con los miembros de la familia. Se trata de una herramienta para el cambio con cinco posiciones diferentes de mentalización que el profesional puede adoptar: puntuando, controlando, mentalizando el momento, generalizando y revisando. Hablemos de bucle, ya que no es una progresión lineal de etapas sucesivas, sino un proceso recursivo de observar, comprobar, revisar y hacer nuevas observaciones.

Como una primera posición, el profesional hace una declaración provisional (puntuando) acerca de una interacción entre los miembros de la familia que ha observado en el aquí y el ahora de la sesión. El profesional identifica y pone de relieve una interacción que (para él) parece estar relacionada con alguna dificultad para la mentalización. A continuación invita a la familia y sus miembros individuales para conectar con ello, pero también dando la posibilidad de que lo desestimen. Si existe cierto reconocimiento entre los miembros de la familia y se comprometen con la observación del profesional, se toma la segunda posición de mentalizar el momento.

El profesional modela una postura de mentalización que muestra el respeto y la curiosidad por las mentes de otros. Esta actitud transmite la idea de que aprender sobre

cómo otras personas están pensando y sintiendo es esclarecedor. Esta invitación para llevar a cabo algún tipo de *brainstorming* (lluvia de ideas) emocional anima a los miembros de la familia a poner voz a los sentimientos. El profesional intenta ayudar para generalizar alejándose de la discusión específica y ampliar su punto de vista. Los miembros de la familia están invitados a elaborar algunas observaciones de carácter más general y reflexionar sobre cómo los patrones de interacciones similares tienden a evolucionar de forma espontánea en el hogar y los estados emocionales que éstos provocan. En un intento por identificar y abordar las situaciones de problemas típicos, lo que se ha observado en el aquí y el ahora de la sesión se enlaza con las situaciones de la vida real.

El profesional anima activamente a los miembros de la familia a etiquetar sus propios sentimientos, para reflexionar sobre lo que debe ser para ellos. En una etapa posterior, a menudo hacia el final de la sesión, el profesional querrá revisar lo que esta experiencia ha sido para todo el mundo. En ese momento se mira hacia atrás y comprueba los estados emocionales de cada miembro de la familia. Esto ayuda tanto al profesional como a la familia para evaluar cómo una experiencia nueva y cargada de emoción se ha registrado en los diferentes individuos y proporcionado una oportunidad para reflexionar juntos sobre lo sucedido y sus posibles consecuencias. En esta última posición se promueve una reflexión conjunta entre todos de lo que pasa en la cabeza de todos.

La MBT-F incluye una serie de actividades de mentalización, que son presentadas como juegos o tareas que la familia puede llevar a cabo (Anna Freud National Centre for Children and Families, 2010):

Estas tareas principalmente funcionan como rompehielos, creando una aclimatación gradual a la mentalización en las familias en las cuales experiencias pasadas han creado una preocupación implícita o incluso una evitación fóbica de la actividad. Las tareas también tienen una función de desarrollo de habilidades, así como el potencial de generar información relevante (perspectivas alternativas). La tarea también puede ayudar con la generalización del aprendizaje como parte de los deberes.

Asen y Fonagy (2011) proponen diversas actividades de mentalización, tales como la inversión de los papeles; el juego de la sensación del buscador, en que se invita a los miembros de la familia a crear una historia centrada en los sentimientos que experimentan; la actividad del botón-pausa de pensamiento y el juego de la exploración cerebral, que suele finalizar con una discusión sobre cómo cada uno puede parecer leer con precisión los estados mentales y el hecho de que nunca se puede saber completamente lo que otros piensan y sienten.

CAPÍTULO 8.

**APLICACIÓN GRUPAL DEL ITINERARIO EDUCATIVO-
TERAPÉUTICO**

1. INTERVENCIÓN GRUPAL CON ADOLESCENTES EN EL MARCO DEL MODELO VEV

Dentro del modelo VEV, la intervención con adolescentes se estructura a través de tres ejes fundamentales. Así, se considera determinante compaginar y alternar el abordaje individual con el adolescente desde todas sus facetas (diagnóstico educativo, psicoterapéutico y social) con el familiar y el abordaje grupal.

De este modo, el modelo como psicoterapia de apoyo, dota de importancia a la intervención desde el grupo y con el grupo, con el objeto de ahondar en las variables individuales de cada miembro que compone el mismo. Ya desde su primera consideración, el grupo se entiende como un escenario privilegiado de relación para cualquier adolescente.

Entre las referencias existentes en relación a los beneficios que ofrece la intervención grupal con adolescentes, encontramos a Vinogradov y Yalom (1996) que señalan que la psicoterapia de grupo es un tratamiento eficaz a la hora de abordar diversos trastornos psicológicos y un amplio abanico de problemas entre los que se encuentran la sociopatía, el abuso de sustancias y el comportamiento interpersonal neurótico, así como conductas externalizantes, cuyo abordaje es nuclear en la intervención desde el modelo.

En la misma línea, Biagini, Torres, Torruco-Salcedo y Carrasco (2009) apuntan a los beneficios que conlleva la psicoterapia de grupo, esta vez aplicada a pacientes con Trastornos Límite de la Personalidad, diagnóstico con notable incidencia entre adolescentes objeto de la intervención desde el modelo. Así, Biagini et al. (2009) afirman que:

Parece quedar claro que en el tratamiento institucional de pacientes con TLP, la terapia de grupo que combina un número limitado de estos pacientes con otros neuróticos y/o con otro tipo de trastornos de la personalidad, puede resultar una opción viable. (p. 9)

Tomando en consideración estas aportaciones, resulta necesario plantearse cómo abordar la intervención en aquellos espacios grupales en los que se comparten interacciones interpersonales, sentimientos o emociones y que a menudo tienen lugar en actividades menos estructuradas, tales como situaciones cotidianas de interacción entre los adolescentes, y entre éstos y los profesionales pero que no están organizadas como una actividad que surge de forma espontánea.

Para ello, el modelo toma como referencia el modelo de once factores de Yalom (1970), sobre mecanismos terapéuticos que operan en la psicoterapia de grupo (esperanza, universalidad, información, altruismo, socialización, imitación, catarsis, recapitulación, componentes existenciales, cohesión y aprendizaje), tratando de integrar sus aportaciones. De esta forma, el objetivo es tratar de añadir mediante la psicoterapia de grupo un complemento más a la intervención, procurando así que el colectivo específico de adolescentes pueda beneficiarse finalmente de los tres ejes de la intervención.

2. COMPOSICIÓN DE GRUPO

2.1 Consideración de grupo

Para contextualizar el abordaje grupal propuesto por el modelo, se va a partir de autores como Triandis (1974), Doise (1978) y Weinert (1988) que coinciden en clasificar los grupos en “naturales” y “ad hoc”.

Los principales grupos naturales son aquellos en los que el ser humano tiene que pertenecer para vivir sin perjuicios. También se denominan grupos “primarios” porque conllevan un contacto muy cercano. De esta forma, los principales grupos “naturales”, por ejemplo, son la familia y el de iguales. De la familia hemos tratado en el capítulo anterior y del de iguales lo haremos a continuación.

Por otra parte, los grupos “ad hoc” son aquellos que se forman con un fin muy determinado y desaparecen una vez han alcanzado su objetivo como, por ejemplo, grupo terapéutico.

La intervención grupal implementada desde el modelo parte de los grupos educativo-terapéuticos, centrados en el proceso del propio grupo a través de los beneficios que proporciona al individuo la experiencia de pertenecer a ellos y de relacionarse en ellos. Aunque tiene un valor marcadamente clínico, no puede separarse de su carácter pedagógico o formativo, en el que el grupo presta el contexto adecuado para aprender formas nuevas de relaciones humanas.

Así desde el modelo se pretende redefinir el “valor clínico” en “educativo-psicoterapéutico-social”.

De esta forma, se entiende la intervención grupal como una herramienta facilitadora del cambio individual. Se trata de grupos de mayor orientación interactiva donde los adolescentes profundizan en su comportamiento social inadaptado a partir del feedback que se ofrecen unos a otros desde las relaciones creadas en el propio espacio. Por tanto, es el propio grupo el que sirve de modelaje a través de un aprendizaje vicario. En el trabajo con grupos, se utilizan la multiplicidad de sistemas humanos y la interacción entre ellos (a través de la intervención grupal, la interacción entre los adolescentes o la interacción individual adolescente-profesional) para efectuar cambios respecto a la conducta inadaptada de cada uno de los miembros del sistema.

Para Serebrinsky (2012): “el grupo terapéutico es un sistema en el que confluyen operativamente los requerimientos de una multiplicidad de sistemas humanos con sus propias experiencias, valores, creencias y particular manera de significar el mundo” (p.132). Así, entiende por grupo terapéutico la generación de un espacio de contención y de protección y un sistema en el que se juega todo: lo individual, lo social y lo familiar. Mantiene que el espacio grupal terapéutico da la apertura a ver, pensar y sentir una construcción social diferente a la conocida en el espacio familiar ampliando la propia y creando una nueva. Esta definición permite una concepción más cercana al espacio educativo-psicoterapéutico-social.

Por tanto, el grupo mismo, así como la aplicación de técnicas específicas y la realización de intervenciones por parte del profesional, sirven como instrumento de cambio y como elemento contenedor de ansiedades y proyecciones personales de cada grupo referencial de origen. Ello aborda el objetivo de regulación emocional de una forma directa y permite que la intervención grupal parta de la interacción entre los miembros y del aprendizaje dialógico y experiencial por un lado y el empleo de dinámicas y herramientas terapéuticas y educativas por otro, donde se aborda toda la problemática que genera malestar. Y es que, tal y como Corey (1995) señala “...Como microcosmos de la sociedad, el grupo proporciona una muestra de la realidad, porque los conflictos y los problemas de los miembros hallados en el grupo no difieren de los experimentados de él.” (p. 27)

2.2 Características de los grupos de adolescentes

El grupo de adolescentes es, como mencionábamos anteriormente, de tipo “natural”. Ocurre como parte de la evolutiva de cualquier persona y comienza al iniciarse la pubertad como resultado de la necesidad de separarse de los progenitores. En su seno,

surgen fenómenos que sólo son característicos del mismo. Entrena y Díaz (1998) señalan los siguientes:

- 1) no existe una misión común, impuesta desde fuera, sino que se imaginan misiones que correspondan a sus necesidades.
- 2) Estas necesidades consisten en hallar su identidad, fuera de la familia.
- 3) La motivación sexual es un factor primordial de la formación y estructuración del grupo.
- 4) Hay un determinado objetivo de entrenamiento: adquirir destrezas sociales frente al sexo opuesto y a los adultos. (p.33)

Ello permite circunscribir las dificultades relacionales dentro de un grupo necesario y que hasta puede tener tal finalidad, coincidiendo con la idea de Abejón e Irastorza (2007), de que es mejor leer todo conflicto en clave evolutiva en vez de hacerlo en clave de patología. Esta perspectiva del desarrollo o del progreso madurativo conlleva entender los cambios como parte de un proceso, como un hito que debe traspasarse para ir adquiriendo una identidad propia. Pero estos cambios no solo los vive el adolescente, sino que se escenifican en los grupos de referencia en los que éste convive, como son sus grupos de iguales y su familia, obligando a estos a formar parte de este cambio.

El adolescente emplea, de esta forma, los espacios grupales con el objeto de medir el grado de aceptación de su identidad en los distintos entornos, ya que en función de la devolución que los diferentes ámbitos le hagan, el adolescente irá ajustando y adaptando la construcción de su identidad para sentirse aceptado socialmente.

En este sentido, entendemos muy pertinente la aportación de Guiot (1994), que aunque reflexionando sobre los grupos “ad hoc” de seminario, señala como procesos que se dan dentro de un grupo los siguientes: la lucha por el liderazgo, la lucha por el

lugar en los escalones de mando, la formación de un nivel medio del grupo, la formación de parejas y a elección del papel o rol.

Son también procesos reconocibles en un grupo de adolescentes que recogen aspectos fundamentales como el rol que se concreta en la elección de patrones relacionales que ya forman parte del repertorio del adolescente, aprendidos en el seno del grupo familiar y que en este nuevo escenario se repiten o tienen que redefinirse. Ello puede hacerse sin dirección, o con el acompañamiento de un profesional que aproveche desde los conflictos por el poder, el lugar o la compañía-alianzas, para introducir aspectos que ayuden a que tal redefinición tenga un componente evolutivo sano. Este cometido puede convertir un grupo “natural” en otro “ad hoc” en cualquier contexto de intervención: escolar, de tiempo libre,...

Sea como fuere, estos procesos se realizan desde roles redefinidos que, en muchas ocasiones, al igual que en el teatro griego, constituyen máscaras con los que se relacionan de forma exagerada, lo que permite que los espectadores, que se encuentran lejos (física y/o emocionalmente) puedan ser conscientes del estado emocional del personaje creado por los adolescentes para amplificar su voz y ser escuchados. Para ser vistos pero no directamente, para expresarse pero con la tranquilidad de hacerlo desde una identidad artificial que cumple el objetivo de observar cómo los demás reaccionan y desde ello, optar por incluirlo en su repertorio natural, su identidad, o poder adaptarlo o eliminarlo.

Se convierte por tanto, en un disfraz eficaz para que el adolescente intercambie identidades con facilidad, lo que no deja de ser, al fin y al cabo, una ficción exagerada que oculta la realidad, en muchos casos una realidad sufriente. Ello se corresponde con las aportaciones de Moreno (1966) y el desarrollo del psicodrama, entendiendo que la

dramatización de los conflictos facilita su superación y afirmando que el conflicto puesto en escena es siempre grupal.

El modelo VEV entiende, no obstante, el riesgo que supone esta dramatización exagerada y el empleo reiterado de estas máscaras ya que si no se interviene sobre ello, los adolescentes pueden acabar identificándose con el papel representado, pasando a ser víctima o victimario, humillador o humillado, abandonador o abandonado... o la forma de rol recíproco que cada uno adopte en la relación que establece en esos grupos de iguales. Por tanto, se apuesta por generar un espacio de abordaje grupal en el que se revisan aspectos identitarios.

Tal y como se apuntaba anteriormente, esta identidad creada, se ha desarrollado a través de la interacción con otros, con uno mismo y con el entorno, lo que establece los rasgos característicos de la persona desde los que ésta se diferencia y distingue. Por lo que si consideramos que la identidad no es perenne y que evoluciona con el tiempo y las circunstancias dadas, se incidirá en el espacio de interacción con el adolescente sobre la devolución de la mirada de los otros desde fuera, (como si de un espejo se tratara) adaptando la intervención, a la edad y momento evolutivo no solo del adolescente sino de la capacidad que el propio grupo posea. El objetivo sería ayudar al adolescente a identificarse con el grupo sin perder identidad. Dicho en otros términos, abordar la circularidad externa sin amenaza a la interna.

En este sentido, Serebrinsky (2012) destaca que el modelaje viene de la mano del grupo en su totalidad: profesionales y usuarios. Considera que la imitación del comportamiento de otros miembros es un factor terapéutico que permite el desarrollo de habilidades sociales. El grupo se convierte así en un lugar de aprendizaje: se aprende a escuchar, a respetar, a relacionarse, entenderse... generando un vínculo con los otros.

2.3. Características del grupo de adolescentes en recursos residenciales

Los adolescentes en centros residenciales de Justicia Juvenil y del Sistema de Protección para menores con problemas de conducta, cursan frecuentemente con violencia o agresividad, consumos e interrupciones de la relación de ayuda, como posibles conductas externalizantes. Además muestran distintas formas de involuntariedad. De esta forma, el control de dichas conductas no se adquiere de forma inmediata por lo que para entender su origen, se debe de ir más allá del personaje, más allá de la máscara, entendiendo esta expresión más como un estilo relacional que como un acto.

Para enfrentar esta especificidad se requiere un abordaje también específico que se expondrá en el siguiente capítulo, destinado a la comprensión y abordaje de las conductas externalizantes.

En todo caso, resumiendo lo expuesto hasta el momento, los grupos suponen un elemento fundamental en el proceso de diferenciación, ya que el grupo de iguales, entre otras cosas, ofrece refugio, identidad social y de pertenencia, dota de un reconocimiento social diferente al que ofrece el núcleo familiar. El grupo adolescente, por tanto, es fundamental para lograr la transición en el mundo externo, por lo que trabajar de manera paralela los procesos individuales desde el grupo así como con la familia se considera una tarea necesaria en el abordaje de la crisis de la adolescencia, lo que favorecerá y repercutirá necesariamente entre otras, en la individuación y comprensión del adolescente.

Es por ello que el abordaje grupal en este tipo de contextos no es sólo un instrumento de intervención en el “aquí y el ahora” del adolescente, sino que constituye un instrumento de detección de necesidades individuales en la regulación de la expresión de los afectos conscientes e inconscientes. Siendo el fin en sí mismo de la intervención

grupal utilizar el poder del grupo para validar y trabajar estos contenidos emocionales, resultando necesario en ocasiones, trabajar de manera individual con el adolescente algunas expresiones desreguladas del afecto, para después poder abordar en grupo esos contenidos emocionales de manera adecuada.

Por tanto, el propio grupo puede ser el escenario en el que se trabaje la expresión de algunos contenidos para que posteriormente estos adolescentes puedan hacerlo en otros espacios de su entorno, como pueden ser el plano familiar.

No obstante, es un proceso difícil. De hecho, Privat y Quélin-Souligoux (2000) señalan que:

La experiencia ha demostrado que no es posible proyectar la constitución de un grupo sin tener en cuenta su inscripción en la dinámica institucional. Ocurre a menudo que la introducción de grupos terapéuticos en una institución puede provocar, a pesar de la aparente buena voluntad, vivencias persecutorias y dar lugar a reacciones defensivas de rechazo. (p.155)

Ciertamente, es una tarea difícil que reclama un encaje de este tipo de abordaje en una visión conjunta de la intervención por parte de la institución que no deja de ser, tal y como entendía Bleger (1971) un conjunto de individuos que interactúan compartiendo ciertas normas para realizar una tarea o dicho de otro modo, un grupo “ad hoc”. Siguiendo con la idea de “encaje” desde la propia intervención, es fundamental resaltar la necesidad de adoptar un enfoque que integre tanto la intervención grupal como la individual, complementándose ambas en una sola y más eficaz, así se puede recuperar la función contenedora del grupo de Serebrinsky (2012) que recogíamos en el apartado de consideración de grupo, o también de una forma más circunscrita a este tipo de contextos, la experiencia de Béjar y Pimienta (2015) a la hora de implementar un grupo de estas características:

El efecto de contención y de posibilidad de un hablar más auténtico y sincero - con menos negación del dolor- se mostró en múltiples casos, permitiendo una mejor adecuación del equipo a las necesidades emocionales y las posibilidades de evolución de los pacientes. Ello nos lleva a pensar que un efecto importante es que contribuyó a fomentar una identidad de grupo “terapéutico”, dentro de una institución donde los aspectos persecutorios predominante entrada (por el funcionamiento de los internos y de la propia institución) y donde gran parte del funcionamiento grupal previo es el de la propensión a la organización de grupo de pares psicopático en oposición al grupo cuidador-institución. (pp. 37-38)

Estos efectos son compartidos por el modelo, y también el objetivo que puede conseguirse el implementar el propio grupo, mediar entre la oposición de grupo de adolescentes y el de profesionales, al dar un espacio donde poder hablar de una forma más sincera.

A ello, la perspectiva del modelo añade que en los contextos desde los que se interviene, los grupos educativos-psicoterapéuticos-sociales son grupos artificiales, reunidos debido al cumplimiento de una medida socio-educativa de carácter judicial como consecuencia de la comisión de un delito (en el caso de los centros de la red de justicia juvenil) o como consecuencia de conductas disruptivas graves y/o reiteradas (en los casos de los centros del Sistema de Protección). Esto genera que en muchas ocasiones no exista una demanda educativa, ni psicoterapéutica, ni social por parte de estos adolescentes y donde se parte de inicio desde un clima de desconfianza. En la mayoría de las ocasiones, el adolescente no ve la intervención, bien sea grupal, individual o familiar, como un elemento de ayuda sino más bien como una imposición de los sistemas externos, siendo la involuntariedad una de las características fundamentales. Por ello se ha de tener muy presente que más que una adhesión al

tratamiento existe una adaptación al mismo por parte de los adolescentes (sobre todo en los primeros momentos de la intervención).

En cuanto a aspectos más concretos de implementación de este tipo de grupos, la idiosincrasia de estos entornos hace que sean grupos abiertos, es decir, que el acceso de nuevos miembros y salidas de otros sea continua y regular, por lo que la posición del agente interventor dentro del grupo debe variar atendiendo a la etapa del proceso en que se encuentre cada miembro del grupo. Se debe por tanto, priorizar necesidades y ser conscientes y conocedores de cada proceso individual. Esto provoca, en ocasiones, que existan diferentes ritmos de trabajo en función del estadio en el que se encuentren los diferentes miembros del grupo, pero también, permite un trabajo de modelaje de los miembros más antiguos sobre los más recientes en el grupo.

Se trata de grupos heterogéneos en cuanto a edad, género, cultura, raza, nivel socioeconómico, por lo que se deberá adaptar la intervención grupal en función de estos aspectos.

Las sesiones grupales se deben realizar en un espacio del propio centro, con una duración aproximada de 1h y 30 minutos y donde la asistencia a las mismas sea de carácter obligatorio. El número de integrantes oscila en función del número de plazas del centro, pero oscilará comúnmente de entre 10 a 15 miembros.

Las sesiones se deberán realizar en co-terapia o co-intervención, donde el manejo del grupo se realiza simultáneamente por al menos dos profesionales en condición de igualdad en lo referente a funciones y jerarquía, pese a que puntualmente puedan incorporarse profesionales de mayor jerarquía como puedan ser el coordinador/coordinadora así como el director/directora del centro, para atender situaciones de convivencia en el centro o por informaciones excepcionales. En cualquier caso, la autoridad en la toma de decisiones y gestión del espacio grupal es compartida.

Se ha de considerar, que en el desarrollo de una intervención grupal en este tipo de contextos residenciales, las relaciones y conflictos que surgen en sesión, tanto entre los pares como entre los adolescentes y los profesionales, van más allá de lo ocurrido en el espacio, ya que la relación y el encuentro es cotidiano y constante y se extiende más allá de la sesión grupal.

3. LA CONSTRUCCIÓN DEL ESPACIO GRUPAL

3.1. Normativa del grupo

El modelo parte de la premisa de que para que se dé el proceso terapéutico se ha de atender a varios elementos que estructuren a todos los miembros que componen el espacio. Ya se ha descrito y definido en los capítulos anteriores la relevancia de mantener un encuadre que posibilite un control que, a su vez, posibilite la seguridad necesaria para poder intervenir. Estos elementos se explicitan para que los propios miembros del grupo hagan esa función.

Por tanto, dentro del espacio grupal se establecen una serie de normas compartidas entre los miembros que componen el grupo:

- 1) **Respeto.** Una de las “*grandes normas*” en estos espacios pasa por el respeto mutuo entre los integrantes, tanto de la persona como de lo que exponga, velando por aquellos contenidos verbales y emocionales que salgan a escena. Se debe dejar claro que el fin de los encuentros es el de poner en común lo que piensa y siente cada uno, no tolerando humillaciones o ridiculización es al respecto procedentes de cualquier otro miembro del grupo. El respeto favorece la creación de un espacio segurizante que permita la libre expresión (verbal o emocional) y el libre pensamiento.

- 2) **Confidencialidad.** Los miembros del grupo deben tener la confianza suficiente en el espacio para poder expresarse, sabedores de que los contenidos que expongan no serán utilizados con otros fines que no sean los terapéuticos. Los integrantes del grupo asumen el compromiso de mantener la privacidad de lo que se exponga por el resto de miembros, generando un clima de seguridad. El límite en este punto radica en que el profesional perciba revelaciones importantes que atienden a cuestiones de salud o a graves situaciones legales. Algo que deberá explicitarse en el inicio del establecimiento del grupo.
- 3) **Asistencia y participación.** Otra de las normas de los espacios grupales hace referencia a la asistencia y participación. La asistencia alude a la obligatoriedad que existe a la hora de acudir a las sesiones grupales y al hacerlo con puntualidad, tanto en el inicio como el final. Y si por cualquier motivo pudiera darse un retraso o una salida del espacio con antelación, pedir permiso al propio grupo para hacerlo. La participación alude a la aportación en las dinámicas propuestas por los profesionales.
- 4) **Turno de palabra.** Se vela por el respeto a los turnos de palabra como un elemento que representa la igual importancia de todos los miembros y de todas las aportaciones. Cada miembro debe saber que tiene un turno de palabra en el que poder expresarse y así mismo ser escuchado sin interrupciones. Para un grupo constituido esto ocurre de forma autorregulada pero cualquier salida o entrada de un miembro, vuelve a requerir su activación.
- 5) **Obligatoriedad.** Unido a esto, nos encontramos que en lo que respecta a la motivación de los adolescentes por la psicoterapia de grupo, el factor de obligatoriedad de asistencia conlleva una serie de dificultades que hay que abordar, especialmente a lo largo de las primeras sesiones durante las cuales el

escepticismo y resistencia iniciales suelen hacer su aparición de manera más rotunda.

- 6) **No utilización de aparatos electrónicos.** Como mp3, móviles o similares, que dificulten la intervención grupal. Es una “gran norma” innegociable. Para ello, resulta esencial que los profesionales tampoco tengan en su poder alguno de estos aparatos.

3.2. Fenómenos grupales

Dentro del espacio grupal, se dan una serie de fenómenos que podemos considerar universales en las dinámicas de todo grupo (Bloch y Crouch, 1985; Corsini y Rosenberg, 1955; Yalom, 1970). Estos fenómenos solo pueden ser explicados en su conjunto desde la inclusión y participación en el mismo, puesto que los fenómenos que acontecen en el propio grupo suelen ser explícitos o implícitos. La comprensión de lo implícito sólo puede entenderse a través de la observación de lo manifestado y de su posterior interpretación. Por tanto, en el funcionamiento grupal se han de tener en cuenta los siguientes aspectos:

- **Autonomía.** Cada grupo tiene un funcionamiento propio e independiente respecto a otros grupos. Por lo que se ha de entender la idiosincrasia del espacio grupal en el que se participa.
- **Control.** Los miembros del grupo son a su vez encargados y protagonistas de la gestión de los contenidos que se actúan en el espacio. Así, es el propio grupo el que regula la conducta de los propios miembros.
- **Confianza.** En función de la relación que se vaya estableciendo y creando entre los adolescentes, cada miembro irá depositando en el espacio grupal aspectos de mayor calado personal. Este es un proceso que el adolescente irá testando en grupo, exponiendo inicialmente contenidos menos comprometedores con el

objeto de comprobar como el resto de integrantes reciben y responden a lo expuesto.

- **Equilibrio.** Los continuos cambios a lo largo de la vida de un grupo, como por ejemplo la incorporación de nuevos miembros al espacio grupal, pueden producir inestabilidades en mayor o menor medida en cada integrante. La desventaja en este tipo de grupos en este tipo de contextos es que no se puede elegir el momento del ingreso, y este puede producirse en un momento en el que el grupo no se muestra receptivo (ausencia de cohesión, manifestación de tensiones disputas internas en el seno del mismo...). Sin embargo, también puede resultar ventajoso, ya que la irrupción de nuevos miembros proporciona a la situación psicoterapéutica nuevas oportunidades de abordar aspectos transferenciales de los participantes que hasta el momento habían permanecido encubiertos, que surgen como reacción al ingreso de nuevos miembros.
- **Resonancias.** Se trabaja a partir de la auto-referencia. Esta idea aporta que lo que siente el adolescente remite no solamente a su historia personal, sino también al grupo en el que este sentimiento emerge. De esta manera, lo sentido y la función de lo vivido pasan a ser herramientas de análisis e intervención al servicio del grupo. La resonancia es un hecho no objetivo, que nace en la construcción mutua de lo real que se opera entre el adolescente que la nombra y el contexto en el cual se descubre a punto de nombrarla. De alguna forma, es identificar cómo es vivido por otros lo expuesto por un miembro pero en clave de auto-referencia, por ejemplo, *“a mí también me pasa”*, o *“me es muy cercano”*.
- **Jerarquía.** Si entendemos el espacio grupal como un sistema en sí mismo con vida propia, se ha de considerar la estructura del mismo y el status que presentan

unos miembros en relación a otros y las dinámicas que entre ellos se pueden establecer. Se han de observar los juegos de influencia y poder, las movilizaciones que un determinado miembro pueda realizar en función de intereses personales.

- **Alianzas y Coaliciones.** Otro aspecto a considerar en la dinámica grupal alude a las alianzas y coaliciones que pueden crearse entre los miembros que componen el grupo. Así, entendemos que una coalición se da cuando existe una conexión entre dos o más miembros entre sí, en contra de un tercero, aspecto este que habrá que abordar en la dinámica del propio grupo. Por el contrario, la alianza se da cuando alguno de los miembros se une entre sí con el objeto de conseguir un objetivo común.
- **Apoyo.** Los miembros del grupo sienten que se encuentran acompañados frente al problema o la situación planteada. El grupo se convierte en un espacio de sostén y fortaleza. Al mismo tiempo que puede producirse un sentimiento de identificación entre los miembros, lo que les puede llevar a descubrir que sus problemas no son únicos.
- **Manejo de Ansiedad.** Este es un fenómeno muy presente en dinámicas grupales estructuradas o semiestructuradas en el trabajo con adolescentes. Al hablar de ansiedad nos referimos a sentimientos y sensaciones tales como el miedo, el estar al borde de un ataque, sentirse angustiado, cabreado, preocupado... Se relaciona también con sensaciones corporales tales como la tensión muscular, la sudoración, el temblor, la respiración agitada, los nudos en el estómago, el dolor de cabeza, de pecho o de espalda... Sin embargo, se convierte en un problema cuando las sensaciones mencionadas anteriormente se desbordan y no pueden ser controladas. En ese momento la ansiedad empieza a interferir en la vida de

los adolescentes y es por lo que se debe utilizar el espacio grupal para ayudar a identificarla, a controlarla y manejarla.

- **Asertividad.** Teniendo en cuenta que frecuentemente los adolescentes con los que se interviene tienden a adoptar la agresividad en sus relaciones interpersonales, interfiriendo en el buen desarrollo de dichas relaciones, es necesario enseñarles y dotarles de las estrategias necesarias para desarrollar una conducta social más adaptada. La asertividad les permite actuar en relación a sus propios intereses, mantenerse firme sin ansiedad y expresar sus propios derechos sin negar los derechos de los demás.
- **Universalidad.** Desmantelar la idea de que son casos aislados. El compartir con otros el sentimiento de frustración, coraje, los miedos, el rechazo, las sensaciones y experiencias, alivia el sentimiento de soledad e incompreensión, y favorece el sentido de autotranscendencia a través del otro. Este último, está conceptualmente a la Logoterapia de Frankl (1979) que: “intenta hacer al paciente plenamente consciente de sus propias responsabilidades; razón por la cual ha de dejarle la opción de decidir por qué, ante qué o ante quién se considera responsable” (p. 154).
- **Altruismo.** Darse cuenta de que dentro del grupo, los participantes, aun y cuando no den, reciben de las experiencias compartidas. Esto es la gratuidad del grupo.
- **Cohesión grupal.** El aprendizaje mutuo de los participantes, el respeto por cada uno de los integrantes, ambiente de confianza y seguridad, compromiso de trabajo, honestidad y confidencialidad de cada uno de los integrantes.
- **Comportamiento imitativo.** Los otros miembros del grupo pueden dar pistas, arrojar luz para proceder de manera diferente. Los miembros se benefician de la

observación del proceso educativo-terapéutico de otro adolescente que tiene problemas similares. Se trata de un fenómeno que se denomina *aprendizaje vicario*.

- **Generar vínculos afectivos.** Esto provoca que los participantes compartan las experiencias vitales, en cualquier aspecto, con la intencionalidad de generar un cambio. Esto, desde la necesidad de contraste.
- **Aprendizaje Interpersonal.** Lograr descubrimientos importantes a través de compartir las propias experiencias y de escuchar las experiencias de los otros. El aprendizaje interpersonal es un fenómeno que se da pero también el objetivo central de este tipo de abordaje. Es por ello, que recuperando el intento de integrar el enfoque de Yalom y Vinogradov (1996) con el propuesto por el modelo VEV, atendemos a cuatro conceptos subyacentes que proponen como centrales en el aprendizaje interpersonal:
 - 1) La **importancia de las relaciones interpersonales** que en el modelo se entienden y abordan teniendo como foco los patrones relacionales y su expresión en roles recíprocos. Su señalamiento y conexión con las conductas, su identificación como elemento que influye en la interpretación de las propias conductas y de la de los demás, y su uso para reforzar avances al poder identificar nuevas formas de relación.
 - 2) La **necesidad de experiencias emocionales correctivas.** Es otro factor que es esencial en el modelo que se une con el concepto anterior, teniendo como objetivo propio de la etapa de establecimiento de la relación, visto en los dos capítulos anteriores, la generación de experiencias interpersonales y emocionales correctoras que partan de las fases de contención y validación y permitan la activación de la mentalización.

3) **El grupo como espacio de aprendizaje de patrones.** Ello supone la síntesis de lo expuesto en los tres puntos anteriores, entendiendo que esos patrones (roles recíprocos en el modelo VEV) se aprenden, ejercen y re-aprenden en esos microcosmos. Pero también, al comprender el grupo como el espacio de entrenamiento para acceder a los mismos.

Así, partir del conocimiento y manejo de estos conceptos se favorece la modificación de las actitudes, sentimientos, conductas... de los adolescentes, favoreciendo entre otros, y como se mencionaba anteriormente, el aprendizaje vicario de habilidades sociales más efectivas.

En esta línea, Watzlawick et al. (1981) también nos aporta tres conceptos fundamentales en la intervención con grupos que es importante recordar:

- 1) **Totalidad:** el sistema siempre es más que la suma de las partes (principio de la no-sumatividad). Cada una de las partes de un sistema está relacionada con las demás, de forma que un cambio en una de ellas provoca un cambio en todas las demás y en el sistema en su totalidad.
- 2) **Causalidad circular:** una alteración de un elemento del sistema afecta inexorablemente a los demás. Debido a un proceso de retroalimentación, la alteración que se produce en ellos acaba por afectar a ese elemento. Por tanto, es un fenómeno que no tiene principio ni fin y los terapeutas son meros observadores del sistema familiar que promueven el cambio desde el exterior.
- 3) **Equifinalidad:** los mismos resultados pueden tener orígenes diferentes y diferentes resultados pueden ser producidos por las mismas causas.

4. EL MODELO VEV EN EL GRUPO

4.1. El grupo como ambiente validante

Habida cuenta de todo lo anteriormente expuesto, el modelo VEV entiende el grupo como un espacio que oscila entre lo natural y lo generado “ad hoc” con características de contención pero también con características de validación, es decir, de identificación, secuenciación y expresión de emociones reguladas, desreguladas e invalidadas.

Desde esa contención validante se reactiva la capacidad de mentalización del adolescente para identificar patrones relacionales problemáticos, tomar conciencia de ellos y construir otros más sanos que le den una identidad en el grupo con lo que se sienta conforme y coherente en su sentido de sí mismo. Para ello, desde el modelo se consideran al menos tres maneras de entender el funcionamiento del grupo y lo que en él acontece:

- 1) **Posición presente.** Haría referencia a aquellos aspectos que acontecen en el propio espacio de la interacción grupal. Situaciones que se originan en el propio contexto del grupo y que se han generado desde la relación con él entre los miembros que conforman el grupo, por lo que será desde el mismo espacio grupal donde se le dé respuesta.
- 2) **Posición transferencial.** El espacio grupal activa sensaciones pasadas del adolescente, reviviendo y proyectando en las nuevas relaciones con los miembros del grupo situaciones o emociones anteriores. El escenario grupal, se convierte por tanto, en una herramienta activadora desde el que poder intervenir a nivel grupal y/o individual con el adolescente a través de la situación dada.
- 3) **Posición a futuro (proyektiva).** El propio grupo ofrece alternativas o soluciones ante una posible situación a futuro de uno de los miembros a partir de las experiencias compartidas y el bagaje de cada uno de los integrantes.

Así, se pueden conexionar unas con otras, al hablar o recoger cualquier contenido, resaltando el carácter generativo y procesual del modelo.

4.2. Objetivos de la intervención grupal

Uno de los postulados del modelo VEV es que si los adolescentes con los que se interviene grupalmente se ponen en contacto una guía o patrón de identificación diferente al conocido por ellos hasta el momento, desde el que puedan empezar a identificarse, pueden desistir de formas anteriores de relación y construir e internalizar otras nuevas a través del contacto con sus iguales.

Así, el modelo considera la influencia que el grupo ejerce sobre el individuo y viceversa. Se entiende que a través de las dinámicas y de las situaciones generadas en el propio grupo se van modificando los procesos mentales individuales de cada miembro que lo conforma. Del mismo modo, el desarrollo y evolución de los distintos procesos individuales afecta al constructo general del propio grupo, convirtiéndose así en un sistema vivo y dinámico en continuo cambio.

Siguiendo esta línea, se puede considerar no solo la influencia de la bidireccionalidad entre grupo e individuo, sino también cómo un determinado grupo afecta e influye en otros grupos. De tal forma que es posible generalizar un funcionamiento dentro de un grupo de adolescentes con un profesional, es decir, un grupo “ad hoc”, a otros externos y “naturales”, como son los familiares y los de iguales. Partiendo de estos planteamientos, los objetivos principales de intervención desde el modelo serían los siguientes:

- Posibilitar un espacio para cada adolescente en el que el grupo suponga el marco de su zona de desarrollo próximo, que le permita descubrir elementos de autocontrol o contención, buscar y entender el significado de su conducta o

validación, trabajar la identidad y desarrollar patrones relacionales nuevos, desbloquear capacidades y reactivar la mentalización.

- Posibilitar un espacio al grupo que permita abrir el foco más allá de los síntomas y de las conductas, desplazar conflictos, formular la demanda, trabajar la cohesión y facilitar la confianza epistémica en el grupo de iguales.
- Posibilitar un espacio a la interlocución entre el grupo de adolescentes y el de profesionales que permita resolver conflictos, desarrollar la confianza epistémica en el mundo adulto y completar la vertiente individual de intervención.

4.3. Etapas y fases

El modelo ofrece un marco conceptual común y compartido por el equipo de agentes intervinientes, lo que favorece una única manera metodológica de entender la intervención, que guía, orienta y ayuda a entender la relación con los adolescentes. Esto favorece la unificación de criterios en el establecimiento de un encuadre claro y predecible por todos, así como una mejor coordinación entre los miembros del equipo, algo que revierte siempre positivamente en la intervención. Abeijón e Irastorza (2007) apuntan que:

La Institución de Internamiento Educativa como cuidadora, ha de favorecer la reorganización interna, crear un espacio de seguridad, llevarles poco a poco desde el “*acting*” a la reflexión. La Institución tendría que funcionar como un espacio transicional. Esto sólo es posible desde un proyecto de intervención interdisciplinario. (p.23)

El desempeño profesional, tanto grupal como individual, en este tipo de población, se realiza a través de un gran número de personas dentro de un equipo multidisciplinar (educadores, maestros, terapeutas familiares, equipo directivo...) por lo que esta

unificación de criterios, se hace siempre, respetando los diferentes y variados estilos de cada agente interventor, ya que esto permite una mayor variedad de modelos de identificación para los adolescentes. No debe olvidarse que los profesionales también son un grupo “ad hoc” con sus propias características.

Así, desde el modelo en el caso específico del abordaje grupal, se entiende que cada miembro pasa por un momento personal diferente y que interactúa con otros que viven el presente con una interpretación del mismo realizada desde su propio momento. El modelo trabaja con esa realidad, le da espacio y permite que la exposición de cada uno, permita a los demás no solo confrontarla sino revisar la suya propia. Acometer dicha labor, supone elegir un formato técnico de intervención que no puede pasar por la descripción simultánea de cada miembro del grupo. Nuevamente, la visión de la circularidad entre ellos y su elección como foco es la opción del modelo. Ello se concreta a través de narrativas descriptivas, contenedoras, validantes o mentalizadoras de las diferentes formas en que esas dinámicas se concretan. El denominador común de todas ellas es tratar de basarse en un patrón relacional bien establecido o lo que es lo mismo, algo entendido por cada miembro aunque con resonancias diferentes, con perspectivas de pasado, presente y futuro diferentes pero con posibilidad de ser abordado simultáneamente en el espacio del grupo.

En la siguiente Tabla 8 se muestran las posibles conductas que pueden observarse en la interacción grupal junto a las posibles estrategias para acometerlas que acaban concretándose en las narrativas a utilizar, todo ello en función de las distintas etapas y fases del modelo.

Tabla 8
Itinerario Grupal del modelo VEV

Etapa	Fase	Conductas observadas en grupos	Estrategias de intervención en grupo	Tipos y características de las narrativas
Establecimiento de la relación	Disciplina	Negación. Victimización. Falta de creencia en la consecución de objetivos en base al trabajo realizado. Muestras de reticencias en la participación o escasa implicación. Necesidad de autoimagen. Enmascaramiento de emociones, sobretodo de aquellas que consideren que les hacen más vulnerables frente a los demás. Identificaciones proyectivas. Bruscas oscilaciones entre narcisismo y desvalorización. Devaluaciones de sí mismo y de los demás.	El terapeuta en esta etapa observa, realiza el encuadre y valida en grupo sistemáticamente. Presentación del grupo y las normas. El terapeuta observa especialmente las reacciones del adolescente (a la norma, a la desregulación emocional, a la interacción con otros miembros...) con un fin valorativo o de diagnóstico	Descriptivas de las conductas de los miembros, de su influencia interactiva y confrontativas con cada miembro del sistema y con el estilo relacional consecuente
	Contención	Puede permanecer en silencio durante las primeras sesiones o mostrarse hiperverborreico, ambas como estrategia para protegerse de posibles hostilidades. Con el mismo fin puede centrar sus ataques en el terapeuta u otro miembro del grupo. El propio grupo suele actuar como elemento contenedor de estas actitudes desproporcionadas, ejerciendo la norma de respeto de manera implícita	Encuadre. Insistencia en lo referente a las normas del grupo (asistencia, respeto, otras implícitas) Señalamiento del silencio y de las conductas no verbales. Descripción y señalamiento de la conducta, forma de interacción y estilo relacional del nuevo miembro. Se contiene la expresión desadaptativa de las emociones. Se le señala cómo regular las reacciones desproporcionadas	Recogedoras de las emocional que surgen como reacción a las narrativas de la fase anterior y de los estados mentales subyacentes, descriptoras de sus expresiones conductuales y traductoras de lo no voluntario o inconsciente, de la relación entre esos estados mentales de cada uno con sus propias conductas y de la influencia de estos factores de cada uno con los demás.
	Validación	El lenguaje no verbal	El terapeuta puntúa las	Validantes de los

<p>del adolescente cuando observa a otros puede cambiar, pues se siente validado en sus emociones, como identificado. Cuando recibe devoluciones por parte del terapeuta o del grupo se puede quedar en silencio, aunque persista la actitud negativista en su discurso. Empieza a realizar revelaciones desde su parte más genuina.</p>	<p>emociones que sustentan sus reacciones previsibles y lógicas, puede hacer alguna interpretación al respecto y ofrecer nuevas vías de expresión emocional. Se señalan y rescatan la “parte sana” de sus reacciones en grupo. Se implica en la tarea a los miembros más avanzados y capaces del grupo.</p>	<p>contenidos emocionales primarios que se encuentren detrás, en cada miembro del sistema, ayudando a identificarlas y en el sentido de transmitir respeto, diferenciando conductas de estados mentales y contenidos emocionales subyacentes. Especulativo-circulares al introducir la perspectiva de la mutua influencia en poder ayudar al otro al otro a identificar los aspectos anteriores desde la representación centrada en el otro y desde el otro, y no en uno mismo, así como en comprender como esta dinámica puede darse en sentido inverso</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>El modelo VEV (Vinculación Emocional Validante)</p>	<p>Confianza Básica</p>	<p>Validantes de los contenidos emocionales primarios que se encuentren detrás, en cada miembro del sistema, ayudando a identificarlas y en el sentido de transmitir respeto, diferenciando conductas de estados mentales y contenidos emocionales subyacentes. Especulativo-circulares al introducir la perspectiva de la mutua influencia, en poder ayudar al otro a identificar los aspectos anteriores desde la representación centrada</p>	<p>El terapeuta y el grupo le van ofreciendo una imagen de sí mismo más completa y por lo tanto diferente de la que tenía hasta el momento. Se refuerza su confianza en sus posibilidades de cambio</p>	<p>Segurizantes de cada miembro del sistema y del ambiente como sistema capaz de validar y que completa sus estilos relaciones. Fomentadoras de estilos de apego seguros, no hacia miembros concretos del sistema, sino hacia el estilo de relación de ambiente-sistema</p>
---------------------------------------------------------------	-------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		en el otro y desde el otro, y no en uno mismo, así como en comprender como esta dinámica puede darse en sentido inverso		
Autonomía	Responsabilización	El adolescente comienza a realizar autorevelaciones, a contemplar tímidamente el cambio. Es capaz de hablar del efecto de su conducta en los demás. Realiza contribuciones para generar un ambiente validante en grupo. Acepta mejor los comentarios que lo describen. Empieza a ser capaz de describir conductas de los demás en lugar de juzgarlas. Se aprecia un mayor desarrollo de su capacidad mentalizadora. Puede resultar frecuente un repunte de conductas desadaptativas en grupo antes de que se produzca un cambio permanente	Señalamiento y reconocimiento de las nuevas conductas. También de aquellas que le siguen limitando. Responsabilizarle de los efectos de su conducta en otros. Reconocer al adolescente en aquellas aportaciones que contribuyan a que en el grupo se genere un ambiente validante.	Narrativas basadas en la externalización de los recursos de cada miembro y de cómo desde un estilo relacional especulativo-circular esos recursos individuales generan y potencian un ambiente validante. Narrativas basadas en externalizar las conductas a eliminar desde los logros como sistemas. También centradas en ubicar al protagonismo en el sistema
	Amenaza a la identidad	El adolescente comienza a mostrar un discurso diferente del que mantenía al principio. Sus comentarios oscilan entre vestigios de antiguas posturas y la nueva identidad. Más independencia en sus opiniones y menor necesidad de deseabilidad social en relación al grupo	El terapeuta indaga sobre las dificultades que encuentra en su nuevo rol. Señala y refuerza los nuevos aspectos que el adolescente está interiorizando. Crea egodistonia en relación al círculo de personas que le devuelven una identidad desadaptativa de sí mismo.	Narrativas destinadas a potenciar una identidad como sistema que prevenga recidivas desde la inseguridad identitaria de algún miembro, o que pueda afrontar dichas recaídas sin renunciar a los logros conseguidos
	Desistencia	El adolescente ofrece devoluciones a otros miembros del grupo desde su propia	El terapeuta refuerza los cambios que se han producido de manera permanente	Narrativas centradas en la configuración de nuevas identidades

		experiencia personal. Percibe e identifica en otros participantes momentos y experiencias vitales que el mismo ha vivido. Comparte en grupo experiencias de sublimación fuera del grupo	pero con cautela pues en algunos casos si se realiza el refuerzo con insistencia en público se puede producir el efecto contrario. A menudo el adolescente tolera menor estas devoluciones en privado	individuales que surgen de la introyección del estilo relacional del ambiente validante del que formen parte. Reforzadoras de la renuncia consciente y voluntaria de estilos anteriores.
Despedida y cierre	Desvinculación	Despedida del grupo en tono conciliador. El adolescente es consciente de la finalización de un ciclo y realiza muestras de ser consciente de esa autonomía y durante las últimas sesiones puede mostrarse más distante	Se ofrece al adolescente la oportunidad de despedirse del grupo. Se repasan aquellos “highlights” de su paso por el grupo. El grupo le da devoluciones y le agradece. Se le insta a que reconozca y busque proactivamente apoyos que le ayuden a estabilizar los cambios conseguidos	Narrativas centradas en el protagonismo de la fase de responsabilización y en la redefinición de la relación con los agentes de intervención

Nota. Elaboración propia.

4.4. Técnicas

Conforme al proceso descrito en la síntesis anterior, a continuación se destacan un conjunto de técnicas a implementar dentro de la intervención grupal:

4.4.1. Narrativas circulares

Se entienden por narrativas circulares aquellas narrativas generales habladas al grupo en las que el adolescente se siente aludido, y tiene entonces la puerta abierta para expresarse en el propio grupo. Esto genera una dinámica en la que los adolescentes se sienten vistos y pueden hacer aportaciones, invitados por el co-terapeuta o profesional o incluso de manera espontánea, haciéndolas circular convertidas en devoluciones de un miembro a otro para que transiten por el grupo.

En este sentido, se trata de simultanear el proceso individual con lo relacional, lo que conlleva escoger un punto o momento de la interacción desde donde hay que dar narrativas circulares que validen simultáneamente los contenidos emocionales de los miembros del sistema, así como que confronten los contenidos compartidos con el grupo y cuestionen las formas relacionales que mantienen como sistema y que contribuyen a desregularles y/o invalidarles individualmente. Se trata por tanto de determinar dentro de la circularidad dónde iniciar la narrativa del cambio (Estalayo, 2011).

Esto pasa por elaborar narrativas que incluyan todas las emociones de cada uno de los miembros, estableciendo circularidad, relacionando que cada una de ellas se da en reacción a la conducta del otro y que a su vez tiene una emoción detrás, generando narrativas validantes.

Así, el uso de narrativas circulares en las que los adolescentes se sientan aludidos y por medio de las cuales se produzca resonancia emocional entre los miembros del grupo, es una manera que el modelo entiende como eficaz a la hora de promover la interacción y el aprendizaje interpersonal.

4.4.2. Narrativas Resilientes

Las narrativas también pueden ser utilizadas como recurso resiliente frente a las situaciones difíciles o traumáticas de los adolescentes. A través de técnicas narrativas se retoma el pasado con el objeto de re-narrar la situación vivida reconstruyendo los acontecimientos y percibiéndolos como elementos de cambio y oportunidad. Así, se busca re-significar los relatos, mirando más allá del síntoma y favoreciendo la creación de relatos alternativos. Debemos ampliar el foco más allá de la conducta problema e introducir nuevas lecturas que permitan al propio adolescente comprenderse desde otra perspectiva que le ayude a modificar su comportamiento.

4.4.3. Narrativas Autoreferenciales

La autorreferencia del profesional en el espacio grupal sobre sus situaciones vividas es un excelente recurso que permite al adolescente poder conectar con sus propias vivencias. Se basa en el fenómeno grupal de la resonancia anteriormente descrito.

4.4.4. Grupo reflexivo

Se trata de abrir un subgrupo dentro del grupo compuesto por dos profesionales o por un profesional y un miembro de los adolescentes que establezca un diálogo tratando de representar dos posturas encontradas que se hayan dado en el grupo. Se trata de representar la contradicción en alto para que los implicados puedan oírla desde “fuera”. Se puede caracterizar y mezclar con humor según el clima del grupo en ese momento. También se puede utilizar el mismo formato para tratar temas que no se quieran personalizar en exceso pero que activen resonancias.

4.4.5. Preguntas circulares

En la misma línea de las narrativas pero tratando de utilizar la respuesta de un adolescente en el grupo como pregunta para otro concreto si el profesional ve que tiene algo que ver con su proceso individual o como cuestión dirigida al grupo como tal. Se puede preguntar en clave cognitiva o emocional, por ejemplo “*¿qué te parece lo que ha comentado...? ¿Te es familiar esto que dice...? o ¿Cómo te hace sentir esto que ha dicho...?*”

4.4.6. Uso de las posiciones pasada, presente y futura

Además de su uso en las narrativas, se puede utilizar con las preguntas circulares o con preguntas al grupo que traten de conectar cualquier situación que se haya dado en el grupo con otra anterior o que se puede pensar para el futuro. Puede ser desde contenidos de resonancia emocional o a través de la identificación con roles recíprocos. También

puede servir para comparar los diferentes momentos de los miembros del grupo en su proceso individual o en su pertenencia al grupo como tal.

4.4.7. Utilizar un patrón relacional bien establecido

Esta técnica pasa por que el adolescente implicado encaje bien con el grupo y porque concuerde con el momento y necesidad de cambio de éste, por disponer de suficientes detalles de lo que hay que cambiar para que el grupo pueda ser un escenario privilegiado y por poder ver resultados si cambia, para lo que nuevamente el grupo puede suponer un escenario de prueba idóneo.

4.4.8. Conectar la dinámica en el grupo con otra exterior

Aprovechar situaciones que se den entre los miembros del grupo o con los profesionales para tratar de señalar su coincidencia en patrones relacionales implicados con otras situaciones que puedan estar pasando en relación a personas del exterior, por ejemplo miembros de su sistema familiar o con otros iguales. También se puede utilizar para conectar desde esos mismos patrones con situaciones que hayan estado implicadas con el motivo del ingreso al recurso residencial.

4.4.9. Completar lo individual con lo grupal

Utilizar el grupo como espacio donde visualizar temas tratados en la entrevista individual o tareas planteadas en la misma. Pero también sirve para llevar al espacio individual contenidos que han salido en el grupo aunque sea a través de otros miembros. Utilizar este tipo de técnicas permite circular contenidos en clave de preguntar al grupo, ya que la cuestión puede ser entendida por cada miembro desde su propio contenido personal.

4.5. Tipos de grupos

En contextos residenciales donde el encuentro y la relación entre profesionales y adolescentes es continua desde la vida cotidiana, se ha de considerar a ésta como un espacio grupal globalizador. En la misma se dan espacios y contextos con menor implicación afectiva que pueden constituir el terreno de juego donde el adolescente pone en práctica y entrena las nuevas maneras de relación, donde el vínculo afectivo no está tan en juego como puede estarlo en la relación con sus grupos de origen, sociales o naturales.

El modelo emplea así las dinámicas relacionales y convivenciales de la vida cotidiana de estos contextos residenciales como espacio de intervención privilegiado donde los adolescentes establecen relaciones desde una estructura de norma y relación predecible, consensuada y proporcional. Esto permite al adolescente poder llevar a cabo un proceso de maduración personal que posibilita el proceso de responsabilización de sus conductas, así como de las consecuencias que de éstas se derivan, bien en relación con su grupo de iguales, como con las figuras de autoridad que representan los diferentes profesionales que componen el equipo de profesionales.

Teniendo como marco de referencia esta perspectiva relacional, desde el modelo se implementan distintas tipologías de intervención grupal:

- 1) Según el grado de estructuración de los grupos y actividades: grupos abiertos, semiestructurados y estructurados.
- 2) Según la finalidad de los mismos: grupos de reflexión, de aprendizaje y de acción.

A continuación se expondrán los contenidos de los distintos tipos de grupos según su estructuración como criterio principal, ya que cada uno de ellos puede estar orientado a la

reflexión, aprendizaje o acción, a su vez, siendo esta tipología transversal a las estructuras grupales.

4.5.1. Grupos abiertos

Entendemos por grupos abiertos a aquellos que poseen un objetivo claro y compartido, y donde el contenido a desarrollar se produce en el mismo espacio de interacción por los miembros que lo componen. No presentan una secuencia programada con anterioridad de objetivos, metodología o actividades. No tienen un contenido concreto, todo esto se cede al grupo.

En ellos se favorece y potencia el pensamiento consecuencial y creativo que permita al adolescente abordar de manera adaptada y diferente a como venía haciéndolo, los conflictos en las relaciones interpersonales. Una vez este proceso se haya conseguido satisfactoriamente, se trabaja la generalización de dichos aprendizajes para que el adolescente lleve estas estrategias a las dinámicas relacionales que se generen tanto en el sistema familiar como en el resto de sistemas a los que pertenece.

Según su orientación pueden tener diferentes formatos aunque los grupos abiertos suelen estar orientados mayoritariamente a la reflexión, y en el caso del modelo basado en las dinámicas de la Psicoterapia Cognitiva Analítica de Ryle y Kerr (2006) y de la Psicoterapia basada a su vez en la mentalización de Bateman y Fonagy (2016).

Dos de los espacios fundamentales en los que se concretan estos tipos de grupos, son el “Seguimiento Grupal” y el “Grupo Base”.

1) “Seguimiento Grupal”

El Seguimiento Grupal es un espacio al que acuden todos los adolescentes presentes más parte del personal educativo, desde una perspectiva que hace catalogarlos como facilitadores del cambio. Tiene una periodicidad semanal de en torno a hora y media de

duración. Se trata de grupos de mayor orientación interactiva donde los adolescentes profundizan en su comportamiento social inadaptado a partir de la devolución y relación que se ofrecen unos a otros.

Sus objetivos fundamentales son generar y movilizar los recursos que cada integrante ya posee para encontrar las soluciones más adecuadas de forma personalizada y diferenciada con una perspectiva de futuro. El modelo parte de una serie de premisas con respecto a este espacio:

- Los adolescentes tienen recursos para resolver sus “problemas”, será tarea del profesional acceder a esas capacidades y lograr que sean utilizadas. Es posible que tengan algunas aptitudes que pueden ser aumentadas o perfiladas para ayudarles a superar su situación.
- Si se admite que el cambio es constante, el profesional se comporta como si el cambio fuera inevitable, ya que consideramos el universo como un universo cambiante. Si el cambio se da en un área crucial, lo que parece pequeño puede cambiar todo el sistema.
- El cometido del profesional es identificar y ampliar el cambio. El profesional tiene un fin muy claro: conseguir claridad en sí mismo y buscar luego cualquier señal de claridad en los demás apoyarles y reforzarles en todo lo que haya de sano en ellos.
- Es necesario centrarse en lo que es posible y puede cambiarse y no en lo que es imposible e intratable. Los profesionales se centrarán en aquellos aspectos de la situación del adolescente que parecen más susceptibles de cambio, sabiendo que iniciar cambios positivos y ayudarle a conseguir pequeños objetivos puede tener efectos inesperados y más amplios en otras áreas. Se evitan los constructos

psicológicos que no son útiles para el cambio, ya que la manera en que se etiqueta un dilema humano puede cristalizar un problema y hacerlo crónico.

2) “Grupo Base”

El Grupo Base, denominado también Grupo Buenos Días, es una actividad grupal diaria en la que participan todos los adolescentes bajo la supervisión del personal de turno con una duración de aproximadamente 30 minutos. La actividad se desarrolla antes de comenzar las actividades diarias, atendiendo al criterio de obligatoria participación y a la idoneidad de este horario para poder realizarla.

Los objetivos de este espacio son:

- Repaso individual y colectivo de la jornada anterior
- Expresión del estado o estados anímicos durante el día anterior.
- Planificación individual y colectiva de la jornada.
- Destinar un tiempo a lo que cada adolescente desee expresar (inquietudes, quejas, propuestas...).

4.5.2. Grupos Semiestructurados

Dentro del día a día de los recursos, se implementan una serie de actividades que contribuyen de forma interdisciplinar al desarrollo evolutivo del adolescente en todas las áreas que configuran su proceso de aprendizaje. Se entiende por grupos semiestructurados a aquellos en los que hay contenidos que van a ser dirigidos por los profesionales y otros que se desarrollan según las necesidades o idoneidad del momento, como por ejemplo, situaciones individuales o colectivas puntuales.

Todas y cada una de las actividades que se implementan con los adolescentes están seleccionadas siguiendo tanto los principios básicos como los generales de la intervención, de tal modo que dichas actividades contribuyan de forma interdisciplinar

al desarrollo evolutivo del adolescente en todas las áreas que configuran su proceso de aprendizaje. Las actividades se enmarcan dentro de una programación que las fundamenta y justifica como importantes para dar respuesta a las necesidades educativas de la población con la que trabajamos, según el criterio básico de que a mayor carencia en un área de desarrollo por parte de los adolescentes, más tiempo de participación en aquellas actividades que permiten desarrollarlas.

4.5.3. Grupos Estructurados

Se consideran grupos estructurados a aquellas actividades grupales más regladas como pueden ser, por ejemplo, las actividades formativas y/o prelaborales internas o externas, abordan el conjunto de competencias básicas que han de desarrollar los adolescentes para su futura vida. Los objetivos con estos grupos son:

- Facilitar una formación lectiva y profesional básica con especial dedicación al logro de la reincorporación en criterios de igualdad a los centros de educación reglada de los que proviene cada adolescente contribuyendo de este modo a su inclusión social.
- Proporcionar oportunidades para un aprendizaje de formación básica en diferentes áreas laborales que permitan al adolescente despertar a diferentes inquietudes profesionales.
- Capacitar a los adolescentes de recursos que enfoquen su orientación hacia la búsqueda de empleo desde de las exigencias de la inserción laboral a partir de la experiencia profesional (saber hacer) y de la formación personal (saber ser).
- Favorecer la madurez personal de los adolescentes para el desarrollo pleno como personas.

- Personalizar la enseñanza y la metodología tratando de dar respuesta a los adolescentes y sus necesidades, así como de hacer más cercano y amable el aprendizaje.

El modelo parte desde dos enfoques. Un primer enfoque en el que la función primordial de la formación se base en los intereses de los adolescentes y en desarrollar sus propias competencias, se trata de un *enfoque paidocéntrico*. El segundo enfoque tratará como función principal la integración en criterios de igualdad en la sociedad y la preparación de los adolescentes para poder responder a sus propias necesidades, se trata de desarrollar las competencias para solucionar problemas cotidianos y, en general, responder debidamente y de manera crítica a las necesidades de la vida, se trata de un *enfoque sociocéntrico*. De este modo damos respuesta a la estructuración de los contenidos desde las motivaciones individuales y desde las necesidades de la sociedad.

En esta línea, los factores que guardan fuerte incidencia en la motivación positiva y que el modelo tiene en cuenta son:

- La flexibilidad organizativa de las actividades.
- La personalización y acompañamiento individual en el proceso formativo.
- La estructura modular de las diferentes áreas disciplinares que permiten ir adecuando el proceso de aprendizaje a los propios intereses, posibilidades, o a las nuevas necesidades de aprendizaje que va experimentando el adolescente.

4.6. Criterios de exclusión de grupo

A pesar de todo lo visto hasta ahora, el modelo también ha previsto, que en determinadas ocasiones, la intervención grupal no siempre es adecuada a todos los casos, o incluso que no lo es siempre en el mismo momento. Así, se excluye en determinadas actividades grupales centradas en grupos abiertos y semiestructurados,

destinados a la reflexión, la participación de adolescentes que presenten rasgos de insensibilidad emocional, frialdad y falta de remordimientos (Frick y Ellis, 1999).

Por otra parte, aquellos perfiles con clara predominancia de un uso instrumental de la violencia (Caprara y Pastorelli, 1996) también deberían ser excluidos de grupos abiertos destinados a la reflexión aunque no de los semiestructurados. Por violencia instrumental se entiende a aquella violencia no sólo física sino también verbal, de tipo cognitivo-social, cuyas consecuencias y beneficios han sido previamente calibradas por el sujeto que la desempeña, mostrando este poca o ninguna necesidad de reparación. De esta forma, mezclar estos adolescentes con otros de otras características puede resultar perjudicial para éstos últimos y para el desarrollo de la dinámica.

Para realizar esta selección entre los adolescentes, el modelo se vale de la observación directa de los equipos profesionales y de la interpretación de los resultados objetivos de pruebas psicométricas como podría ser, por ejemplo, el Inventario de Personalidad para adolescentes de Millon (MACI; Millon, 1993).

5. LA FIGURA DEL PROFESIONAL COMO GESTOR DE GRUPOS

La figura del profesional cobra especial relevancia como un elemento que influye en el contexto, siendo parte del mismo y afectando del mismo modo que es afectado. Aspecto este que el modelo denomina mutua influencia o circularidad externa. Se ha de entender que el profesional se halla inmerso y es coprotagonista del juego relacional establecido, al mismo tiempo que es el conductor y gestor del espacio grupal, por lo que tiene funciones específicas en cuanto a control y establecimiento de contenidos.

Campo y Villegas (2011) apuntan que:

Si ser sistémicos es pensar en circular, sería un error excluir de las relaciones que se crean en grupo, las que mantenemos como terapeutas en el mismo. Nosotros también estamos inmersos en el juego relacional grupal, pero como responsables del sistema terapéutico tenemos además unas funciones específicas, entre otras, la creación de la relación terapéutica. (p.24)

De esta forma, el profesional es el instrumento de la intervención, éste debe convertirse en una especie de director, de responsable de los contenidos que se ponen en escena, de traductor que comprenda lo que sucede dentro de las diferentes configuraciones individuales, grupales y familiares. Transformarse en artistas de la pregunta para que sea cada individuo del grupo quien les dé respuesta y favorecer que la reflexión personal de ésta salga a escena.

A través de esta puesta en común, el agente profesional debiera leer la información aportada e intentar “decodificar” tanto el lenguaje analógico como el lenguaje digital propuesto. En este actuar grupal del adolescente debe comprender (aunque a veces no sea fácil) qué es lo que hace, de qué manera, como se relaciona con sus pares, como con los profesionales, las alianzas, coaliciones, en qué rol se posiciona, en qué rol posiciona al profesional...

Así, una “simple” pregunta o un “sutil” apunte, puede convertirse en una potente herramienta de intervención que posibilite y abra camino en el desarrollo de la dinámica grupal y de aprendizaje vicario del otro.

A través de la siguiente Tabla 9, se trata de resumir las diferencias entre un profesional basado en posiciones y técnicas clásicas de gestión de grupos y otro basado en el modelo VEV.

Tabla 9

Características del profesional del modelo VEV con grupos.

PROFESIONAL CLÁSICO	PROFESIONAL DEL MODELO VEV
Pasivo > Activo	Activo > Pasivo
Negocia reglas, normas de comportamiento	Establece las reglas y normas de comportamiento
Observa > Participa	Participa > Observa
Foco orientado hacia el grupo	Foco orientado hacia el individuo y las dinámicas relacionales
Frecuentes intervenciones al grupo como un todo	Escasas intervenciones al grupo como un todo
Poco parar y rebobinar	Frecuente parar y rebobinar
“Déjalo al grupo”	Intervención
Cambio a través de encontrar su identidad en el grupo	Estimulando mentalización en contexto interpersonal

Nota. Elaboración propia

CAPÍTULO 9.

ABORDAJE DE LAS CONDUCTAS EXTERNALIZANTES

1. CONDUCTAS EXTERNALIZANTES

El *Child Behavior Checklist* (CBCL) de Achenbach y Edelbrock (1983) permite establecer un modelo taxonómico en psicopatología infantil señalado como el enfoque multivariado. Este enfoque parte del establecimiento de los problemas conductuales que se presentan en la infancia y adolescencia, estructurándolos en dos categorías primarias de trastornos:

- 1) Aquellos que muestran una conducta internalizante o intradirigida, y
- 2) aquellos que muestran una conducta externalizante o extradirigida.

En este apartado nos vamos a centrar en la segunda categoría. Según el propio Achenbach (1978), las conductas externalizantes o extradirigidas son patrones de conducta desadaptativos a lo largo de diferentes situaciones y contextos exteriores que se asocian con lo que ha dado en denominarse comportamientos subcontrolados, también llamados trastornos de conducta, en los cuales los problemas conductuales de niños y adolescentes devienen en serios conflictos entre él y su contexto social (Livia-Segovia y Ortíz-Morán, 2008).

De esta forma, abordar la conducta problema que provoca el ingreso en centros de justicia juvenil o de la red específica de acogimiento residencial para menores con problemas de conducta, es fundamental. Supone un elemento que, junto a otros, es reproducido en múltiples contextos de vida del adolescente y que le origina diversidad de problemas y dificultades. Es posible que en ocasiones incluso concomite con otros factores de mayor riesgo o desprotección. Muchos de los adolescentes con los que se interviene en estos contextos provienen, además, de recursos en los que se ha intentado abordar la conducta externalizante y la intervención ha fracasado. Estos adolescentes ponen a prueba la solidez de los dispositivos y que requieren de los mismos una

preparación. En este sentido, Ryle y Kerr (2006) señalan que los que presenten riesgos de violencia deberían ser aceptados sólo con la debida prudencia y con medidas de seguridad. Dependiendo del contexto y de la ruta de derivación pueden requerir ser derivados nuevamente para una evaluación.

Desde la propuesta del modelo, el abordaje de la conducta externalizante parte de unos principios dirigidos a la construcción de experiencias reparadoras y sanadoras de éxito en la intervención con adolescentes. Partimos de tratar de objetivar el síntoma que el adolescente presenta y no fijarlo como foco de la intervención. Para ello es fundamental no puntuar hechos, es decir, no señalar los actos externalizantes como síntoma y foco de la intervención, sino partir y abordar las emociones o estados mentales subyacentes que originan esa conducta. Este aspecto cobra su máxima expresión cuando, y tal como se propone, la intervención se centra en el proceso del propio adolescente y no en el contenido de lo que actúa como conducta externalizante.

Otro principio importante tiene que ver con la elección de un foco de intervención definido, donde fijar los aspectos principales sobre los que se quiere intervenir, priorizando entre los aspectos desregulados la secuencia de intervención, atendiendo a que, bien elegido el foco y bien priorizada la intervención, el resto de aspectos desregulados también sufrirán modificaciones en positivo.

Un foco de intervención se refiere a elegir un aspecto desregulado en el adolescente que se considere como el principal aspecto y que bien abordado genere cambios en el resto de aspectos desregulados. La evaluación y el mantenimiento de la zona de desarrollo próximo constituyen otro de los principios, encaminado a evaluar la intensidad de la intervención y la capacidad del adolescente de sostener esa intensidad y mantenerla en el tiempo. La zona de desarrollo próximo es el espacio para la

intervención de la conducta externalizante, a la vez que se proporciona a la misma un calibrado correcto que se ajuste a la capacidad del adolescente para, en su caso, reajustar las expectativas de la intervención y la reformulación de la demanda.

El último principio se refiere al mantenimiento de la comunicación, partiendo de que la presencia de intervención o tratamiento siempre es mejor que la ausencia del mismo, mantener en todo momento la comunicación con el adolescente es indispensable para el buen abordaje de aspectos externalizantes, especialmente, como se verá más tarde, con los relacionados con la interrupción del tratamiento, las ausencias o fugas.

A continuación se realizará una revisión bibliográfica de las conductas externalizantes más comunes como son la agresividad, el consumo de tóxicos y las interrupciones en la relación de ayuda, fugas o desapariciones, tratando desde el modelo VEV de desarrollar propuestas de intervención para las mismas.

2. AGRESIVIDAD Y VIOLENCIA

Diversas investigaciones sobre la agresividad y los trastornos de conducta han demostrado que el comportamiento agresivo o violento es una dimensión relativamente estable en la infancia y adolescencia (Barkley, Edwards y Robin, 1999).

La presencia de conductas agresivas a edad temprana es un predictor de comportamientos delictivos posteriores, desadaptación social y problemas de relación interpersonal (Odgers y Russell, 2009).

La revisión bibliográfica de los conceptos de agresividad y violencia no establece claramente una distinción entre ambos. De hecho, puede inferirse que son conceptos

equivalentes. Sin embargo, desde el modelo se entiende que cabe realizar una primera distinción entre ellos, basada, como se verá más adelante, en la intencionalidad de causar daño en el otro, o no. Tal es así, que tener en cuenta la perspectiva del daño ejercido o causado en el otro introduce en el concepto de violencia un tercer polo, a saber, que si existe quien ejerce violencia (y causa daño), existe quien recibe esa violencia (recibe el daño).

En esta línea, el modelo postula que partir tratando de diferenciar conceptos como son violencia o agresividad para responder adecuadamente a las pautas de intervención desde la perspectiva de la violencia se hace necesario, pudiendo así explicar la circularidad de la violencia y el impacto que tiene tanto en quien ejerce la violencia como en quien la recibe. Esta perspectiva redefine el acto violento, introduciendo una mayor complejidad en el concepto de violencia y dando origen a la circularidad de la violencia. Acercarse a un concepto de violencia adolescente desde una perspectiva circular supone un intento de integrar visiones de dinámicas relacionales que generan, mantienen y desencadenan estilos relacionales determinados que se definirán posteriormente.

La agresividad indica acometida y ataque. Se trata de una manifestación básica y primaria de los seres vivos. En el reino animal la agresividad está ligada a la supervivencia y a la capacidad de adaptación y dominio del entorno. Es la capacidad de respuesta del organismo para defenderse de los potenciales peligros del exterior y tiene que ver con la alimentación, la defensa del territorio y la reproducción. Agresividad, por tanto, es una respuesta adaptativa de toda especie encaminada a la supervivencia a la adaptación y dominio del entorno.

La violencia tiene, sin embargo, un contenido diferente. Según el Informe Mundial sobre la violencia y la salud (2002) violencia es toda acción u omisión intencional que, dirigida a una persona, tiende a causarle daño físico, psicológico, sexual o económico. La violencia de este modo es propia y específica del ser humano.

Por tanto, mientras que en la agresividad no se interpreta intencionalidad, en la violencia que comparte características con ella, como son la intensidad y el ímpetu que provocan daño, sí se hace. Abeijón (2011), asevera que la violencia se entiende como aquel tipo de agresividad de gran intensidad e ímpetu, que se sale de los patrones considerados tolerables y necesarios para que el individuo domine el mundo que le rodea y se adapte a la relación con el otro; define entonces violencia como intensidad e ímpetu que provocan daño, es decir, que dejan una huella dolorosa. Agresividad y violencia comparten, así, espacio relacional, separándose en medidas de intensidad y en capacidad de daño. De otro modo y en palabras de Zizek, (2009) la agresión pertenece efectivamente a la *fuera vital* y la violencia es una *fuera mortal*.

2.1. Tipos de violencia

Una revisión de la literatura sobre la violencia, revela la existencia de un amplio y variado abanico de definiciones de la misma:

- Dollard, Dood, Miller, Mowrer y Sears (1939) la entienden como una conducta cuyo objetivo es dañar a una persona o a otro objeto;
- Buss (1961) como una respuesta que produce un estímulo doloroso en otro organismo;
- Bandura (1972) la define como una conducta adquirida controlada por reforzadores, la cual es perjudicial y destructiva;

- Patterson (1973) como un evento aversivo dispensado contingentemente a las conductas de otra persona;
- Spielberger, Jacobs, Russell y Crane (1983) y Spielberger et al. (1985) como una conducta voluntaria, punitiva o destructiva, dirigida a una meta concreta, destruir objetos o dañar a otras personas;
- Serrano (1998) como una conducta intencional que puede causar daño físico o psicológico;
- Anderson y Bushman (2002) como cualquier conducta dirigida hacia otro individuo, que es llevada a cabo con la intención inmediata de causar daño.

Así, bien sean conductas, respuestas, eventos o comportamientos, los autores coinciden en la presencia de intencionalidad de hacer daño de diversos tipos a otra persona externa. Esta “otra” persona que es objeto de ese daño intencional ocupa un lugar no muy definido y la dinámica que se establece entre ambos tampoco se explicita, siendo muy relevante desde la propuesta de intervención del modelo.

Es por ello que en este capítulo se va a introducir una subdivisión entre quien ejerce la violencia, quien la recibe y la dinámica de la relación que se genera para analizar los factores a observar en cada caso y presentar propuestas de intervención específicas a cada uno de ellos.

2.1.1. Desde quién ejerce la violencia.

Tal y como han sido diferenciados para tratar de no confundir, existen conceptos de violencia que se definen de forma parecida pero que presentan contenidos distintos. Así, pueden variar en función de sus objetivos, formas de expresión y estrategias utilizadas. Ello evidencia diferentes tipos de violencia que van a requerir, por tanto, intervenciones distintas.

En esta línea, existen diferentes propuestas que de un modo u otro convergen, con terminologías distintas, en la descripción y definición de tipos de violencia distintos. Así Winnicott (1960) habla de concepto de psicopatía, Bowlby (1980) de violencia funcional y Bergeret (1974) de la perversión del carácter. Comparten espacio conceptual pero todavía no clasifican tipos, sino que definen la violencia dentro de su propio marco teórico.

Dando un paso más hacia la concreción, Berger (1999) diferencia entre violencia adolescente y violencia estructural. El tipo de violencia de madurez o adolescente alude a un único episodio y el ejercicio de la violencia expresada es de carácter evolutivo provocado por una crisis evolutiva o adaptativa, sin presencia de elementos desencadenantes. En el tipo de violencia estructural existe una continuidad, esto es, se han dado varios episodios violentos que ya no responden a un proceso de madurez y existe alta presencia de desinhibición y negación ya que estos sujetos eliminan o borran lo que hacen, existiendo elementos desencadenantes del acto de violencia estructural.

Botbol (2016) por su parte distingue entre violencia provocativa y destructiva. La violencia provocativa busca la respuesta del otro, es aquella que supone un conflicto con la autoridad. Los adolescentes con este tipo de violencia presentan una necesidad de conflicto con la autoridad como manera de tener aquello que no pueden pedir. La violencia destructiva tiene como finalidad la destrucción del otro. Para un adolescente que presenta este tipo de violencia la única manera de afirmar su identidad consiste en negar o destruir al otro. En este tipo no hay conflicto de autoridad sino un conflicto narcisista de dependencia. Botbol (2016) señala la importancia de diferenciarlas en la intervención, dado que el riesgo de dar una respuesta inadecuada a la violencia provocativa puede suponer que se convierta en una violencia destructiva.

Hayez (2004) introduce una nueva distinción, añadiendo la trasgresión a la diferencia entre los conceptos de agresividad y violencia. Jeammet (2002) introduce el concepto de amenaza a la identidad como defensorio de la violencia y Abeijón (2011) describe la violencia desde la perspectiva de la huella dolorosa en el otro y el contexto en el que se produce diferenciando entre violencia expresada, violencia vivida, violencia contemplada y violencia jugada. Por último, Zizek (2009) introduce en la misma línea los conceptos de violencia subjetiva, violencia objetiva y violencia sistémica.

Estas aportaciones avanzan en la perspectiva de introducir distintas clases de violencia según el momento en que se dan, la vivencia interna que la desata, su intención y objetivo, el contexto y la dinámica que generan.

Este desarrollo teórico es de gran trascendencia porque, más allá de facilitar su entendimiento, resalta la necesidad de no atender a todas las violencias igual. Abre el espacio de diferenciar entre unas y otras para intervenir adecuadamente y cuando menos no agravar la dinámica y el uso de esa violencia.

Ello hace necesario, por tanto, diferenciar en subtipos a estos adolescentes que presentan conductas agresivas y/o violentas atendiendo a diversos criterios, fundamentalmente serían:

- 1) Edad de inicio y gravedad,
- 2) presencia de rasgos de insensibilidad emocional,
- 3) cruce del momento de aparición y presencia o no de rasgos de insensibilidad emocional,
- 4) motivaciones o funciones de la violencia y mecanismos cognitivos implicados,
- 5) la posibilidad de un tipo mixto entre las motivaciones,
- 6) la especialización en los tipos mixtos y su predominio, y

7) las motivaciones de la trasgresión.

A continuación, se va a explicar cada una de ellas con más detenimiento:

2.1.1.1. *Según la edad de inicio y la gravedad.*

Estos son los dos especificadores que se contemplaban en el DSM-IV-TR. El criterio edad de inicio distingue los dos subtipos en los TC de inicio en la infancia y de inicio adolescente, en función de si el primer síntoma surge antes de los 10 años de edad (prepuberal) o es posterior a los 10 años de edad (adolescencia). Existe evidencia suficiente para apoyar esta distinción y se ha relacionado una mayor gravedad y persistencia de los problemas con el TC subtipo inicio en la infancia en comparación con TC de inicio adolescente. Connor, Ford, Albert y Doerfler (2007) y Rappaport y Thomas (2004) encontraron que el subtipo de inicio en la infancia se asocia a comportamientos violentos más persistentes, mayor prevalencia de déficits neuropsicológicos (como alteraciones en el lenguaje o en el funcionamiento intelectual o antecedentes de déficit de atención e hiperactividad), estilo de educación parental inconsistente y peor evolución.

El TC subtipo inicio en la adolescencia tiene una menor duración y suele tratarse de un trastorno más benigno en clínica y pronóstico. Moffit (2006) propone la existencia de mecanismos causales diferentes. Así relaciona el subtipo infantil con un proceso transaccional disfuncional y el subtipo adolescente con una exageración del proceso normativo de la rebelión adolescente. El especificador gravedad alude a tres niveles de gravedad del TC: leve, moderado y grave.

2.1.1.2. *Según la aparición de rasgos de insensibilidad emocional.*

El mayor cambio que se propone en los criterios del DSM-5 para los trastornos disocial (TD) que aparece agrupado bajo el nuevo epígrafe “Trastornos Perturbadores, del Control de Impulsos y de Conducta” es la adición de un especificador para designar a los adolescentes con presencia de emociones prosociales limitadas o rasgos de dureza e insensibilidad afectiva. Estas características han mostrado relativa estabilidad desde la infancia hasta la adolescencia (Obradovic, Pardini, Long y Loeber, 2007), a lo largo de la etapa adolescente (Burke, Loeber y Lahey, 2007) y desde la adolescencia hasta la etapa adulta (Lynam, Caspi, Moffitt, Loeber y Stouthamer-Loeber, 2007) y tienden a asociarse con problemas de conducta más graves que presentan una peor respuesta al tratamiento.

Se ha comprobado su importante papel como predictor de problemas de agresividad y violencia especialmente de tipo proactivo (Marsee y Frick, 2010). Se trata de un especificador clínicamente relevante ya que los adolescentes con y sin rasgos de insensibilidad emocional difieren en sus características emocionales, cognitivas y de personalidad (Molinuevo, 2014). Para recibir esta especificación, el adolescente debe cumplir con los criterios para TC y mostrar dos o más características de rasgos de insensibilidad, que incluyen la falta de remordimiento o culpa, falta de empatía, despreocupación por el rendimiento, y/o afecto superficial o deficiente, durante al menos 12 meses en múltiples contextos y relaciones. La investigación sugiere que la presencia de rasgos de insensibilidad emocional tiene importantes implicaciones para el tratamiento, señalando que estos adolescentes son más difíciles de tratar y con frecuencia no responden al típico tratamiento en centros de salud mental o de justicia para adolescentes (Barry, Golmaryami, Rivera-Hudson y Frick, 2013). En este sentido, López, Romero y Luengo (2011) encuentran evidencia empírica suficiente que permite

plantear la manifestación de rasgos psicopáticos antes de la etapa adulta, justificando su análisis ya no solo como precursor de psicopatía, sino como un nuevo factor de riesgo para problemas de conducta severos y persistentes, patrones de conducta agresiva (especialmente de tipo proactivo) y comportamientos delictivos de inicio temprano. Diferentes investigaciones establecen que el origen de la psicopatía podría situarse durante las primeras etapas del ciclo vital (Frick y White, 2008) a través de la presencia de rasgos y características afectivas, interpersonales y conductuales similares a los que definen la psicopatía adulta (Romero, Luengo, Gómez, Sobral y Villar, 2005).

En la misma línea Sánchez (2015) concluye que en el trastorno antisocial de personalidad adulto DSM-IV (o trastorno disocial de personalidad CIE-10) debe existir un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás desde la edad de 15 años, que se deben haber cumplido los 18 y que deben existir pruebas de un trastorno disocial (de la infancia) que comience antes de los 15 años. Por otra parte, también es relevante señalar que en la evaluación de los Trastornos de Conducta (TC) resulta fundamental obtener información de varios informantes y a través de múltiples fuentes (padres, escuela, auto-informe, etc.) (Barry et al., 2013).

2.1.1.3. Según el momento de aparición y la presencia o no de rasgos de crueldad-impasibilidad.

La violencia actualmente ejercida y que compone el síntoma por el que se está participando en la intervención con un adolescente no es elemento suficiente para la integración desde los componentes personales ya descritos. Así, también hay que atender que atender al momento de aparición del ejercicio de la violencia y las características de la misma. Dada la heterogeneidad de los problemas de conducta Frick y Ellis (1999) plantean contemplar los especificadores anteriormente descritos. Así las

cosas, establecen la necesidad de delimitar los problemas de conducta de inicio temprano a partir de la manifestación de rasgos afectivos, interpersonales y conductuales, lo cual se acerca a la valoración de psicopatía, según el concepto utilizado en la clínica del adulto. Frick y Ellis (1999) proponen 3 subtipos de violencia dependiendo de su inicio y sus características clínicas (etiopatogenia):

- 1) **De inicio en la adolescencia.** Constituye el grupo de menor gravedad dentro de los tres subtipos. Los adolescentes que comienzan con la expresión violenta en esta etapa evolutiva presentan características como la rebeldía. Rechazan las jerarquías autoritarias de estatus sociales tradicionales y además generalmente se suelen relacionar con iguales transgresores. La violencia de este origen proviene de una crisis de adolescencia de mayor intensidad que la habitual, que expresa su malestar y dificultades madurativas mediante desregulación emocional, impulsividad y externalización de conflictos (con síntomas conductuales secundarios). Estos adolescentes presentan una buena capacidad verbal y de elaboración psíquica que favorece el trabajo psicoterapéutico.
- 2) **Inicio en la infancia de tipo impulsivo.** Se caracteriza por un inicio precoz de la sintomatología conductual. Presentan un tipo de violencia primariamente impulsivo, presentando altos niveles de reactividad y de desregulación emocional secundaria a graves carencias afectivas precoces, y baja inteligencia verbal. Perfiles de este tipo responden a patologías como el TDAH y también altos niveles de disfunción familiar. El trabajo terapéutico acompañado del entrenamiento en habilidades sociales además de intervenciones familiares intensivas es necesario para el abordaje de estos subtipos.
- 3) **Inicio en la infancia con rasgos de crueldad e impasibilidad.** Componen el grupo de mayor gravedad dentro de los tres subtipos descritos. Se caracterizan

por buscar actividades de riesgo y ser poco temerosos, presentando poco miedo o menos sensibilidad al castigo que a las recompensas y generalmente presentan menos reacción a estímulos emocionales negativos. Muestran conductas de violencia reactiva y proactiva, mostrándose menos permeables al tratamiento. La intervención en estos casos pasa por tratamientos de alta intensidad que incluyan el trabajo con su entorno. Además, un trabajo individual basado en la transferencia, confrontando y reactivando la violencia.

La siguiente Tabla 10 recoge los rasgos de los dos subtipos de inicio en la infancia para varones, el cual estos autores equiparan al de inicio en la adolescencia para mujeres, puesto que consideran que éstas representan un grupo semejante al de los varones de inicio en la infancia, pero con un inicio que denominan “diferido”.

Tabla 10

TC de inicio precoz (TC en mujeres: “inicio diferido”)

Principalmente impulsivo	Rasgos de crueldad - impasibilidad
Alta comorbilidad con TDAH	Alta comorbilidad con TDAH
Comportamientos antisociales de una clase (especializados)	Comportamientos antisociales de varios tipos (versatilidad)
Agresividad reactiva	Agresividad reactiva e instrumental
Alta comorbilidad con trastorno de ansiedad	

Nota. Elaborado a partir de Frick y Ellis (1999)

A modo de resumen, en la siguiente tabla se muestra de modo esquemático la subdivisión de los TC en niños, niñas y adolescentes recogiendo las características clínicas diferenciadoras y potenciales mecanismos causales (Tabla 11).

Tabla 11

Subtipos de TC en niños y adolescentes

SUBTIPOS DE TC	CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	POTENCIALES MECANISMOS CAUSALES
Inicio en la adolescencia	Rebelde, rechaza jerarquías de estatus sociales tradicionales, asociación con pares transgresores.	Exageración del normal desarrollo de la identidad en la adolescencia que le lleva a un incremento de los conflictos con las figuras de autoridad.
Inicio en la infancia, primariamente impulsivo	TDAH, altos niveles de reactividad emocional, baja inteligencia verbal, altos niveles de disfunción familiar	Múltiples vías causales que llevan a déficits en la inhibición de respuesta y susceptibilidad a la ira que convierten al niño en más proclive para actuar sin pensar en las consecuencias frecuentemente en el contexto de una alta carga emocional.
Inicio en la infancia, tipo crueldad – impasibilidad	Búsqueda de actividades de riesgo (poco temeroso), menos sensible a castigos que a recompensas, menos reactivo a estímulos emocionales negativos.	Temperamento caracterizado por baja inhibición conductual que puede interferir en el desarrollo de los componentes afectivos de la conciencia y la internalización de las normas parentales y sociales.

Nota. Elaborado a partir de Frick (2001)

2.1.2. Desde el análisis de los aspectos motivacionales o funcionales así como de los mecanismos cognitivos

Caprara y Pastorelli (1996) diferencian dos tipos de violencia: reactiva e instrumental. La violencia reactiva es de carácter afectivo-impulsiva, en la que los

sujetos suelen presentar alta susceptibilidad e irritabilidad y tienen miedo al castigo y necesidad de reparación. La violencia instrumental es de carácter cognitivo-social, estos sujetos muestran una alta tolerancia hacia la violencia y baja necesidad de reparación y desempeño moral.

Dodge (1991) distingue dos tipos de agresión: reactiva y proactiva.

2.1.2.1. *Agresión reactiva*

Se basa en el modelo de frustración-agresión postulado por Dollard et al. (1939) y alude a un comportamiento que sucede como reacción a una amenaza percibida, relacionada con una activación emocional intensa, altos niveles de impulsividad, hostilidad y déficits en el procesamiento de la información (Raine et al., 2006). El modelo de procesamiento de la información social de Crick y Dodge (1996) plantea que este tipo de agresividad se caracteriza por problemas en los dos primeros estadios del procesamiento de la información: la codificación e interpretación de señales. Estos sujetos presentan una tendencia a realizar prejuicios atribucionales de hostilidad y además se correlaciona con rechazo de iguales y experiencias precoces negativas (Dodge y Coie, 1987; Dodge, Lochman, Harnish, Bates y Petit, 1997). Según estos autores el error o prejuicio al interpretar una situación como amenaza conduce al adolescente a sentir internamente rabia, lo cual le empujaría a tomar represalias de carácter agresivo. Asimismo señalan que los adolescentes con agresividad reactiva tienen un patrón de conducta con los siguientes componentes: déficits relativos a la hora de interpretar intenciones benignas de los demás, no presentan déficits a la hora de interpretar intenciones hostiles, muestran tendencia a presuponer hostilidad cuando no es necesariamente el caso, cuando se ven ante provocaciones ambiguas ellos las interpretan mediante interpretaciones hostiles y generan respuestas conductuales

agresivas ante estas provocaciones ambiguas. La presencia de estos sesgos atribucionales hostiles junto con la baja capacidad de regulación emocional hacen que este tipo reactivo se encuentre muy relacionado con la generación de respuestas agresivas ante conflictos sociales (Dodge y Coie, 1987; Herfritz-Sinville y Stanford, 2014; Orobio de Castro, Merk, Koops, Veerman y Bosch, 2005).

López, Romero y González (2011) definen la agresión reactiva como una respuesta ante algún tipo de amenaza o provocación, real o percibida, con manifestaciones de cólera o ira. Este tipo de agresión es descrita como de “sangre caliente” y se caracteriza por una alta activación emocional y una escasa capacidad de autorregulación ante estímulos emocionales (Marsee y Frick, 2007; Vitaro, Brendgen y Tremblay, 2002).

La agresión reactiva se relaciona con problemas de atención e hiperactividad (Vitaro et al., 2002), somatización y problemas de sueño (Dodge et al., 1997) y con un mayor riesgo de suicidio (Conner, Duberstein, Conwell y Caine, 2003).

Por otra parte, Megargee (1966) distinguía entre dos tipos de violencia que pueden encuadrarse dentro del tipo reactivo: sobrecontrolada (*overcontrolled*) y subcontrolada (*undercontrolled*). La sobrecontrolada inhibe la ira, internalizándola, hasta que su acumulación acaba en una explosión no proporcional al hecho desencadenante o desplazada a un contexto menos comprometido. La subcontrolada se traduce en muchos actos agresivos de diferente intensidad pero que con su repetición se asientan y pueden aumentar progresivamente en cantidad e intensidad.

2.1.2.2. Agresión proactiva.

Se trata de un subtipo de agresividad instrumental y tiene su explicación en la teoría de aprendizaje social de Bandura (1973), según la cual la agresividad es un

comportamiento instrumental aprendido que es controlado por el premio o recompensa que se anticipa y es vista como un tipo de agresión fría, instrumental y organizada (Raine et al., 2006). El modelo de procesamiento de la información social de Crick y Dodge (1996) plantea que este tipo de agresividad se caracteriza por problemas en los tres últimos estadios del procesamiento de información: clarificación de metas, acceso de respuesta y decisión de respuesta. Dodge et al. (1997) correlacionan la agresividad proactiva con una evaluación positiva de las consecuencias del comportamiento agresivo y con rasgos de liderazgo y humor. Aunque no existe ninguna evidencia también se ha asociado con bajos niveles de activación autonómica.

López, Romero y González (2011) definen la agresión proactiva por la falta de emoción y carácter instrumental, premeditado y dirigido a la consecución de cualquier meta o recompensa.

Los adolescentes que presentan agresión proactiva no suelen tener problemas de regulación emocional (Dodge et al., 1997) y suelen mostrar rasgos de dureza e insensibilidad emocional (Frick et al., 2003). Este tipo de agresión es descrita como de “sangre fría” y controlada, y se relaciona con una ausencia de activación o sentimientos de ira (Hubbard, McAuliffe, Morrow y Romano, 2010).

Además de estos dos tipos de agresividad, Penado, Andreu y Peña (2014) consideran un tercer tipo: *agresión de tipo mixto*.

2.1.2.3. *Agresión de tipo mixto*

Bushman y Anderson (2001) y Pang, Ang, Kom, Tan y Chiang (2013) encuentran una alta frecuencia en la que aparecen en un mismo sujeto comportamientos agresivos reactivos y proactivos. Así las cosas Penado et al. (2014) consideran el tipo mixto como

una nueva modalidad de agresión, caracterizada por la manifestación tanto de comportamientos agresivos reactivos como proactivos. Estos autores hallaron que además de la impulsividad, la conducta antisocial es un factor predictor de la agresividad reactiva (aunque en adolescente medida que en la proactiva). Los resultados también señalan la importancia que tiene no sólo la conducta antisocial sino la desinhibición y la impulsividad como factores predictores de la agresividad proactiva. Finalmente la agresividad o violencia mixta presenta características más semejantes a la agresividad proactiva o instrumental, encontrándonos en estos adolescentes una elevada presencia de conducta antisocial. Finalmente apuntan la utilidad en el proceso de evaluación de atender especialmente a los niveles de desinhibición mostrados por estos adolescentes y el importante papel que puede tener este factor de la desinhibición en la elaboración y desarrollo de programas de prevención e intervención en adolescentes agresivos.

Como puede observarse, hasta el momento, co-existen distintas clasificaciones. El modelo VEV considera, en este sentido, los parámetros de reactiva, tipo mixto y proactiva o instrumental como ejes de clasificación del resto de aportaciones.

En general es muy difícil hablar de tipos puros de violencia, lo común es que ambos tipos de violencia convivan en un mismo adolescente, aunque, eso sí, con una mayor prevalencia de uno de los tipos sobre el otro. Por ello es muy útil diferenciar dos tipos de violencia o agresión mixta atendiendo a que se observe una predominancia reactiva, o bien una predominancia proactiva o instrumental. De esta manera, se establecen cuatro tipos de violencia o agresión de adolescente a mayor gravedad, partiendo de la violencia reactiva en el extremo de adolescente gravedad a la violencia instrumental en el de mayor gravedad. El peligro de responder erráticamente al tipo de violencia es instrumentalizar lo reactivo o dejar impune lo instrumental.

Para facilitar su comprensión, se presenta la siguiente Tabla en la que la primera columna se corresponde con dichos ejes y en la segunda la coincidencia con cada una de ellas, el resto de aportaciones principales, expuestas hasta el momento.

Tabla 12
Tipos de violencia

	V. inicio adolescente (Frick y Ellis, 1999; Frick, 2001)
	V. inicio infancia primariamente impulsivo (Frick y Ellis, 1999; Frick, 2001)
Violencia reactiva Dodge (1991); Caprara y Pastorelli (1996)	V. adolescente o de madurez (Berger, 1999) V. provocativa (Botbol, 2016) V. sobre-controlada (Megargee, 1966) V. preservativa (Tió et al., 2014) V. reactiva “pura”: acceso al registro de la “culpa” (edípico)
Violencia mixta (Penado et al., 2014)	V. mixta con predominio reactivo (VEV): acceso al registro de la “vergüenza” (narcisista) V. mixta con predominio instrumental o proactivo (VEV): devienen de una violencia de tipo reactivo que se ha instrumentalizado.
Violencia proactiva o instrumental Dodge (1991); Caprara y Pastorelli (1996)	V. inicio infancia tipo crueldad-impasibilidad (Frick y Ellis, 1999; Frick, 2001) V. estructural (Berger, 1999) V. destructiva (Botbol, 2016) La “perversión” de carácter (Bergeret, 1974) V. destructiva (Tio y Mauri, 2014)

Nota. Elaboración propia

Si bien esta propuesta de clasificación puede ser operativa, existe otra aportación que más que referirse a tipos, se centra en motivaciones de la trasgresión. Este concepto, ya mencionado anteriormente, desde la propuesta de Hayez (2004), se diferencia de la violencia porque no siempre tiene que cursar con violencia pero está muy relacionada con la misma y es de especial consideración en metatextos de justicia juvenil.

De esta forma, Tió et al. (2014) diferencian inicialmente entre agresividad preservativa y destructiva, considerando violencia a esta segunda. Continúan categorizando el ejercicio de la violencia en base a la función o motivaciones de la misma. Presentan una novedad al interesarse por la funcionalidad de la violencia, pero pretenden clasificar un aspecto de dimensiones inabarcables. No obstante, el modelo utiliza la categorización que los autores realizan ya que con ello se puede introducir una visión desde la funcionalidad del síntoma (la conducta violenta). Así las cosas proponen nueve categorías que no son excluyentes entre sí y que representarían las hipótesis de trabajo o el foco de la intervención con estos adolescentes.

- 1) **Necesidad de verificación** de aspectos relacionados con la identidad. Se corresponde con poner a prueba las propias capacidades y se basan en la acción. A menudo se vive como una necesidad imperiosa, ya que el adolescente siente que se juega su sentimiento de identidad, lo que provoca que no se detenga frente a las normas.
- 2) **Salida del aburrimiento.** Es el estado emocional antesala de muchos comportamientos violentos. El aburrimiento es un profundo malestar caracterizado por ausencia de vitalidad, intereses u objetivos. La necesidad de nuevos estímulos está en el fondo de este tipo de función, por eso buscará una excitación que deberá ser más fuerte cuanto más atrapado se sienta por ese estado insoportable.
- 3) **Adquisición de identidad por vía rápida,** para evitar ansiedades infantiles, se opta por una pseudoidentidad con la adquisición de un rol que no exija demasiados compromisos ni riesgos de fracaso y la violencia es una forma rápida de conseguirlo. Este mecanismo subyace a la incorporación a bandas juveniles. El grupo actúa como contenedor que da identidad.

- 4) **Falta de contención de ansiedades claustrofóbicas y agarofóbicas.** Los autores describen estas ansiedades como correlato a los movimientos progresivos y regresivos que un adolescente realiza en el tránsito de lo infantil a lo adulto. Así, las dificultades fruto del miedo a lo desconocido pueden llevar al adolescente a tendencias regresivas. Y las dificultades al sentirse invadido y limitado por los otros pueden llevarle a ansiedades de tipo claustrofóbico. El entorno responde a las mismas de forma distinta, controlador en el primer tipo y expulsivo, en el segundo. La violencia surge, entonces, como respuesta a estos tipos de dinámicas. Dentro de este tipo pueden encontrarse las violencias ascendentes.
- 5) **Intolerancia a la frustración.** La escasa capacidad de contención en la adolescencia acompañada por los deficientes recursos para canalizar la frustración se presentan como elementos clave para el ejercicio de la violencia. Debido a las vivencias tan intensas que tienen, en las que las sensaciones de todo o nada son tan corrientes, la frustración se hace especialmente difícil de tolerar, pues se puede vivir como que la realidad ya nunca podrá ser de otra manera.
- 6) **Identificación proyectiva.** La identificación proyectiva es un mecanismo inicial para aproximarse a lo desconocido. Atribuye e identifica en el otro aspecto intolerable, rechazado u odiado de sí mismo para desprenderse de la ansiedad, haciendo que sea el otro quien lo viva. Característicos de este tipo de violencia son los ataques racistas, bullying, etc. No es infrecuente que los adolescentes se sientan muy inquietos ante la mirada del otro y muestran las ansiedades persecutorias facilitadas por la identificación proyectiva de aspectos inmaduros no reconocidos como propios.

- 7) **Identificación con el agresor.** Este mecanismo pasa por el proceso en el que el adolescente introduce dentro de sí la imagen mental de otra persona con la que ha estado relacionada significativamente y que ha sido fuente de frustración o maltrato, identificándose con ella de forma defensiva para manejar lo traumático de esa relación. El adolescente, en su necesidad de buscar una identidad, puede recurrir a identificarse con una figura poderosa y temida a la que, por eso mismo, se puede idealizar como defensa frente al desvalimiento y la humillación).
- 8) **Intolerancia a la necesidad, ataque envidioso** se vive como dependencia, vulnerabilidad o debilidad por carencias afectivas. El sujeto que no tolera la necesidad rehúye, no pide, no espera, trata de no quedar expuesto a la dependencia afectiva de alguien, porque pedir, esperar o depender significa sentir necesidad, y eso es activamente evitado por ser fuente de amenaza y malestar.
- 9) **Personalidades adictivas.** Suelen presentar psicopatología previa o emergente en esta etapa. En estos casos la crisis de adolescencia no hace más que reactivar síntomas que ya estaban presentes de alguna forma antes, como sucede en algunos casos de trastorno de conducta, pero también la adolescencia por los cambios estructurales que comporta, puede ser el momento de inicio de un cuadro psicopatológico severo, dándose las primeras manifestaciones clínicas del trastorno.

2.1.3. Desde quién recibe la violencia.

Desde el modelo, tener presente a quién recibe la violencia se hace necesario para comprender la conducta y, de manera especial, para poder intervenir. En este sentido, se

recupera la idea expuesta al principio del presente capítulo de que si existe quien ejerce violencia (y causa daño), existe quien recibe esa violencia (recibe el daño).

Esta necesidad se ve respondida en un esfuerzo notable por analizar la perspectiva de la víctima por Sluzki (1994) que la estudia poniendo “el acento en dos variables mutuamente independientes, la consecuencia atribuida a la amenaza o la violencia y su naturaleza aislada o repetitiva” (p.354). La aportación de Sluzki (1994) propone un mapa basado en la intersección de dos variables mutuamente independientes: el nivel de amenaza y el grado de repetición. La consecuencia o el significado que se atribuye a la amenaza (hacia la integridad física o emocional) o a la violencia representa la intensidad de la amenaza o violencia. Por otra parte, su naturaleza aislada (violencia impredecible, inesperada) o repetitiva aludiría a la frecuencia.



Figura 9. Efectos en quien recibe violencia (Sluzki, 1994).

Así este autor propone seis efectos distintos en quien recibe violencia, caracterizados por diferentes proporciones de estas dos variables: disonancia cognitiva, ataque o fuga, inundación/parálisis, socialización cotidiana, lavado de cerebro y embotamiento/sumisión.

De este modo, ante una experiencia abrupta con nivel bajo de amenaza se produce percepción de incompatibilidad de dos cogniciones simultáneas o lo que Sluzki (1994) define como disonancia cognitiva. Ante una experiencia abrupta de media intensidad, quién recibe la violencia presenta una tendencia al ataque o fuga y ante una experiencia abrupta de alta intensidad se puede producir una inundación o parálisis, lo que clínicamente se define como un trastorno de estrés postraumático. Cuando la violencia es repetitiva y se da en un nivel bajo de amenaza se produce una socialización cotidiana de la misma, lo que provoca que el impacto de la violencia para quienes son sometidos a este tipo de violencia sea más alto que en otros casos. En experiencias repetitivas de media intensidad se da en quien es sujeto receptor de la violencia el sometimiento de sus creencias, conducta, pensamientos y comportamiento por parte de quien ejerce la violencia, lo denominado como lavado de cerebro. Por último experiencias repetitivas de violencia de alta intensidad provocan el sometimiento o sumisión por parte de quien recibe hacia quien ejerce la violencia.

No obstante, lo central de su aportación es señalar que existen diferencias entre quienes reciben violencia según las variables descritas, lo que permite deducir que dicha interpretación no depende tanto del acto como tal, sino de la sinergia de varios factores. Permite, a su vez, establecer un diferencial en la atención de estas personas: no todas requieren lo mismo.

Pero estas variables generales no explican solo por sí mismos las diferencias en la respuesta ante la violencia que presentan las personas. En este sentido, el modelo añade otra variable más: la interpretación de intencionalidad, en concreto de si existe voluntad de hacer daño o no.

Otra aportación del modelo es incorporar otros elementos personales que se contemplan en las figuras de quien recibe o ejerce la violencia y que se corresponden con los componentes descritos en el capítulo de la circularidad, léase: los estilos relacionales, los estilos y conductas de apego, los contenidos emocionales básicos regulados, desregulados o invalidados y los patrones relacionales en forma de roles recíprocos que contribuyen a entender que pueden darse diferencias en la interpretación de la conducta violenta de uno mismo o de otro. Además introduce la subjetividad, la visión de que cada persona es distinta y única, aunque también puede ser observada desde variables objetivables. Esa intersección es uno de los pilares conceptuales del modelo VEV.

Aceptando esta concepción de violencia, de sus formas de expresión y de sus motivaciones, queda por resolver cómo con ello se genera un espacio relacional o interpersonal que facilita la internalización de estilos relacionales desde la circularidad de la violencia.

3. APORTACIONES DEL MODELO DE VINCULACIÓN EMOCIONAL VALIDANTE.

3.1. El diferencial de intervención (VEV).

El modelo VEV, entre otros objetivos ya desarrollados en capítulos anteriores, trata de abordarlas conductas externalizantes. Para ello atiende a una serie de factores que influyen en el diagnóstico diferencial de intervención y que contienen en sí mismos una distinción en los objetivos de trabajo y en la forma de acometerlos en función de las variables, tipos y motivaciones descritas.

En este sentido, otra de las especificidades del modelo VEV es incluir aspectos en el apartado de la violencia, tales como:

- El carácter evolutivo del incumplimiento de la norma,
- el conocimiento o no de la norma,
- la tendencia impulsiva a incumplir la norma,
- la existencia o no de difusión de la identidad,
- la alteración del criterio de realidad,
- la presencia o no de otros aspectos endógenos.

Las clasificaciones descritas siguen un continuo de gravedad (de menos a más), y pretenden incorporar aspectos que pueden tener que ver con la violencia y trasgresión pero con un contenido basado en la maduración bio-psico-social normal del aprendizaje de la norma (hitos evolutivos), del control conductual (problemas de disciplina), de la regulación emocional (trastornos del comportamiento), del desarrollo de la identidad (trastornos de personalidad) y del integración del mundo externo (psicosis). Así, parten de una perspectiva individual de quien ejerce violencia y dan origen a la herramienta especializada del diferencial de intervención. Esta rejilla pretende ayudar a ubicar cada tipo de violencia y conectarlo con los criterios descritos. Cada ubicación tiene unas características singulares y requieren que las estrategias de intervención a implementar en cada caso sean distintas. El diferencial de intervención se presenta a través de la siguiente tabla. De esta forma, en horizontal se enumeran los aspectos referentes a la conducta desde la evolutiva mencionada, y en vertical los tipos de violencia descritos anteriormente.

Tabla 13

Diferencial de intervención.

	Hitos evolutivos	Problemas de disciplina	Trastornos del comportamiento	Trastornos personalidad	Psicosis	Otros
V. Reactiva						
V. Mixta predominancia Reactiva						
V. Mixta predominancia Instrumental						
V. Instrumental						

Nota. Elaboración propia

Con este diferencial se trata de ubicar a cada adolescente en el cuadrante correspondiente en función de las variables del mismo. Es decir, según se combine el tipo de violencia que presente el adolescente con el grado de maduración de la norma, control, regulación, identidad y criterio de realidad, se puede ubicar al mismo en alguno de los cuadrantes de la tabla. Una vez se haya realizado tal proceso de observación y evaluación, se introducen los componentes personales como el estilo educativo, el estilo y conductas de apego, las emociones y los patrones relacionales (roles recíprocos), que nos permitan diseñar una intervención individualizada y nos ayuden a ver lo subjetivo y lo objetivo de la motivación, función y tipo de violencia. Así, un adolescente se ubica en un tipo de violencia y de maduración con sus propias características personales. Esta herramienta pretende acometer la complejidad inclasificable del comportamiento humano, conjugando lo objetivable con lo subjetivo e idiosincrático de cada persona.

De esta forma, se puede partir del supuesto de que dos adolescentes presenten distintos tipos de violencia y desarrollo evolutivo, por ejemplo, violencia tipo mixto con

predominancia instrumental que se entrecruza con trastornos del comportamiento y otro con violencia reactiva con trastornos de personalidad. A grandes rasgos, ello permite diferenciar cómo intervenir con cada uno de forma diferente a nivel de estrategias concretas: encontrar demanda conjunta y motivación de la conducta en el primero, partiendo de un vínculo que permita conectar y contención validante (proceso ya descrito en el capítulo de itinerario individual) con el segundo. Pero además, según sean sus características personales, como ya se vio en el capítulo de la circularidad, la forma de articular el vínculo será diferente según sean unas u otras.

En cualquier caso, como criterios generales, el modelo VEV establece que:

- 1) con la violencia reactiva se trabaja desde la contención validante. Respecto al eje de abscisas se hará hincapié en el aprendizaje de la norma en los hitos evolutivos; en la articulación de límites, regulación emocional y responsabilización en los trastornos del comportamiento; en la regulación emocional, el abordaje de patrones relacionales problemáticos y la responsabilización en los trastornos de personalidad; y en la regulación emocional, la responsabilización posible según el grado de deterioro y la coordinación con Salud Mental en la psicosis (estos contenidos del eje de abscisas serán iguales en los cuatro tipos de violencia, siempre que no exista insensibilidad emocional).
- 2) Con la violencia mixta de predominancia reactiva, se abordaría de la misma forma, es decir, desde la contención validante pero con especial incidencia en la confrontación a los episodios instrumentales, de cara a “re”activar el contenido emocional.
- 3) Con la violencia mixta de predominancia instrumental, el uso de la contención validante será sustituido por el de conexión emocional destinada a obtener un vínculo de cara a la formulación de la demanda. La identificación, secuenciación

y expresión de emociones, se sustituirá por la validación de la experiencia, es decir, por transmitir comprensión de lo que siente pero sin profundizar. Se abordará especialmente la confrontación respecto a las expresiones instrumentales para focalizar la intervención en la desinhibición, es decir, tratar de señalarla en forma de patrón relacional, externalizarla y generar alianza a partir de situar la misma como causa de problemas o límite a la consecución de sus objetivos.

- 4) Con la violencia instrumental, la intervención se centra en valorar si es posible y útil, buscar convertirla en una violencia reactiva, aún a costa de adoptar decisiones con respecto al adolescente que pueden resultar “comparativamente injustas” y que, si bien en un principio pueden ocasionar un agravio comparativo, no son lesivos de sus derechos, más bien al contrario, hacen inútil el control consciente y calculado sobre su conducta por parte del propio adolescente, generando frustración y a la larga aportando un beneficio mayor. Esta forma intentaría convertirlo en una violencia reactiva o mixta con predominancia reactiva. Pero si ello no es posible, por el tiempo que lleva ocurriendo (por ejemplo por ser de origen en la infancia) o por componentes personales, hay que desistir de este tipo de procedimientos. Para ello puede ser útil diferenciar si es sobrecontrolado según los tipos de Megarnee (1966).

Así, en otros supuestos, con quien muestra violencia instrumental se hace necesario conocer y articular bien la demanda, conocer bien los intereses y objetivos, por ejemplo, motivaciones de la propuesta de Tió et al. (2014) que persigue para a través de habilidades sociales ayudar a que consiga esos objetivos e intereses sin el uso de la conducta violenta: demostrar que esa forma

prosocial le da más beneficios o menos perjuicios que la basada en el uso de la violencia.

- 5) Si hay presencia de insensibilidad emocional y la información permite ubicar su origen en la infancia, hay que remitirse a la propuesta de Frick (2001), recogida en el apartado de tipos de violencia del presente capítulo.
- 6) Tener siempre en cuenta cuando empezaron los primeros episodios de violencia. La concepción del modelo es que cuando no hay presencia de insensibilidad emocional, la violencia reactiva mal contenida por el entorno pasa a convertirse progresivamente en instrumental: por ello el tiempo es una variable importante que nos puede establecer criterios para la intervención con los instrumentales respecto a tratar de “re”activarles o no.
- 7) Ubicar siempre los componentes personales en cada tipo descrito para tener muy en cuenta sus características únicas y las vías especializadas de acceso según su posición ante el otro (estilo relacional y de apego), los contenidos emocionales a contener y/o validar propios de cada sujeto y los roles recíprocos problemáticos que se unen al tipo de violencia que ejerza.

Por otra parte, una intervención bien diseñada y que lleve a éxito será aquella que tras un periodo de intervención permita que la ubicación en el diferencial de intervención haya sufrido un movimiento vertical ascendente, lo que significará una reactivación de la violencia instrumental o un movimiento horizontal hacia el eje de coordenadas lo que significará la toma de conciencia de criterio de realidad, la reducción de componentes compulsivos en el incumplimiento de la norma o el mejor conocimiento de la misma, todo en función de la ubicación al inicio de la intervención. De esta forma, el diferencial también pretende ayudar a ubicar objetivos realistas según el punto de partida de cada caso o una zona de desarrollo próximo concreta, marcando

así los límites de técnicas más concretas a implementar y el manejo de la disponibilidad del tiempo disponible para la intervención.

3.2. La circularidad de la violencia.

Llegados a este punto, atender a los conceptos de agresividad y violencia, tal y como han sido definidos anteriormente, nos sitúa ante cuestiones relevantes relacionadas con la intervención:

- ¿hay que acercarse a la violencia centrados en quién ejerce la misma o también en quién la recibe?
- ¿Hay que plantearse estrategias de intervención, incluir o introducir cambios, sólo en quien ejerce la violencia o también en quién la recibe?
- ¿Es la violencia un acto individual o es un acto generado en la circularidad relacional entre las partes implicadas?

La explicación de la violencia como un fenómeno estrictamente individualista genera dificultades de comprensión. La violencia, que a diferencia de la agresividad, tiene como una de sus características principales la huella dolorosa que deja en quién es sujeto pasivo de la misma, necesita precisamente de ese sujeto pasivo para ser comprendida. De este modo, se entiende que la violencia es más un estilo relacional, una dinámica relacional o un patrón de conducta, más que un acto en sí.

La violencia se genera y se concreta en el marco de la relación entre quien ejerce la violencia y quién la recibe. La violencia tiene la necesidad de otro y se ejerce en relación a ese otro. Incluso cabría pensar que las conductas violentas de carácter autolítico o autolesivas componen expresiones de diferentes realidades intrapsíquicas que representan a ese otro al que se quiere dañar.

Desde esta perspectiva del ejercicio de la violencia en relación al otro o en la comprensión del ejercicio de la violencia dentro de una dinámica o estilo relacional, el concepto que mejor se ajusta a la aproximación de la comprensión de estas dinámicas es el de circularidad.

Queda en evidencia, como ya se ha mencionado, que la expresión de la violencia parte de un sujeto que la ejerce, y en la introducción del concepto de circularidad, queda de manifiesto también que lo hace en la interpretación, respuesta o intento proactivo de ejercer una influencia en el otro y que además este otro también interpreta, responde o realiza intentos proactivos sobre el primero.

Cabe señalar que la adolescencia y juventud es el momento evolutivo en el que más presencia cobra el ejercicio de la violencia. Aun así, la búsqueda de identidad y la necesidad de reafirmación de la misma frente al otro conllevan conflictos de oposición a las figuras adultas o de autoridad constituyendo las mismas una búsqueda de espacio de su propia identidad.

Como señala Jeammet (2002) en muchas ocasiones el comportamiento violento busca compensar la amenaza externa al yo mediante el contraataque, es decir, buscando imponer su dominio sobre el objeto externo desestabilizador, actuando como lo que él teme sufrir.

Este aspecto evolutivo resulta de gran importancia ya que permite entender la conducta violenta durante la adolescencia y la juventud como respuesta a la interacción con el mundo adulto y a los límites que este pone y nos sitúa ante la realidad de que la conducta violenta no tiene por qué tener un carácter patológico definitivo y que pueden, incluso, suponer un hito evolutivo normal según cómo responda el ambiente que le rodea a sus conductas y a sus contenidos internos inseguros.

La circularidad por tanto es una dinámica relacional que se refuerza continuamente y que promueve la introyección en la realidad intrapsíquica de cada sujeto interviniente en esta intersubjetividad que genera un proceso de internalización ya descrito por Vygotski (1978).

Este proceso de aprendizaje de internalización se da en múltiples procesos, también en los diferentes niveles de intersubjetividad o dinámicas relaciones generadoras de violencia que parten de la suma de factores individuales y relacionales. Por lo tanto, se entiende que la violencia es un estilo relacional aprendido como resultado de una reconstrucción interpretativa individual de un proceso interpersonal que se produce a lo largo de múltiples sucesos evolutivos. Así, la propuesta de intervención relativa al tratamiento del ejercicio de la violencia supone la generación de un espacio interpersonal que permita la internalización de procesos intersubjetivos que modifiquen el estilo relacional que expresa la violencia como acto doloso (Estalayo, 2011).

Un estudio realizado por Carrasco y González (2006) señala que diferentes investigaciones han relacionado los hábitos de crianza y los estilos educativos de los padres con la conducta agresiva, señalando, entre otras, las siguientes variables: el rechazo de los padres (especialmente de la madre), la falta de apoyo o las pobres relaciones afectuosas (Hanson, Henggeler, Haefele y Rodick, 1984), el uso de estrategias punitivas en el control de la conducta del niño (Eron y Huesmann, 1984; Gershoff, 2002; Olweus, 1980), la falta de supervisión e inconsistencia (Paschall, Ringwalt, y Flewelling, 2003; Patterson y Stouthamer-Loeber, 1984) y una comunicación deficitaria (O'Connor, 2002).

El modelo de Apego Bowlby (1969, 1973, 1980) por su parte hipotetiza sobre qué experiencias interpersonales con los cuidadores primarios son interiorizadas como

modelos representacionales que se generalizan en forma de expectativas sobre los otros. Si las figuras de apego son figuras de apoyo y de protección, el niño desarrollará un modelo relacional confiado y seguro; si, por el contrario, los modelos de relación interiorizados son desconfiados, hostiles e inciertos, las experiencias de apego les proporcionan representaciones negativas de las relaciones de afecto. De estos modelos representacionales negativos, el niño desarrolla expectativas de agresión, hostilidad y desconfianza sobre las relaciones interpersonales y los demás (Ainsworth, 1979; Bowlby, 1969, 1973), y consecuentemente, desarrolla un mayor número de conductas agresivas (Cohn, 1990; LyonsRuth, 1996). Como han señalado Greenberg, Speltz y DeKlyen (1993), el apego inseguro inicial refuerza en los cuidadores su percepción de inadecuación y baja autoestima, empeorando la calidad de la relación cuidador-niño e incrementando la probabilidad de los problemas externalizantes, concluyen Carrasco y González, (2006).

Así se entiende la problemática de quien ejerce violencia no como una relación causa-efecto, sino como una dinámica circular. Las dinámicas relacionales contribuyen a generar un ambiente familiar, un sistema que responde a un principio holístico desde el que el todo supone una entidad diferente a la suma de las partes. Dicho ambiente acaba influyendo a cada uno de sus componentes, que no suele ser consciente de dicha influencia. Estos ambientes pueden ser validantes de las emociones de sus componentes o invalidantes de los mismos.

En ese sentido, para entender la circularidad de la violencia, Zizek (2009) realiza la consideración de tres tipos de violencia: objetiva, subjetiva y sistémica. La objetiva es aquella que es directamente visible, practicada por un agente y que se puede identificar al instante. La violencia subjetiva es una parte menos visible que contiene en sí misma una violencia simbólica encarnada en el lenguaje y sus formas. Y violencia sistémica,

que es una violencia inherente al sistema, enmascarada, que mantiene el orden “normal” de las cosas. Este tipo de violencia puede ser invisible, pero debe tomarse en cuenta si se quiere aclarar lo que de otra manera parecen ser explosiones “irracionales” de violencia subjetiva.

Esta visión de un tipo de violencia que se circunscribe al ambiente, a la dinámica o al estilo pero que no es propia como tal de un único miembro del grupo o sistema en el que se da supone un ejemplo de la postura del modelo al respecto. En ese sentido, se entiende que hay que intervenir con cada miembro y su responsabilidad personal pero si no se acomete también la violencia relacional o “sistémica”, esos posibles cambios personales no se asentarán. Es por ello, que el modelo VEV da importancia a la conducta violenta y la aborda pero tiene como objetivo la relacional. Ello permite separarse del impacto que puede producirnos un acto violento, a veces crudo y terrible, para interpretar su función, motivación pero ya relacional, no individual como en el diferencial de intervención presentado con anterioridad. Y esto es muy importante, porque “hay algo inherentemente desconcertante en una confrontación directa con la violencia: el horror sobrecogedor de los actos violentos y la empatía con las víctimas funcionan sin excepción como un señuelo que nos impide pensar” (Zizek, 2009, p.12). Así las cosas, el autor abre la puerta a la consideración de dos aspectos fundamentales para la comprensión del acto violento. En primer lugar, se debe corregir cierta ceguera existente ante los resultados y consecuencias de la violencia sistémica, léase las conductas. En segundo lugar, resulta necesario aprender a distanciarnos de la atracción que genera la violencia subjetiva. Es un error limitarse a corregir los efectos de la violencia subjetiva, siempre hay que ir más allá. Para una comprensión del acto violento distanciarnos de la fascinación de la violencia subjetiva nos permitirá identificar la

violencia que la sostiene, la violencia sistémica y simbólica. Así poder abordar esta última de una manera más profunda y verdadera.

Entendiendo que esta aportación puede aplicarse tanto a niveles organizacionales como a la familia, se tratarán de entender los actos constitutivos de transgresión del adolescente como elementos de la violencia subjetiva cuyo abordaje separado de la violencia sistémica (existente en su entorno) generaría dificultades de cambio real y de futura generalización. No necesariamente conlleva dejar de aplicar estrategias de control en la expresión de ese síntoma violento subjetivo, sino que con un carácter sumativo y holístico necesita de la consideración e intervención en el resto de niveles de violencia anteriormente descritos. De esta forma al hablar de violencia reactiva, mixta o instrumental se está aludiendo a esos contenidos de índole subjetivo que a la vez requieren la perspectiva del sistema en el que surgen.

El concepto de circularidad se presenta como un término trans-terapéutico, que incide especialmente en la bidireccionalidad de la relación, en la importancia de dar una respuesta sensible a las emociones no compartidas por el grupo (Linehan, 2003), en la sintonía afectiva a las reacciones emocionales dolorosas del niño (Stolorow y Atwood, 2004), en la capacidad de una madre sensible para adaptarse a un bebé difícil e imprevisible (Bowlby, 1973), en el calibrado recíproco o encaje entre los atributos del bebé o de los progenitores (Sluzki, 2009) y en la estrategia de la contención validante con adolescentes que presentan violencia (Estalayo y Romero, 2004)

Para entender las dinámicas circulares generadoras de violencia hay que tener presentes tres aspectos tales como:

- 1) Que la violencia se entiende como el resultado de la interacción entre los diferentes miembros de la familia;

- 2) que esta violencia tiene un sentido que, aun escapando en un primer momento a unos y a otros, debe ser descifrado y verbalizado; y
- 3) que los roles de víctima y agresor pueden intercarse.

Teniendo estos aspectos en cuenta, se recoge que no es importante sólo entender las dinámicas circulares y sus idiosincráticas normas según cada sistema, sino también saber elegir dentro de la circularidad en qué momento o aspecto hay que puntuar la narrativa del cambio. Para ello es importante desde nuestra concepción no centrarse en el impacto del síntoma, aunque hay que recoger y validar su eco emocional y responder a quien lo ejerce para no instrumentalizarlo. De esta forma, el modelo entiende que la gravedad del síntoma no es equiparable a la gravedad de la situación. Este aspecto tiene que estar presente en las estrategias de acometimiento de la intervención de la circularidad de la violencia.

Darse cuenta que la conducta de uno es el estímulo competente de la conducta del otro (Damasio, 2005) permite ver la circularidad relacional entre las distintas personas. De algún modo es reconocer que cuando tú haces X yo me siento Y, y viceversa. En este sentido, se puede observar en la siguiente Figura 10, la dinámica descrita:



Figura 10. Circularidad de la violencia en base a Damasio (2005).

Resulta importante aprender a ver esa circularidad y ser conscientes de la dinámica relacional que se genera. Entender la mutua influencia de los estados emocionales, desde la que realizar una definición relacional del problema. En este sentido, se establecen diferentes niveles de cara a facilitar el análisis de la circularidad (Estalayo, 2011) y que ya se trataron en el capítulo del mismo nombre: la influencia mutua entre sí de aspectos inicialmente intrapsíquicos; dos circularidades internas entran en relación desde su propia forma y la circularidad entre los actos violentos ejercidos y recibidos desde cada miembro del sistema.

3.2.1. La influencia mutua entre sí de aspectos inicialmente intrapsíquicos.

Es decir, la relación existente entre los estilos de apego predominantes y los estilos relacionales. Así, sí entre otros aspectos explicativos se parte del estilo de apego resistente, que parte de un modelo operativo interno en el que la imagen de uno mismo es sensiblemente mejor que la que tiene de los demás, se puede inferir que el estilo relacional, o en su caso educativo, sea más autoritario que permisivo. De la misma manera entre el estilo de apego seguro y estilo educativo democrático, el estilo de apego evitativo y el estilo relacional permisivo y el estilo de apego desorganizado y el estilo relacional negligente. Todo esto necesita tener presente desde qué temperamento procede cada estilo de apego y qué emociones básicas están desreguladas, es decir, el sujeto es consciente de ellas y las tiene identificadas pero en ocasiones su expresión es descontrolada, y qué emociones están invalidadas, es decir, no identificadas pero está detrás de conductas que expresa y no se comprende por qué. De este modo, la combinación de estilos de apego, temperamento, emociones y estilo relacional cobra una forma concreta en cada individuo, que le da idiosincrasia y que se corresponde con lo que se denomina circularidad interna.

3.2.2. Dos circularidades internas entran en relación desde su propia forma.

Entre las dos circularidades se dan dinámicas relacionales diferentes a ellas mismas que también poseen sus propias formas de expresión. Se trata del espacio intermedio caracterizado por su interacción y su influencia bidireccional, al que se denomina circularidad bidireccional, expresado en la siguiente Figura 11:



Figura 11. Circularidad de la violencia del modelo VEV. Estalayo (2011)

Esta circularidad bidireccional puede analizarse desde la perspectiva de las dinámicas simétricas y complementarias de relación (Watzlawick et al., 1995), incluso desde puntos de vista psico-educativos aplicados que recogen la dinámica bidireccional. El propósito aquí es explicar dicha bidireccionalidad agrupando tanto las circularidades internas y la bidireccional, lo que supondrá el eje vertebrador de las narrativas a utilizar como técnica. Por ello, se parte de la consideración de que los sujetos que entran en relación con un sistema que se caracteriza por albergar en su seno dinámicas de violencia, generan un ambiente invalidante (Linehan, 2003).

Partiendo de esta definición, el modelo entiende que existen formas de circularidad bidireccional que generan progresivamente, mantienen y desencadenan dinámicas violentas que se caracterizan por las respuestas exageradas o mínimas a conductas agresivas y violentas, a la vez que se dan respuestas insensibles a contenidos emocionales no compartidas explícitamente con el resto de los miembros del sistema. El

término insensibilidad utilizado por Linehan (2003) no se corresponde con el descrito en los tipos de violencia. Más bien se puede traducir como un desinterés o distancia consciente con el contenido emocional interno del otro o una incapacidad por tenerlo también invalidado las personas que componen dicho entorno. De cualquier modo, esta respuesta no parte de una intención expresa, sino más bien, y en la mayoría de los casos, de una imposibilidad para detectar en los otros contenidos internos que no pueden detectarse en uno mismo, en una dificultad de mentalizar los estados internos propios y ajenos.

No se ha diferenciado hasta el momento entre quién ejerce violencia y quién la recibe respecto a la incapacidad de dar respuestas adecuadas al contenido compartido con el grupo e insensible con lo interno no compartido. Ambas circularidades internas, con sus propias dificultades idiosincráticas, lo hacen y contribuyen a invalidarse mutuamente, así como a la relación o circularidad bidireccional. De este modo, el sistema desde estos parámetros de relación genera una circularidad bidireccional invalidante que propicia una interiorización de circularidades internas invalidadas e invalidantes, tal y como muestra la siguiente Figura 12:

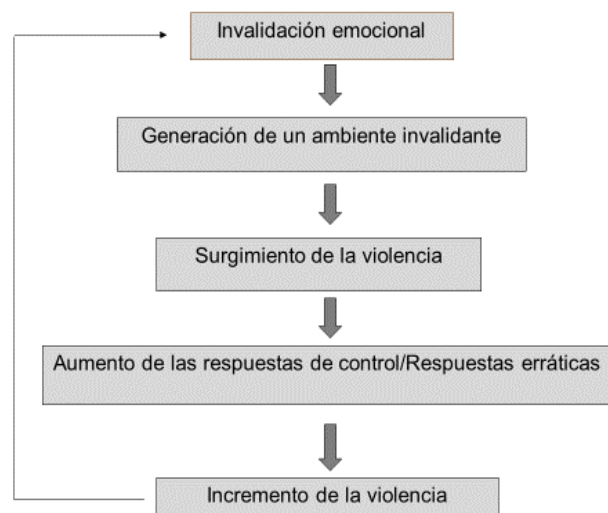


Figura 12. Ambiente invalidante y violencia. Estalayo (2011)

Con esta perspectiva se hace alusión a quien recibe la violencia expresada, aunque con contenidos individuales distintos sin restar responsabilidad individual sobre la comisión de conductas violentas por parte de quien las ejerce. De cualquier modo, todos los miembros de un sistema o grupo tienen una responsabilidad compartida en la dinámica relacional de la circularidad bidireccional invalidante. Desde esta perspectiva, es indispensable que todos se sientan como parte del problema para que puedan después participar como parte activa de la solución.

3.2.3. La circularidad entre los actos violentos ejercidos y recibidos desde cada miembro del sistema.

Si se parte de los conceptos referidos cuando hablábamos de violencia, disponemos de la posibilidad de combinar relacionalmente la violencia ejercida como reactiva, mixta o instrumental y la violencia recibida en diferentes clasificaciones según se entrecrucen las variables de frecuencia e intensidad.

Así, la violencia circular depende de estos factores descritos. Es importante destacar que quien ejerce violencia ya sea de tipo reactiva o instrumental o en sus variantes mixtas, podrá modificar o no su conducta en función de la respuesta de quien la recibe. De tal modo que si una persona ejerce violencia reactiva ante alguien que la recibe, y por sus características personales o por la intensidad o frecuencia de episodios similares anteriores, responde a la conducta exageradamente, por exceso o por defecto, en su faceta conductual o compartida con el grupo e insensible a las emociones o estado mental interno de quien la ejerce, promueve una circularidad donde se aprende a obtener beneficios de la conducta violenta, además de distanciarse de su propia experiencia emocional no compartida con el grupo. De esta manera, quien recibe la violencia se

encuentra nuevamente invalidado y sin recursos para afrontar una nueva situación de este tipo y contribuye, sin quererlo a instrumentalizar la violencia en quien la ejerce.

La perspectiva del modelo trata de romper esta dinámica desde la segurización de los elementos que componen la circularidad interna, proporcionando un acto de dignificación, de señalar los aspectos positivos y de una visión de la responsabilización que parte de las soluciones que puede implementar, más que de una visión de víctima sin posibilidades de acción. Al tiempo esta visión conlleva entender la violencia como un fracaso relacional, como una defensa disfuncional y patológica según su grado, intensidad e intencionalidad en la persona que la ejerce. Ello puede traducirse en respuestas complementarias o simétricas, o en reciprocación de roles recíprocos problemáticos.

Ello nos sitúa ante la necesidad de plantear la intervención no sólo con quien y desde quien ejerce la violencia sino también desde quien y con quien la recibe. De otro modo, la puesta en marcha de cambios en quien ejerce la violencia difícilmente se generalizaría en su entorno habitual, y tampoco lo harían los logrados por quien la recibe. Se concluye así que la intervención se da en la relación con aquellas personas que pueden poner en la relación contenidos que varíen la circularidad bidireccional.

3.3. Propuesta metodológica de intervención en violencia.

El modelo de vinculación emocional validante plantea la intervención en violencia desde un análisis inicial de los factores individuales de los protagonistas (padres o cuidadores principales, adolescentes y profesionales) como son los ya descritos, estilo relacional y de apego, conductas de apego, contenidos emocionales y patrones relacionales (roles recíprocos). Además de los factores personales de los actores protagonistas se realiza también un análisis de la circularidad.

Respecto al análisis de la circularidad y cruzando las variables contención-regulación cabría pensar en cuatro dinámicas de referencia en base a capacidad de contención del entorno (sistema familiar, fundamentalmente parental) y la vulnerabilidad del adolescente. En la siguiente Tabla 14 se expone en la primera columna las características del entorno y en la segunda las capacidades de regulación del adolescente, pudiendo observar a través de cada fila las distintas dinámicas circulares posibles.

Tabla 14

Bidireccionalidad entorno y adolescente

Entorno continente	Capacidad de regulación
Entorno incontinente	Capacidad de regulación
Entorno continente	Incapacidad de regulación
Entorno incontinente	Incapacidad de regulación

Nota. Elaboración propia

Para poder proponer una intervención relacional desde narrativas confrontativas y validantes del sistema como ambiente, hay que pasar por un diagnóstico individual desde las circularidades internas, un diagnóstico dimensional-categorial desde las circularidades bidireccionales (visibles en la Tabla 14) y de las de la violencia, que se expondrá a continuación. De este modo, las fases de intervención descritas (Primera desvinculación, disciplina, contención, validación, confianza básica, responsabilización, amenaza a la identidad, desistencia, desvinculación y revinculación), la importancia del desarrollo de un vínculo contenedor, validante y segurizante y los diferenciales de intervención, suponen un contenido central para el desarrollo de la propuesta de intervención y del modelo de psicoterapia de apoyo del modelo VEV.

Por otro lado, las fases anteriormente descritas como protocolo de intervención se siguen con quien ejerce la violencia y con quien la recibe, partiendo de que en cada caso los contenidos a intervenir son distintos, aunque desde las mismas técnicas. En la siguiente Tabla 15 se describen las técnicas y narrativas a implementar en cada fase descrita para quien ejerce violencia y para quien la recibe:

Tabla 15

Itinerario educativo-terapéutico con la violencia

FASES	EJERCE VIOLENCIA	RECIBE VIOLENCIA
Primera desvinculación	<p>Evaluar y recoger la forma de “vivir” la separación de su entorno natural y de referencia.</p> <p>Dar espacio a la actitud ante la intervención sobre su situación y cómo entiende que su entorno recibe la misma.</p> <p>Contemplar posibles contenidos de angustia y duelo y su influencia en el desarrollo de un nuevo vínculo educativo y ulterior desvinculación; Posibles contenidos emocionales presentes y ausentes.</p> <p>Entender qué creen que tienen que hacer, qué piensan que piensa el profesional sobre ello: formas de mentalización y roles recíprocos;</p>	<p>Evaluar y recoger la forma de “vivir” la separación.</p> <p>Dar espacio a la actitud ante la intervención sobre su situación recibe la misma.</p> <p>Contemplar posibles contenidos de angustia y duelo y su influencia en el desarrollo de un nuevo vínculo educativo y ulterior desvinculación; Posibles contenidos emocionales presentes y ausentes.</p> <p>Entender qué creen que tienen que hacer, qué piensan que piensa el profesional sobre ello: formas de mentalización y roles recíprocos;</p>
Disciplina	<p>Establecimiento de límites, articulación de normas y sus consecuencias.</p> <p>Componente diagnóstico, según las reacciones conductuales y emociones expresadas.</p>	<p>Encuadre más que disciplina.</p> <p>Afrontamiento de ausencia o presencia de conductas que disminuyan su capacidad.</p> <p>Componente diagnóstico, según las reacciones conductuales y emociones expresadas.</p>
Contención	<p>Recogida de emociones desreguladas y devolución traducida, equilibrada y comprensible del significado del contenido inconsciente volcado, normalmente conductas violentas.</p> <p>Importante establecer el primer diferencial entre reactiva e</p>	<p>Recogida de emociones desreguladas y devolución traducida, equilibrada y comprensible del significado del contenido inconsciente volcado, normalmente conductas de inseguridad y victimización.</p>

	instrumental.	Importante establecer el primer diferencial entre las variables intensidad y frecuencia.
Validación	Desde la fase anterior, y habiendo conseguido contener las emociones desreguladas o primarias desadaptativas, identificar, asignar valor, comprender, integrar y aceptar las emociones primarias adaptativas que se encuentran detrás de las anteriores. En el caso de quien ejerce violencia puede ser cualquier emoción básica.	Desde la fase anterior, y habiendo conseguido contener las emociones desreguladas o primarias desadaptativas, identificar, asignar valor, comprender, integrar y aceptar las emociones primarias adaptativas que se encuentran detrás de las anteriores. En el caso de quien recibe violencia puede ser cualquier emoción básica.
Confianza básica	Obtener desde el vínculo emocionalmente validante, resultado de las fases anteriores, una imagen de uno mismo más completa que contribuya a asegurar el estilo de apego.	Obtener desde el vínculo emocionalmente validante, resultado de las fases anteriores, una imagen de uno mismo más completa que contribuya a asegurar el estilo de apego.
Responsabilización	Reconocer y responsabilizarse de las conductas violentas ejercidas, de su impacto en los demás, de los recursos que posee y de los cambios que necesita realizar y mantener. También de su contribución a generar un ambiente validante.	Reconocer y responsabilizarse de las conductas que emite o no emite y que limitan su capacidad de afrontamiento. Aceptar su propio papel protagonista de su cambio y mantenerlo. También de su contribución a generar un ambiente validante.
Amenaza a la identidad	Afrontar las inseguridades y resistencias que le provoquen su nuevo estilo relacional, y la subsiguiente redefinición de su rol, que partan de la interpretación del otro como desestabilizador de su identidad.	Afrontar las inseguridades y resistencias que le provoquen su nuevo estilo relacional, y la subsiguiente redefinición de su rol, que partan de la interpretación del otro como desestabilizador de su identidad.
Desistencia	Dejar definitivamente su funcionamiento anterior y generalizar el nuevo en otros espacios relacionales donde no ejercía violencia.	Dejar definitivamente su funcionamiento anterior y generalizar el nuevo en otros espacios relacionales donde no recibía violencia.
Desvinculación	Separación sana de las figuras profesionales que han intervenido.	Separación sana de las figuras profesionales que han intervenido.
Revinculación	Vuelta a los entornos de los que proviene. Establecimiento definitivo de	Acogimiento del retorno del adolescente. Establecimiento

Nota. Elaboración propia.

Las técnicas de intervención descritas parten de simultanear la atención individual con la atención grupal desde las figuras profesionales con cada miembro del sistema o de las situaciones en las que se produce violencia.

4. CONSUMO DE TÓXICOS.

Otra de las conductas externalizantes más generalizadas, tal como se ha indicado anteriormente, es la relativa al consumo de tóxicos. En este apartado se va a tratar de ahondar en los diferentes tipos de consumo, relacionar los tipos de violencia descritos con tipos de consumo distintos y establecer criterios de intervención.

Es necesario empezar tratando de objetivar el consumo, con la intención de entender que hay tipos de consumo distintos, así como tipos de sustancias y cantidades de consumo distintas que se categorizan en clasificaciones a analizar y desde las que plantear soluciones de intervención distintas desde las fases descritas.

Una primera aproximación al consumo nos acerca una vez más a atender a los componentes personales que ya se han descrito a lo largo del texto, para desde ahí ahondar en los diferentes tipos de consumo, relacionándolos con los tipos de violencia ejercidos y desde ahí diseñar la intervención. Sea como fuere una de las líneas básicas es considerar como objetivo de la intervención conseguir que determinados funcionamientos que propician, mantienen o desencadenan las trasgresiones pasen de la egosintonía (vivir sin malestar las conductas externalizantes) a la egodistonía (vivir con

malestar las conductas externalizantes) y una de ellas, lógicamente, se refiere a los consumos.

A este respecto, Cancrini (1996) sugiere una división en función del tipo de consumo, a saber:

- 1) un tipo de consumo exploratorio como un modo de sostenerse en una adaptación inestable y una forma de probarse en movimientos progresivos hacia el crecimiento,
- 2) un tipo de consumo problemático conectado con importantes necesidades personales que mediante su uso trata de activar o desactivar las mismas,
- 3) y uno de consumo dependiente-toxicómano en el que existe una absoluta dependencia personal con concomitancia de varias sustancias y que además se produce en escalada.

Esta división, da idea de un continuo desde el consumo inicial exploratorio hasta un consumo patológico.

Es importante tener en cuenta, sea desde la tipología de consumo que sea, el tipo de uso y la búsqueda que la persona vehicula a través del mismo. Así, los dos grandes grupos parten de la diferenciación clásica entre predominancias de registros primarios o secundarios, entre tendencia al acto o a la repetición y entre las emociones inherentes y los contenidos cognitivos sometidos a la inhibición reflexiva.

De esta forma, se agrupan en tendencias a lo impulsivo y a lo compulsivo. El primero dentro del registro del “*acting-out*” y el segundo dentro de las soluciones obsesivas fallidas. Tal y como se presenta a continuación en la Tabla 16, la primera

columna describe el consumo impulsivo en sus diferentes expresiones y la segunda hace lo propio con el compulsivo:

Tabla 16
Tipos de consumo

Impulsión	Compulsión
Obtener placer	Disminuir malestar
Egodistónico (deseado)	Egodistónico (no deseado)
Alteración del miedo por defecto (hipofobia)	Alteración del miedo por exceso (hipofobia)
Subestimación del daño	Sobrestimación del daño
Búsqueda del riesgo	Evitación del riesgo
Búsqueda de felicidad	Evitación del miedo

Nota. Elaboración propia

El primer tipo de consumo descrito en el cuadro, es un consumo de tipo impulsivo destinado a la obtención de placer a través del mismo. Quienes presentan este tipo de consumo no muestran conciencia de problema sobre el consumo, ni valoración real del daño que provoca el mismo. La búsqueda del riesgo y de la felicidad en el consumo en sí mismo se muestra también como características de este tipo de consumo. Este tipo de consumo está destinado a buscar la relación con el otro.

Por el contrario, en el tipo de consumo compulsivo existe una necesidad en quien consume de disminuir el malestar que siente. Este tipo de consumo está relacionado con un sufrimiento que necesita ser calmado. Estos perfiles presentan conciencia de lo nocivo del consumo en sí mismo buscando a través de él, la evitación del riesgo y del miedo, tratando además de evitar sufrimiento y de aislarse de la relación con los demás.

Habida cuenta de todo lo anterior, otro criterio importante es la presencia o no de un trastorno de índole psicológico o de índole psiquiátrico. En estos casos, el campo de análisis entra dentro de la categoría de patología dual. En ese sentido, Lehman, Myers y Corty (1989) y Landry, Smith y Steinberg (1991) describen diferentes posibilidades de relación entre los trastornos psicológicos y el abuso de alcohol o drogas:

- El uso de alcohol u otras drogas puede enmascarar síntomas y síndromes psicopatológicos.
- El uso del alcohol y otras drogas puede iniciar o exacerbar un trastorno psicopatológico.
- El uso de alcohol y otras drogas puede causar síntomas psicopatológicos y emular síndromes psicopatológicos.
- El síndrome de abstinencia producido por el uso de alcohol u otras drogas puede causar síntomas psicopatológicos y emular síndromes psicopatológicos.

Cuando el origen no tiene una etiopatogenia psíquica precisa y parece que el sufrimiento psicológico tiene su base en una desestructuración de la unidad psicológica del sujeto (psicosis) o en alteraciones de orden médico-fisiológico, el uso del tóxico tiene otros matices aún de mayor gravedad que los anteriores.

En otro sentido, puede ser útil establecer un diferencial respecto a la presencia o no de una adicción en el adolescente con el que se está interviniendo. Entendiéndose adicción como la dependencia psicofisiológica de una determinada sustancia química cuya supresión causa síntomas de privación al individuo, o la dependencia a una sustancia, como el alcohol u otras drogas, o a una actividad, hasta el punto de que detenerla resulta muy difícil y causa alteraciones psíquicas y mentales graves.

También pueden diferenciarse niveles de adicción o dependencia y su correspondencia según los casos con el tiempo de consumo. Como es de suponer la presencia de adicción conlleva un mayor nivel de gravedad. No obstante, no es tan fácil discriminar los tipos de adicción, según su contenido o proceso sean de predominancia física o psicológica.

Teniendo esto en consideración, el modelo se plantea algunas cuestiones al respecto para diseñar la intervención:

- ¿Es posible entender los consumos como una vía instrumentalizada que busca activar - desactivar emociones para las que el sujeto no cree disponer de recursos?
- ¿Existe relación entre tipo de consumos, tipos de sustancias utilizadas y tipo de emociones a activar - desactivar en el sujeto?
- Según se diera concomitancia o no en la pregunta anterior, ¿el tipo de violencia a activar o desactivar sería distinto y por tanto la intervención también?
- ¿Sobre qué intervenir: el consumo, la dependencia, la violencia expresada, la emoción mal integrada...y lo más importante cómo?

La postura del modelo es afirmativa. Se entiende que existe una conexión entre el consumo y los contenidos emocionales a desactivar o calmar, por un lado, y los que se pretende activar, por otro. Y también que existen ciertos tipos de tóxicos que inhiben o activan y que se utilizan con tal finalidad. Ello nos es útil para plantear que la intervención, además de limitar o imposibilitar el consumo, debe atender estas cuestiones y que las mismas, léase necesidades personales y emocionales coinciden con las que están de fondo en supuestos de violencia. Así, una cuestión importante de los adolescentes, habida cuenta de su especial vulnerabilidad por la etapa en la que se

encuentran y por otros factores ya descritos, es la presencia de consumo de tóxicos concomitante con psicopatologías que cursan o se expresan con sintomatología violenta o de índole trasgresora. En este sentido, muchos adolescentes consumen como resultado de la presión del grupo al que pertenecen, por motivos de identificación, como un remedio muy rudimentario para tratar la ansiedad que generan otras situaciones o conflictos, o fruto de experiencias violentas que el consumo tiende a agravar o desencadenar. Generalmente los adolescentes con este tipo de hábito pueden darnos pistas sobre la existencia de un problema más interno que es necesario atender. De alguna forma, el consumo y su tipo, nos comunica algo más.

Además, el consumo de determinado tipo de tóxicos puede producir cuadros clínicos graves o que agravan los comportamientos desadaptados o las formas reactivas de violencia, convirtiéndolos en formas mixtas o instrumentales.

Por otra parte, cuando ya existe violencia o cuadros clínicos, la existencia de consumo produce la concomitancia de ambos aspectos. Dicha situación reclama posicionarse en la cuestión de qué atender primero, sobre todo, si el consumo responde a la hipótesis de automedicación.

En otro orden de cosas, se plantea un análisis trasversal desde la consideración simultánea de todos los criterios anteriormente citados, de cara a establecer niveles de gravedad y su abordaje.

4.1. Pautas de intervención en consumos.

Partir de la observación del consumo de tóxicos como una conducta externalizante que expresa sintomatológicamente otros tipos de sufrimientos que se encuentran tras el mismo. La conducta siempre nos comunica dificultades bien a nivel individual del

propio adolescente, o bien a nivel del marco relacional que establece con su propia familia o con el contexto al que pertenece y en el que se relaciona. De esta manera, la primera cuestión a valorar es si conviene establecer una intervención basada en contener o reprimir este comportamiento, o si además es necesario tener en cuenta otros aspectos a descubrir. Normalmente, se dan aspectos carenciales que el mismo usuario desconoce o niega, así como recursos inhabilitados o invalidados, puede que incluso “reciclados” para fines disfuncionales para el propio adolescente o adolescente. Esta perspectiva está basada en la patología del déficit. Pero puede también comunicar deseos de activar o forzar emociones y vivencias “a medida”, lo que se corresponde más con una patología del conflicto.

Para la intervención sobre el consumo, el modelo entiende que hay que:

- desarrollar estrategias de control del síntoma del consumo y su influencia en otras áreas del desarrollo,
- observar si el consumo es incapacitante o inhabilitante para el desarrollo en áreas de vida cotidiana y actuar sobre ello,
- intervenir sobre la toma de conciencia del impacto en su vida, de las consecuencias que el consumo tiene en su vida presente y futura,
- encontrar los desencadenantes del consumo y de su aumento, para intervenir sobre el entorno, e
- identificar el objetivo y/o sentido del mismo ofreciendo una narrativa que una el síntoma con la causa o finalidad del consumo.

La primera cuestión se centra en posibilitar la adhesión a la relación de ayuda, desde aceptar el control del consumo (analíticas, consecuencias normativas, reflexión sobre las mismas) y aceptar un tratamiento para ello si fuese necesario, desde una formulación

que una el consumo con las necesidades con las que está relacionado y ofertando alternativas para atenderlo.

Además de las estrategias anteriores, se apuesta por generar dinámicas de negativización del consumo desde el principio de la relación, especialmente en las fases iniciales de encuadre de la relación para, posteriormente, en las fases de responsabilización y amenaza a la identidad analizar las recidivas del consumo.

Para ello, se hace necesario evaluar la sustancia problema, que se entiende como aquella que inició la dinámica de consumo, la que se mantiene en la base y continúa aunque se sumen otras. Su uso metodológico está centrado en descifrar las necesidades de fondo y los contenidos internos a validar.

Por otra parte, es importante diferenciar el tipo de consumo, así como el tiempo desde que se comenzó y las formas de aumento en cantidad de sustancias. Nuevamente, el control se asociará a demandas basadas en contenidos internos y relacionales distintos, según busque inhibir dolor o suplir carencias (déficit) y huir la relación, o activar estados de ánimo a voluntad (conflicto) y buscar la relación desde roles concretos. Estas diferencias sitúan la posición del profesional, desde el vínculo y para la alianza, en distintos planos.

Es por ello que el modelo considera importante la individualización de las estrategias de intervención, a saber, si hay que trabajar sobre consumo cero, negativización o reducción de daños según los criterios anteriores.

Por último, y dada la importancia que el modelo otorga a lo grupal y los beneficios del mismo, tal y como se ha descrito en el capítulo anterior, se muestra de vital

importancia en el abordaje de la intervención sobre consumos, desarrollar actividades de carácter grupal para el uso de los iguales en evitar un consumo que se haga identidad.

4.2. Consideraciones sobre el abordaje de consumos.

A continuación se va a establecer una categorización de tipos de consumo desde una perspectiva educativa-psicoterapéutica-social en una clasificación entre consumo leve, grave y muy grave. Esta clasificación recuerda y se basa en lo que Micucci (2005) menciona a la hora de trabajar con trastornos graves de conducta.

Si el consumo es leve en cuanto a intensidad y tipos de tóxicos utilizados, la intervención se basa en contener el consumo, teniendo como objetivo su eliminación. Lógicamente, este apartado tendrá mayor dificultad según la vivencia del usuario acerca de su consumo y de su expresión. Si es egodistónica y coincide que su facilita la inhibición de la función reflexiva, entonces el protocolo es sencillo: control hacia consumo cero y andamiaje desde los recursos personales hacia la rehabilitación de estrategias cognitivas que permitan la identificación y regulación de emociones invalidadas.

Sin embargo, si la vivencia del síntoma es egosintónica y, por lo tanto, el consumo se entiende como una parte funcional de su vida y que no ocasiona dificultades, el planteamiento sería el mismo que el anterior, pero con un grado de control mayor y a través de medidas punitivas subsiguientes al consumo detectado. Es más que posible que las dinámicas de contención emocional necesiten de estrategias más elaboradas que en el supuesto anterior para no convertir el consumo en el espacio desde el que el adolescente elija confrontar con el adulto para afianzar su identidad.

Cuando el consumo es más grave, puede entenderse su concomitancia con trastornos paralelos que requieren un abordaje simultáneo, y, si cabe, anterior. Estos supuestos que pudieran corresponderse con supuestos de patología dual, simultanean el consumo como síntoma con otros de corte psicopatológico. En este sentido, abordar el control del tóxico sin más es un error. La droga se vive desde la conocida hipótesis de la automedicación. Su eliminación progresiva requiere seguramente un abordaje medicamentoso, según el tipo de trastorno y el tipo de tóxico utilizado. Así, el fármaco hace de sustituto funcional que evita los sufrimientos que el usuario busca evitar con el tóxico utilizado. En estos casos, el abordaje psico-educativo es especialmente importante y se entiende, en lenguaje metafórico, *que cada ladrillo roto que se quite requiere haber puesto otro nuevo*. Sin prisas. Puede que el objetivo sea bajar el nivel de consumo o conseguir que migre hacia sustancias menos dañinas e inhabilitantes para el desarrollo cotidiano del usuario.

Por último, cuando el tipo de consumo es muy grave, por su intensidad, tipo de tóxicos y cantidad de los mismos, se habla del perfil de toxicómano. Llegados a esta situación, hay que entender su carácter de enfermedad y plantearse la necesidad de tratarle como tal. Requiere un abordaje especializado desde el primer momento. Además, extremar la perspectiva del abordaje desde los criterios establecidos en el apartado anterior.

Todo lo expuesto anteriormente tiene un planteamiento sumativo, entendiendo que las intervenciones siempre tienen que tener presente que detrás de una expresión problemática existe algo más. Contener ese contenido y cómo hacerlo depende de la gravedad del consumo y del grado de invalidación de las emociones y de los estados internos, es decir del cuadro psicopatológico y las carencias que presente el adolescente

en cuestión. Otro criterio es la historia del consumo, es decir, el tiempo que lleva consumiendo.

4.3. Propuesta metodológica de intervención desde la Vinculación Emocional Validante.

La intervención desde metacontextos de control puede realizarse desde una vertiente individual y otra grupal, que normalmente se dan de forma simultánea. En ambos casos, proponemos un abordaje integrado que atienda los consumos teniendo en cuenta todos los criterios mencionados en epígrafes anteriores. La perspectiva grupal se fundamenta en dinámicas de carácter psico-educativo que tienen un carácter formativo y preventivo en algunos casos y un talante de grupo abierto en otros. La vertiente individual tiene un carácter más profundo y se realiza desde entrevistas individuales y aprovechando el diferente grado de convivencia que posibilite el dispositivo desde el que se interviene.

Nos centraremos en la vertiente individual. Así, la intervención sobre cada tipo de consumo según el momento del proceso, es decir, en cada fase de la intervención. En ese sentido, presentamos una tabla en el que la primera columna se corresponde con cada fase del itinerario y las tres siguientes con cada grado de gravedad del consumo:

Tabla 17

Itinerario educativo-terapéutico ante consumos

	Consumos leves	Consumo Graves	Consumos muy graves
Primera desvinculación	Análisis de las reacciones ante la prohibición del consumo. Recoger vivencia de los consumos en el adolescente/adolescente y en su entorno. Establecer uso compulsivo vs impulsivo.		
Disciplina	Aplicación de consumo cero durante la medida judicial. Establecer encuadre respecto a las normas y consecuencias ante posibles consumos.		

Contención	Recogida de las emociones desreguladas ante las limitaciones normativas, prohibición de consumos.		
Validación	Identificación de las emociones invalidadas y generación de representaciones psicológicas activas contingentes a la nueva vivencia de las emociones.		
Confianza Básica	Establecimiento de la relación y de nuevos acuerdos respecto a un funcionamiento autónomo.	Establecimiento del vínculo y de posibles criterios de derivación a un recurso normalizado y especializado.	
Responsabilización	Evaluación del paso a un funcionamiento egodistónico. Análisis de la vivencia del conflicto y de la motivación al cambio. Disminución de la presencia educativa en el control del consumo.	Evaluación del paso a un funcionamiento egodistónico. Análisis de la vivencia del conflicto y de la motivación al cambio. Derivación y coordinación con el recurso para seguir indicaciones específicas de tratamiento desde el contexto de control.	
Amenaza a la identidad	Evaluación de las posibles recidivas y retroceso en la intervención a la fase adecuada según el caso, si es necesario.	Evaluación de las posibles recidivas y retroceso en la intervención a la fase adecuada según el caso, si es necesario. Mantenimiento del recurso especializado aún con mayores medidas de control.	
Desistencia	Evaluación de la presencia de voluntad activa del abandono de consumos concomitante a la evaluación del entorno y del buen funcionamiento en el resto de las áreas de intervención.	Evaluación de la presencia de voluntad activa del abandono de consumos concomitante a la evaluación del entorno y del buen funcionamiento en el resto de las áreas de intervención. Si va bien, determinar la necesidad de recursos externos.	Evaluación de la presencia de voluntad activa del abandono de consumos concomitante a la evaluación del entorno y del buen funcionamiento en el resto de las áreas de intervención. No suele darse

		habitualmente.
Desvinculación	Fin del encuadre y separación del profesional.	Fin del encuadre y separación del profesional. Derivación definitiva a los recursos especializados y planificación de otros que pudieran ser necesarios ante la ausencia de control efectiva.
Revinculación	Establecimiento de indicadores de seguimiento.	Establecimiento de indicadores de seguimiento y de posible coordinación con recursos especializados.

Nota. Elaboración propia

Partiendo de la especificidad del metacontexto de trabajo se considera necesario en los supuestos que se han descrito anteriormente como consumos graves y consumos muy graves derivar a un recurso especializado en toxicomanías para la valoración de este aspecto del adolescente y propuesta de un abordaje específico desde un trabajo de colaboración y complementación, estable y sistemático. De esta manera se considera transversal a todo el proceso la construcción de una red que contenga al adolescente, para prevenir recaídas y facilitar el trabajo terapéutico en un recurso normalizado y especializado en adicciones.

5. FUGAS E INTERRUPCIONES DE LA RELACIÓN DE AYUDA.

Las interrupciones en la relación de ayuda o fugas de los dispositivos residenciales en los que se interviene con adolescentes son otra de las conductas externalizantes más comunes.

Una primera consideración a este respecto es realizar una correcta lectura de lo que supone la interrupción por parte del adolescente. Así se parte de no entender la

interrupción como un desafío a la autoridad que suponen los equipos educativos sino de entender que una fuga responde a una dificultad en el abordaje de la intervención educativa.

Para poder calibrar la dificultad que supone en el adolescente cabe señalar en primer lugar el momento del proceso en el que se produce. Si las interrupciones en la relación de ayuda se producen en las primeras fases de la relación (disciplina), la nueva intervención tendrá que ir destinada a la reactivación del encuadre que permita configurar un vínculo estable y seguro para el desarrollo de la intervención en estos casos, habrá que evaluar si se ha sido muy invasivo en el desarrollo de la intervención o si por el contrario desde el equipo educativo se ha hecho una mala interpretación del foco de intervención. Otro aspecto a tener en cuenta en la primera desvinculación, es valorar si esas fugas se corresponden con desvinculaciones difíciles del entorno familiar o de iguales. También puede ser motivado por consumos, lo cual también puede dar información acerca del tipo que presenta el adolescente. En cualquier caso, la intervención pasa por situarse en el encuadre y en extremar las medidas de control (si no hay presencia, no hay intervención) y las intervenciones.

Cuando las interrupciones se dan en fases más avanzadas de la relación de ayuda, más en concreto en la etapa de autonomía, hay que observar si esta se produce:

- por la presencia o no de dificultades externas, es decir, circunstancias en su entorno que desestabiliza al adolescente;
- porque parte del foco de intervención no está bien ajustado y por tanto hay que repensarlo. Ello puede ser porque la demanda no estaba bien construida o porque con el paso de la intervención ha cambiado y no se ha reformulado;

- por la presencia o no de amenaza a la identidad (falta de sentido de continuidad y cohesión en su sentido de propia identidad) en el reajuste o reincorporación a su entorno de referencia,
- como reacción anticipada al final del tratamiento,
- por las dificultades con pares o aspectos de la vida cotidiana que los profesionales no son capaces de ver en la intervención o
- porque desde el equipo de intervención no se ha ajustado bien la zona de desarrollo próximo, ha existido precipitación o demasiada intensidad en la intervención y por tanto se da una necesidad de rebajar la intensidad de la intervención.

Cuando se producen estas interrupciones, hay que tratar de no centrarse en el “por qué” de las mismas, es decir, en una búsqueda de verificación de las causas de la interrupción en la relación de ayuda, sino en el “para qué”, es decir qué buscaba conseguir o comunicar. Ello posibilita establecer intervenciones basadas en habilitar la consecución de esos objetivos, sin necesitar utilizar esos medios. De este modo poder realizar una relectura de la intervención, a la vez que se responde de manera menos controladora y punitiva que en momentos anteriores.

5.1. Pautas de intervención en supuestos de interrupción de la relación de ayuda o fugas.

Un primer aspecto a tener presente en el abordaje de este tipo de conductas tiene que ver con mostrar interés por el adolescente. De algún modo plantear la intervención en estos supuestos yendo dónde el adolescente está, mostrando disponibilidad. No reaccionar con rechazo o culpabilización: es conveniente ejercer control pero no mostrar insensibilidad.

Si las interrupciones de la intervención o fugas se dan en una salida al exterior dentro de un actividad con un profesional y en la misma se produce un episodio de ejercicio de violencia o consumo de tóxicos habrá que analizar qué se pone en juego en la relación entre el adolescente con el profesional tanto desde la conducta como desde la relación con el mismo. Incluso hay situaciones de abandono de la relación de ayuda que se expresan queriendo significar que se ha ido más allá de lo que el adolescente puede soportar en la intervención, lo que nuevamente nos lleva a resituar la zona de desarrollo próximo realizando una reevaluación y reinterpretación de la intervención educativa. Reformular cuál es la nueva necesidad, redimensionar y redefinir lo que hasta el momento marcha bien en la intervención para poder avanzar en el proceso educativo-psicoterapéutico-social.

6. CONSIDERACIONES FINALES.

Se ha analizado a lo largo del capítulo cuáles son los factores externalizantes de mayor presencia entre la población descrita y que se atiende desde los dispositivos residenciales o de tipo centro de día.

Después del análisis y las propuestas de intervención en cada una de las conductas externalizantes asoman varias cuestiones que quedan pendientes de dilucidar: ¿son cada una de las conductas descritas excluyentes las unas de las otras? ¿Se pueden dar una o varias simultáneamente? ¿Cuál de ellas resulta prioritaria en la intervención? ¿Se puede establecer un orden jerárquico de intervención entre ellas?

Las tres conductas descritas a lo largo del capítulo pueden concomitar en un mismo adolescente. De este modo, podemos encontrarnos con adolescentes que presenten

conductas violentas de un tipo u otro, que además consuman tóxicos y también muestren conductas de ruptura de la relación de ayuda. De cualquier manera, todas o algunas de ellas pueden simultanearse en cualquiera de las variables de interacción posibles.

Desde la concepción del modelo, se entiende que el orden prioritario de intervención tiene que partir de contener la interrupción de la ayuda en primer lugar, la contención de la violencia expresada en segundo lugar y el abordaje del consumo en tercer lugar. Así, cualquiera de las variables de interacción entre las tres conductas externalizantes pasan por la priorización en ese orden de intervención.

Para ello, en primer lugar, se abordará la interrupción de la relación de ayuda trabajando en y desde la relación. De ahí la importancia del vínculo y la alianza terapéutica descrita. Para ello, inicialmente se ejerce control que permita en primer lugar proteger al propio adolescente de las consecuencias de sus conductas externalizantes y además crear vínculo.

En segundo lugar, acometer la violencia. Partir de un principio básico de que dónde hay violencia no se puede trabajar, de ahí la importancia de controlar el síntoma y trabajar después aspectos personales. Y por último el consumo, tratando de individualizar el tratamiento de consumo cero, negativización o reducción de daños.

CAPÍTULO 10.
ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO

1. ¿PARA QUÉ ES NECESARIA LA ORGANIZACIÓN DE UN SERVICIO?

A lo largo de los capítulos anteriores se ha tratado sobre el tipo de población que se atiende y la evolución de la misma, las conductas externalizantes que presentan estos adolescentes, la importancia del vínculo educativo-terapéutico en el proceso del cambio, las características personales del adolescente y del profesional que interviene, el abordaje de la involuntariedad en el proceso, la importancia del trabajo grupal y familiar en la intervención, el itinerario-educativo por etapas y fases que propone el modelo, etc. Ahora bien, una vez tenidas en cuenta todas estas variables, la pregunta que surge de forma necesaria es la siguiente: ¿cómo diseñamos un Servicio capaz de poner en práctica todo lo anteriormente expuesto? ¿Cómo organizamos ese Servicio para que la problemática que estos adolescentes y sus respectivas familias o entornos relacionales presentan al inicio de la intervención desaparezca o disminuya?

Debemos tener en cuenta que la problemática que presentan estos adolescentes puede ser muy diversa y que en un mismo Servicio pueden convivir adolescentes de muy diferentes características, lo que va a requerir del Servicio la articulación de un entorno con vivencial de gran especificidad, al tiempo que muy flexible, que pueda sustituir al entorno familiar, o institucional previo, de cara a su adecuado desarrollo personal y social. Así mismo, debe ser un entorno muy estructurado, teniendo en cuenta la necesidad que tienen estos adolescentes, muy desestructurados en muchos niveles, a dicha estructuración. Tal y como recoge García (2015) es:

Algo que reclama el menor con este tipo de peculiaridad, ya que necesitan un marco de realidad totalmente estructurado. La planificación, el orden en los tiempos y la repetición de estos en la vida cotidiana tienen la capacidad de generar seguridad. Las variaciones injustificadas de las actividades y horarios, la

provisionalidad y la improvisación suponen tal incertidumbre que se convierten en un elemento de alteración emocional que dificulta el progreso terapéutico en los menores. (p.4)

Así mismo, existen gran variedad de Servicios que atienden a este colectivo, pudiendo ir desde Centros de Cumplimiento de Medidas Judiciales de Internamiento, a recursos de Acogimiento Residencial en las redes institucionales de Protección al Menor o Centros Convivenciales privados. En algunos casos estos Servicios son cuestionados metodológicamente, como afirma Galán (2013): “son muchos los centros específicos diseñados para atenderlos, con formatos y denominaciones muy variadas. Se trata de dispositivos muy cuestionados a nivel social y profesional, y se enfrentan a diversos problemas conceptuales, prácticos y jurídico-administrativos” (pp.23-41).

Al margen de las medidas que a nivel legal deben llevarse a cabo para velar por la “buena práctica” en estos dispositivos así como para garantizar los derechos de los adolescentes que conviven en ellos, respecto a la afirmación de Galán (2013), como medio de abordar las situaciones aludidas a nivel social y profesional, se plantea el constante cuestionamiento interno como proceso al que un Servicio de estas características debe someterse siempre, de tal modo que pueda organizarse, sea cual fuere su especificidad, con las garantías necesarias.

Muy relacionado con lo anterior, y aunque ya ha sido profundamente expuesto en los capítulos anteriores, pero es que afecta dramáticamente a la organización de los Servicios, y es el hecho de que se interviene sobre la desregulación emocional y conductual que conllevan violencia y transgresión, con lo que ello implica de impacto en quien es observador o destinatario de esa desregulación y violencia. Así, es muy posible que los Servicios acaben articulándose en base al sometimiento, a someter

masivamente la conducta visible a través de un determinado perfil de profesionales, o incluso de metodologías excesivamente centradas en el control conductual, olvidando que el control genera transgresión y que el conflicto genera conflicto.

De esta manera se corre el riesgo de articular el Servicio desde una desregulación del miedo (hacia el usuario), o de la ira (hacia sus conductas) y buscarla conformidad, el sometimiento, la adaptación de estos adolescentes, más que el desarrollo de una identidad consistente y la superación constructiva para el crecimiento personal de las dificultades actuales por las que atraviesan.

Además, en los últimos años a través de determinadas regulaciones legales, que parecen responder más a intereses profesionales de algunos colectivos que a las necesidades de los usuarios de estos Servicios, se ha producido un empobrecimiento del perfil profesional de quien puede trabajar en dichos Servicios, con el consiguiente empobrecimiento en las metodologías de intervención. El modelo propuesto necesita para su desarrollo adecuado de que en este tipo de Servicios se pueda contar con profesionales multidisciplinares provenientes, como mínimo, de todas las disciplinas que tienen que ver con las ciencias sociales y del comportamiento. Estos dispositivos deben de poder articularse en base a contener suficientemente cualquier tipo de desregulación emocional y conductual pero desde un profesional sensible, conocedor de sus características personales y de cómo interactúan éstas con las características personales de los adolescentes, preocupado y en interés constante por desarrollar nuevas competencias (conocimientos, habilidades, técnicas,...) y mejorar su disposición psíquica y desde una metodología de trabajo específica.

La propuesta organizativa derivada del modelo de intervención desarrollado en esta tesis, se especifica en base a ámbitos y áreas de trabajo que conectan con los diferentes

agentes institucionales, responsables últimos de los Servicios, y que vienen recogidos en sus diferentes protocolos. A diferencia, por ejemplo, de García (2015), que articula la intervención desde dar la importancia al papel del profesional de referencia, al Proyecto Educativo residencial e Individual y a la planificación educativa en todos sus estadios, a la resolución de conflictos, así como a las relaciones con la educación formal y la inserción socio laboral, que para el modelo son aspectos básicos, por supuesto, pero que se circunscriben más a lo individual-metodológico, que a lo organizativo de un Servicio de estas características.

Así, se presentan unas áreas de desarrollo que se abordan como una guía de carácter estructural que pueda facilitar un proceso de autorreflexión y autocuestionamiento. De este modo, en este capítulo, el tratamiento de muchos de los contenidos abordados en otros apartados adquiere una vertiente y una dimensión eminentemente menos teórico-técnica y más organizacional.

De esta forma, el modelo estructura los Servicios en relación a diez áreas sobre las que realizar organizativamente la intervención metodológica y práctica (Estalayo et al., 2014):

- 1) La evaluación de la situación personal del adolescente y de su familia.
- 2) El análisis de la demanda.
- 3) El papel del vínculo como elemento central de la relación educativo-terapéutica.
- 4) El papel del ambiente, la convivencia y la vida cotidiana en la intervención.
- 5) El tratamiento de la violencia.
- 6) La intervención individual.
- 7) La intervención grupal.
- 8) La intervención familiar.

9) La coordinación y el trabajo en red.

10) La disponibilidad en el Servicio de un modelo de intervención y una propuesta de itinerario educativo-terapéutico

El orden en el abordaje y tratamiento de cada una de estas áreas dependerá de las particularidades de cada Servicio (gestión, personal, colectivo que atiende, momento evolutivo del propio Servicio, recursos externos comunitarios disponibles, exigencias institucionales, etc.). El priorizar el trabajo sobre una u otra área estará en función de la especificidad del Servicio, puesto que dependerá de las necesidades inherentes que éste tenga en el momento en el que se active desde este proceso de autorreflexión. Generalmente, y de una manera lógica, los aspectos que dotan de una organización de carácter más estructural adquirirán mayor prioridad por servir de sustento a otros más específicos de la intervención/acción a posteriori, pero en todo caso, no se establece de una manera categórica un orden concreto en el abordaje de las áreas planteadas dejándolo abierto, de tal manera que permita cubrir necesidades específicas del Servicio y priorizar los contenidos que presenten mayor grado de funcionalidad.

Antes de comenzar a describir el contenido de cada una de las áreas, es importante tomar en cuenta que hay un aspecto común para todas ellas que tiene que ver con la toma de decisiones en lo que respecta a quiénes, cuándo y cómo se participará en el proceso de reflexión y organización propuesto. Para que un Servicio funcione con garantías de efectividad, es necesaria la implicación del mayor número de profesionales en base al puesto y funciones que desempeña dentro de la organización del mismo. Esto facilita que se comprenda, se comparta y se defienda cualquier aspecto a introducir, modificar, o mantener en lo que respecta a la organización propia en todos sus ámbitos, sin la necesidad de que éstos tengan que ser explicados, o contextualizándose de manera crónica.

2. AREA 1. EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN PERSONAL DEL ADOLESCENTE Y DE SU FAMILIA

En muchas ocasiones, la evaluación de la situación personal del adolescente y de su familia es un proceso previo al ingreso y se ha llevado a cabo por personal especializado. En otras ocasiones, el ingreso de un adolescente puede realizarse en la modalidad de urgencia debido al grave riesgo personal o jurídico que presentan sus conductas externalizantes, y esta evaluación puede realizarse por personal del propio dispositivo residencial o por equipos externos especializados según los casos.

Tanto si disponemos o no de una evaluación inicial, el modelo plantea una evaluación propia desde el dispositivo residencial mismo que tenga en cuenta evaluaciones anteriores, si las hay, pero contrastándolas, ya que, como menciona García (2015):

A la hora de evaluar se corre el riesgo de caer en la subjetividad, lo que nos puede hacer no reconocer nuestras limitaciones, evaluar acciones y protagonistas en vez del funcionamiento de las estructuras, el no cuantificar y quedarnos con aquello que tuvo mayor impacto o protagonismo pero, sobre todo, no hacer un feedback correcto que permita mejorar la calidad de nuestro trabajo. (p.11)

Es por ello que caben al menos dos aspectos previos a tener en cuenta:

- 1) Los adolescentes y/o las familias suelen en ocasiones ocultar información, minimizar sucesos, o simplemente no tener en cuenta ciertos contenidos cuando entran en contacto con agentes evaluadores institucionales que suelen ser percibidos, como extraños, intrusivos y peligrosos.
- 2) La intensa convivencia que permiten los dispositivos residenciales con la intensificación de los afectos que posibilita, permite contrastar las informaciones

aportadas por el adolescente y/o su familia, al tiempo que posibilita observar en el aquí y ahora las pautas relacionales disfuncionales, tanto si se minimizan, como si exacerbaban o varían. En estos dispositivos la atención es de 24 horas al día, 365 días al año, de manera que se genera un contexto natural en el que el adolescente se relaciona espontáneamente en situaciones cotidianas, posibilitándose la evaluación de problemáticas relacionales o trastornos vinculares, que suelen expresar síntoma en sus contextos de convivencia, a diferencia de lo que ocurre en contextos de carácter más ambulatorio, como podría ser la consulta con un especialista o un evaluador. Además, el hecho de que en estos Servicios también se trabaje con la familia, o con la red social de pertenencia, permite que se puedan valorar, así mismo, estas problemáticas en ese contexto, en el que igualmente se presenta el síntoma, controlando que no se reproduzcan isomorfismos relacionales, es decir, que no se reproduzcan en el Servicio las mismas dinámicas relacionales que se producen en los sistemas de referencia.

En todo caso, esta evaluación debe formar parte inherente del propio proceso de reflexión en el que tiene que concebirse el Servicio y debe ser un proceso continuo. Es por ello que podemos hablar de una vertiente temporal, diferenciando entre evaluación inicial, evaluación continua y evaluación final. Un adecuado diseño de estos tres tipos de evaluación permitirá:

- establecer el punto de inicio de la puesta en práctica de la intervención;
- contar con un sistema de control necesario para mantener, o corregir, lo que se considere pertinente en el Servicio; y,
- dotar de un adecuado sistema de ratificación del éxito o fracaso en los fines perseguidos al finalizar la intervención.

En este apartado se desarrollará lo referido a la evaluación inicial, puesto que la continua y la final se conciben como el re-examen de esta evaluación inicial en el momento medio y final de la intervención. De este modo, lo explicitado en estas líneas podría aplicarse en diferentes periodos en función del objetivo que se persigue con el propio proceso evaluativo.

Aclarar que a medida que se vaya abordando cada una de las áreas anteriormente enumeradas, siempre se planteará la evaluación como punto de partida.

Como ya se ha mencionado, abogamos por dedicar especial mención a la evaluación inicial del adolescente, su familia y el contexto social de pertenencia, partiendo de la premisa de que la intervención debe estar adecuada a sus características personales y a la problemática que presenta, y no al contrario. Tal y como afirma Hayez (2004), tiene que haber un proceso diagnóstico competente y éste debe aportar unos datos consistentes antes de que se decidan las orientaciones más importantes del programa: para llegar a un diagnóstico, a veces se pone (o se mantiene) al adolescente en observación residencial, en un contexto educativo de calidad, alejándolo de los problemas que ha desencadenado. Sin embargo, es aconsejable que se trabaje de manera intensiva, de manera que en dos, tres o cuatro semanas, o en todo caso en el menor tiempo posible, se adquiera al menos una impresión provisional suficiente. El contexto en el que se desarrollan este tipo de Servicios representa en sí mismo una oportunidad excepcional para realizar una sólida evaluación, la cual tiene un componente diagnóstico ineludible.

Los objetivos que se persiguen con una adecuada evaluación son los siguientes:

- Permitir un diagnóstico temprano diseñar un tratamiento individualizado “a medida”. Este diagnóstico no consistirá en la categorización en un trastorno psiquiátrico determinado bajo nomenclatura DSM-5, o CIE-10, sino que se

tratará de un diagnóstico relacional, es decir, de las formas propias que tiene de relacionarse con el mundo externo desde sus características personales, y de las dificultades que generan estas características personales al entrar en relación con las características personales de sus figuras de referencia adultas y del contexto social al que pertenece.

- No fijar el síntoma, ni reproducir el patrón relacional etiopatogénico, es decir, reconocer el significado que cobra el síntoma en la forma de relacionarse y no reproducir el mismo funcionamiento con él, que se produce en su contexto relacional de referencia.
- Posibilitar que en el adolescente y/o su familia se genere conciencia de problema (egodistonia) y conocimiento de sus propios recursos, es decir, posibilitar que conecte el síntoma patente con el sufrimiento psíquico y/o la dificultad social latente.
- Hacer una derivación ajustada a sus necesidades a los recursos externos adecuados en el momento oportuno, en caso de verse necesario.

Llegados a este punto es necesario identificar qué debería tenerse en cuenta en esta evaluación inicial. El modelo establece dos ámbitos específicos de valoración para el diagnóstico: el de desarrollo personal y el de desarrollo en contextos significativos.

En lo que respecta al ámbito de desarrollo personal, el modelo propone realizar una evaluación en relación a los siguientes contenidos:

- a) **Contextualización y duelo:** el adolescente conoce, o no, la causa de su presencia en el Servicio, su grado de responsabilización al respecto, emociones que aparecen relacionadas con ello, fase del duelo ante la separación familiar y de relaciones con iguales, y la existencia de duelos previos vivenciados, concluidos o no.

- b) **Biológico/corporal:** estado físico: presencia de alteraciones del sueño, existencia, o no, de consumos de tóxicos (de qué sustancia se trata, si es una sola sustancia, o se trata de un policonsumo, desde cuándo se da este consumo, cuánto consume, en qué contextos, creencias sobre lo que ocurriría si no consumiera, personas significativas consumidoras y emociones relacionadas con el consumo, etc.), conocimientos sobre sexualidad, hábitos básicos de higiene y alimentación, alteraciones psiquiátricas diagnosticadas, tratamientos específicos que esté llevando y medicaciones o pautas médicas establecidas.
- c) **Habilidades instrumentales:** grado de autonomía en la realización de tareas, hábitos de orden y limpieza, manejo y administración de los propios recursos, etc.
- d) **Cognitivo-Intelectual:** capacidades intelectuales básicas (memoria a corto y largo plazo, atención, etc.), lingüísticas (vocabulario, escritura y lectura), psicomotoras (motricidad y esquema corporal), de aprendizaje y capacidad y estilo de mentalización.
- e) **Psicosocial:** actitud ante la norma y la autoridad (en el entorno familiar, en el Servicio, en el ámbito escolar y en el comunitario: cumplimiento de normas, tipo de normativa cumplida o incumplida, causas atribuidas y aceptación, o no, de figuras de autoridad que aparecen en el ámbito), existencia de violencia y tipo de la misma (diferencial entre los diferentes parámetros a tener en cuenta.), habilidades de pensamiento (identificación y análisis de su problemática, atribuciones sobre ella, identificación y análisis de aspectos positivos y reforzadores en su vida, atribuciones sobre estos aspectos, y estrategias de afrontamiento), habilidades sociales, relaciones con iguales, con adultos y estilo de apego.

- f) **Afectivo-emocional:** estado de ánimo general, autoimagen y autoestima, roles recíprocos predominantes y problemáticos, emociones básicas (qué siente, qué identifica, reguladas, desreguladas e invalidadas), situaciones que afectan a su ánimo, necesidades afectivas observadas y dos aspectos de especial importancia y significación: 1º) identificar el tipo de violencia predominante (reactiva, instrumental, mixta tipo I, mixta tipo II); y 2º) discriminar o descartar la presencia de rasgos de insensibilidad social.

Muy importante a destacar en todos estos parámetros del **Ámbito de Desarrollo Personal** los recursos posibilitadores del cambio con los que cuenta el adolescente, su familia y la red social de apoyo de la que forman parte.

Tras el ámbito de desarrollo personal, y desde una concepción sistémica, se pasa a evaluar el ámbito de desarrollo en contextos significativos, en base a los siguientes contextos y contenidos:

- 1) **Contexto familiar:** tipo de relaciones mantenidas, estilos de crianza descritos por los diferentes miembros, personas positivas o negativamente significativas identificadas, emociones aparecidas en este ámbito, violencia aparecida en este ámbito, conductas de apego mostradas en los contactos, factores de riesgo y factores resilientes del sistema familiar, momento de aparición del síntoma y duración, ya que no presenta la misma gravedad, aun cuando las conductas sean similares, los trastornos de inicio en la infancia que los trastornos de inicio en edad adolescente.
- 2) **Contexto formativo-laboral:** estudios, nivel de competencia curricular, tipo de escolarización y apoyos recibidos, relaciones establecidas, actividades formativas desempeñadas e historia laboral, si la hubiera.

- 3) **Contexto de ocio y tiempo libre:** cómo lo ocupa, si es compartido con otros, iniciativa para organizarlo e intereses, habilidad relacional en el mismo, si se trata de un ocio consumista, etc.

Además del tipo de contenidos objeto de evaluación, es necesario hacer hincapié en el conocimiento sobre los instrumentos que se pueden utilizar para dicha evaluación. Se puede recurrir a herramientas ya existentes, o bien a instrumentos diseñados a partir de las peculiaridades del propio Servicio, en todo caso al margen de estas posibilidades en cuanto a su elaboración, el modelo sugiere la distinción entre las herramientas que tienen un carácter objetivo y las que, al contrario, presentan mayor subjetividad.

En lo que respecta a las pruebas de carácter objetivo (psicométricas), el planteamiento de la utilización de este tipo de pruebas tiene matices de especial innovación, puesto que en muchas ocasiones se ha desestimado su utilización por no considerarse el contexto de aplicación lo suficientemente terapéutico o clínico como para ello. Éstas son técnicas que se utilizan en todas las disciplinas de intervención y que permiten realizar evaluaciones con el grado de objetividad necesaria, permitiendo además algunas de ellas utilizarse en procesos medios o finales de desarrollo de la intervención, para poder evaluar de manera objetiva, por contraste de resultados en diferentes momentos, su evolución (evaluación continua y final), y por ello el modelo dota de un importante valor a su utilización también en el ámbito de estos Servicios.

Es de destacar que en la metodología de intervención derivada del modelo, los resultados aportados en las diferentes variables que miden estas herramientas de carácter objetivo no conforman, sin embargo, una visión inequívoca de la realidad del adolescente de la que vamos a partir en la intervención, sino que dichos resultados actúan como un elemento de corroboración de lo que se ha observado en el contacto diario de la vida cotidiana en el Servicio, es decir, sirven para, si sus resultados

concuerdan con las observaciones subjetivas, asegurarnos de que la evaluación parece acertada y, si discrepan, permitir reflexionar sobre el porqué de esa discrepancia e intensificar la reflexión y la observación con un punto de vista diferente y alternativo.

Herramientas hay muchas y miden lo mismo, a continuación se exponen los aspectos que deben evaluarse y las herramientas más adecuadas para realizar dicha evaluación, pero teniendo presente que es algo que está en constante proceso de cuestionamiento y cambio:

2.1. Herramientas de carácter objetivo, para evaluar:

- 1) la presencia de posibles signos que se encuentren en el origen de la desregulación: Inventario Clínico para Adolescentes de Millon (MACI; Millon, 1993) o la Entrevista de Apego en niños (EAN; Shmueli-Goetz, Target, Fonagy y Datta, 2008).
- 2) la mentalización en el contexto interpersonal: el Método para la Evaluación de la Mentalización en el Contexto Inter-Personal (MEMCI; Bilbao-Bilbao, Lanza-Castelli, Redondo, Torres-Gómez y Calvete, 2014).
- 3) las competencias verbales y manipulativas de inteligencia: la escala de inteligencia para niños de Wechsler revisada (WiSC-R; TEA, 1993) o la escala de inteligencia de Wechsler para adultos (WAIS-IV; Wechsler, 2008) según edad, y el test de Raven de matrices progresivas (Raven, Court y Raven, 1993).
- 4) el tipo de violencia predominante y concomitante al síntoma trasgresor y otros presentes: el Rivermead Post-Contusion Symptoms Questionnaire (RPQ; King, Crawford, Wenden, Moss y Wade, 1995), Questionnaire on Moral Attitudes Toward Aggression (CAMA; Lagerspetz y Westman, 1980) y Historical Clinical Risk-20 (HCR-20; Webster, Douglas, Eaves y Hart, 1997).

- 5) el tipo de impulsividad, trastornos de personalidad, relaciones sociales, y otros aspectos de mayor especificidad necesarios a tener en cuenta: la Escala de Búsqueda de Sensaciones (SSS; Zuckerman, Eysenck y Eysenck, 1978), el Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad (IPDE; López-Ibor, Pérez-Urdániz, y Rubio, 1996), la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11; Patton, Stanford y Barrat, 1995) y el cuestionarios de intereses vocacionales.

2.2. Herramientas de carácter subjetivo para evaluar:

- 1) El desarrollo personal: registros de observación individual, registros de conductas desadaptativas, registros emocionales.
- 2) El contexto familiar, las relaciones primigenias, los patrones familiares, acontecimientos biográficos vitales, el genograma familiar, la línea de vida, las entrevistas.
- 3) El contexto formativo-laboral: las pruebas de nivel de competencia curricular, los expedientes educativos y las entrevistas.

Tras lo expuesto, y como conclusión de este apartado, es necesario destacar la importancia que tiene el llegar a entender la dimensión subjetiva en este proceso de evaluación, no quedándonos en una tipificación del síntoma bajo la creencia de que en sí mismo éste es el objetivo de la intervención que se va a desarrollar. En palabras de Dio Bleichmar (2004):

Dada la diversidad de configuraciones psicológicas que puede adoptar la agresividad y el rechazo al funcionamiento normativo que presentan estos niños y adolescentes, necesitamos en el período de evaluación entender qué motivaciones sostienen sus comportamientos violentos y cuáles son las situaciones que actúan de activadores de tales comportamientos. (p.160)

3. AREA 2. EL ANÁLISIS DE LA DEMANDA.

A lo largo de capítulos anteriores ya se ha hecho hincapié en la importancia que tiene elaborar un adecuado análisis de la demanda que presenta el adolescente, su familia, la institución de quien dependemos y de los diferentes agentes intervinientes en el caso, de cara a delimitar los desacuerdos explícitos e implícitos que pueda haber en ellas y construir una demanda conjunta explícita, acordada, conocida y aceptada por todos. Sólo cuando esta demanda se haya formulado de forma conjunta es cuando podemos plantearnos iniciar una intervención, y debemos dedicar todo el tiempo y energías que sean necesarias a su configuración. De lo contrario, si no se trabaja con una demanda clara, desarrollada y consensuada, las dificultades, los conflictos y las desavenencias corren el riesgo de ser trasladadas a la intervención, contaminándola, de reproducir funcionamientos anteriores del adolescente y de la familia.

Una demanda desajustada o desviada del sufrimiento a paliar real, que en muchas ocasiones aparece sólo implícito, desviará también la propia intervención. Por tanto, éste es uno de los primeros pasos a dar en el inicio de la intervención y debiera estar finalizado en menos de un mes, coincidiendo con el tiempo que se da también para la evaluación. Como recoge Rodríguez (2006) haciendo mención a una estrategia concreta de aunar demanda, aunque puede haber muchas:

Otra alternativa es la reunión de red interinstitucional, una reunión con la familia y la red para discutir metas, progresos y planes. Se rastrean las distintas visiones de los problemas y soluciones posibles. Es necesario introducir reencuadres constructivos de visiones encontradas... Este foro provee oportunidades para la cooperación, la unidad de objetivos y el planteamiento conjunto de la intervención, pero también para la manifestación abierta de las diferencias. Dicho encuentro ofrece una oportunidad de reconocer y respetar la

heterogeneidad de sus agendas, roles y preocupaciones, así como poder reconocer la manera en que sus posiciones frecuentemente enfrentadas están interconectadas. El foro también contribuye a movilizar recursos de la familia al cambiar su experiencia de receptores desganados de intervención en un contexto adverso, a la de participantes constructores de su propio plan de intervención.

(p.19)

Así se entenderá como demanda la petición inicial de ayuda explícita que activa la intervención educativo-terapéutica, la cual requiere de una atención específica por representar la puerta de entrada a la intervención que se da en los Servicios.

Con respecto a la demanda específica que trae el adolescente y/o su familia, el modelo establece que en el Servicio se debe posibilitar un encuadre que permita considerar detalladamente la demanda, y traducirla en el espacio de relación educativo-terapéutico, de manera que se logren redefiniciones que posibiliten contener defensas y resistencias.

Este análisis puede ser parte de la propia intervención hasta que haya unas líneas comunes explicitadas que permitan la intervención sobre los aspectos que conectan al demandante con el verdadero sufrimiento a intervenir, y la inclusión de elementos de cambio funcionales. Cuando la demanda necesita ser analizada, el propio trabajo que se hace con ella puede ser entendido como intervención en sí misma, puesto que el tipo de demanda que se explicita, ya nos va a aportar importante información de la manera que tiene el sistema familiar de enfrentarse a aquellos aspectos que generan sufrimiento, y el trabajo de análisis sobre esto permite la conexión del demandante con el verdadero sufrimiento, lo que viene a llamarse toma de conciencia del problema, inicio del proceso egodistónico como paso previo necesario para activarse desde sí mismo y permitir la relación de ayuda.

En este sentido, conviene tener presente las aportaciones formuladas por Neuburguer (1984) en relación a los elementos de la demanda y sus modalidades. Hace hincapié en delimitar y diferenciar quién presenta el *síntoma*, quién manifiesta el *sufrimiento* y quién realiza la *petición de ayuda*. Con respecto a las modalidades de demanda establece que pueden ser:

- 1) **Mínima:** caracterizada porque en los miembros de la familia no existe ningún elemento de la demanda (síntoma, sufrimiento y petición de ayuda). En estos casos trata de construir una relación lo suficientemente segura como para que pueda aparecer una demanda, evitando los diagnósticos apresurados y mostrar un interés desmesurado, las actitudes mecánicas y burocratizadas y un interés extremo fiscalizador, pues se corre el riesgo de generar desconfianza y de cronificar el problema.
- 2) **Externa:** donde la familia niega el síntoma y el sufrimiento y la petición de ayuda es externa. Suele favorecer la intervención de la red institucional y los contextos de control. En estos casos se trata de buscar la participación de la familia, procurando que no se sientan culpabilizados o castigados.
- 3) **Masiva:** donde el síntoma, el sufrimiento y la petición de ayuda se sitúa en personas diferentes. Es propio de familias con crisis cronificadas. En estos casos se debe perseguir de nuevo generar una base segura que permita responsabilizar a la familia, limitando la delegación y procurando no juzgarla.
- 4) **Concreta:** donde el síntoma, el sufrimiento y la petición de ayuda se encuentra en la misma persona. En estos casos se precisa limitar las ansias de empezar a intervenir rápidamente y dedicar tiempo a entender lo que está ocurriendo.

Así mismo, siguiendo a Abeijón (2013), también es importante realizar un buen análisis previo de las características de la demanda y de la posible patología en la misma, pues ésta suele requerir una reformulación, ya que no siempre es expresada en términos viables y/o apropiados pragmáticamente. Además, debemos analizar adecuadamente las características de los agentes que intervienen en el contexto de ayuda (demandantes e intervinientes), puesto que si la demanda repercute, las respuestas que se dan en el contexto de ayuda también repercuten, modificando significados.

De aquí la importancia de que el profesional, como agente consciente de su repercusión en la intervención, se conozca, se analice y se ponga en la relación con la preparación suficiente como para no sesgarla, de manera que pueda elaborar respuestas específicas frente a los diferentes tipos de demanda. Así, se trataría de intervenir, según Abeijón (2013) refiere:

Frente a lo implícito, buscando claridad; frente a lo incongruente, mostrando lo indefinido; frente a lo incomprensible, deteniéndose ante lo que falta; frente a la obligación, buscando el protagonismo del paciente; frente a la contaminación, separando en secuencias; frente al desafío, desafiar ganando; frente al desplazamiento, abriendo el foco; y frente a lo dramático, dando tiempo. (p. 74)

4. AREA 3. EL PAPEL DEL VÍNCULO COMO ELEMENTO CENTRAL DE LA RELACIÓN EDUCATIVO-TERAPÉUTICA.

De las diez áreas a tener en cuenta a la hora de organizar el Servicio, ésta tercera área es la que cobra más relevancia desde el modelo propuesto. No se trata de extenderse en las características de la población que se atiende ni en el contexto de la intervención, porque ya se ha referenciado extensamente en otros apartados, no obstante es necesario

volver a recordar y tener presente que se trabaja en escenarios de involuntariedad ya que en todos los casos, o los adolescentes no han pedido nuestra ayuda, no la quieren y somos para ellos unos auténticos extraños, pero incluso, aun cuando hayan pedido ayuda, la que se ofrece no es precisamente la que desean o la que esperaban, o se muestran ambivalentes en esta petición durante el proceso de la intervención.

Además, también en todos los casos, estos adolescentes vienen de escenarios vinculares con adultos próximos que han resultado problemáticos y fracasados, y que no han podido establecer patrones relacionales con ellos no generadores de problema y de sintomatología, ya sea esta predominantemente externalizante, o predominantemente internalizante.

Una de las casuísticas más graves en este escenario vincular, y también muy presente en este tipo de Servicios, hace referencia a los trastornos reactivos, o trastornos del vínculo, donde el adolescente cada vez que empieza a vincularse y a segurizarse con una figura adulta, fruto de los fracasos y vivencias de abandono por parte de figuras adultas significativas anteriores, siente la necesidad constante de ponerla a prueba y también su implicación hacia ella, en una constante y recursiva interrogación de si verdaderamente va a estar ahí, de si va a ser capaz de sostenerlo cuando lo necesite, independientemente de lo que pase en la relación. En la mayoría de las ocasiones, poniendo a prueba el vínculo a través de conductas disruptivas que precisan del parón decidido, sensible, predecible, segurizador y clarificador del adulto.

Como afirma Galán (2014):

La carencia afectiva puede implicar al mismo tiempo una búsqueda de lazos interpersonales, dando lugar con ello a una actitud ambivalente ante el profesional, lo que demanda de éste paciencia, sensibilidad y en ocasiones

mucha creatividad para poder establecer un contacto emocional mínimo que permita iniciar y/o continuar la intervención. (p.207)

Esa paciencia, sensibilidad y creatividad no son sólo necesarias para el establecimiento del contacto emocional, sino lo que es más importante, para mantenerlo y profundizarlo.

En esta línea Jeammet (2002) nos recuerda que en el proceso, de hacerse adulto y de necesariamente separarse del adulto, tan característica de la etapa vital de la adolescencia, el adolescente, cuanto más necesita del adulto más necesidad tiene de establecer conflicto con él. Así mismo, pone en evidencia que en este camino de conflicto con el adulto hacia la separación y la construcción de su identidad, el adolescente puede transitar hacia la constructividad (en lenguaje prosaico, hacia una vida social que le vaya bien), o hacia la destructividad (en lenguaje prosaico, hacia una vida social de problemas), y que ello va a depender del tipo de respuesta que dé el adulto a ese desafío.

Otros autores hacen mención a esta misma idea, pero atendiendo a las ansiedades claustrofóbicas y agorafóbicas propias de esta etapa adolescente. De esta forma, Tió et al. (2014) hablan de las mismas como fruto de que “coexisten en esta etapa aspectos infantiles todavía presentes de forma natural con las capacidades adultas que van apareciendo gradualmente” (p.96). Un vínculo seguro les permite depositar en la relación con los adultos significativos los aspectos más infantiles porque son las dinámicas que tienen instauradas desde la infancia y porque es lo que esperan de esos adultos, que contengan esos aspectos infantiles de los que todavía no pueden hacerse cargo, de forma que ello les permita probarse como adultos en otros escenarios.

Por tanto, el establecimiento del vínculo no es el fin, el propósito de la intervención, sino el elemento necesario para que pueda surgir el cambio en los aspectos

disfuncionales y la construcción de una identidad “*lo suficientemente buena*”, teniendo en cuenta la ya mencionada zona de desarrollo próximo. Y esto es importante tenerlo en cuenta porque no es extraño observar que en situaciones de crisis entre adolescentes y profesionales, que hacen necesario el ingreso del adolescente en un dispositivo diferente, el profesional de referencia insista en el “*buen vínculo*” que mantiene con el adolescente. Debemos tener presente que en nuestra labor profesional el vínculo no debe ser una mera conexión, lazo o unión afectiva con la otra persona, sino que estamos hablando de vínculo *educativo-terapéutico* y que, por tanto, para que ese lazo afectivo cumpla su función debe generar una disminución del malestar en el adolescente y en sus conductas problemáticas.

A modo de resumen, desde la intervención debemos tener en cuenta que el vínculo:

- 1) Se explica desde la interacción de factores individuales propios del adolescente, *que no tienen base patológica* y que guían la forma de establecer la relación con cada uno de ellos para construir un vínculo educativo-terapéutico adecuado y acorde a sus peculiaridades.
- 2) Pasa por tener unas características que le dan el componente terapéutico: contenedoras y validantes. Contener y recoger lo que el adolescente deposita en el profesional de manera inconsciente y que reconozca la emoción, que dé permiso a la emoción conectándola con el aspecto que le hace sufrir.
- 3) Basado en un profesional que actúa como referente y que mantiene el equilibrio en la intervención, aunque se produzca violencia o desregulación, es decir, que interviene sobre la inestabilidad desde su estabilidad, al tiempo que genera relaciones buenas.

5. AREA 4. EL PAPEL DEL AMBIENTE, LA CONVIVENCIA Y LA VIDA COTIDIANA EN LA INTERVENCIÓN.

Ya hemos mencionado que los Servicios residenciales posibilitan una intervención privilegiada puesto que se trata de dispositivos de alta intensidad, en la mayoría de los casos de 24 horas del día, todos los días del año. La labor que en ellos se desarrollase circunscribe al ámbito de *la educación no formal* en el trabajo terapéutico. Como señala García (2015):

Las personas, como miembros de una sociedad aprenden las claves de su cultura no sólo en la escuela sino también en la suma de espacios, procesos, instituciones y relaciones personales donde transcurre su vida, en los que recibe mensajes y propuestas, elabora códigos e interpreta normas sociales que engloban no sólo los conocimientos como tales, sino también creencias, valores, saberes, habilidades, aptitudes y sentimientos. (p.2)

Para Sirvent, Toubes, Santos, Llosa y Lomagno (2006) estos aspectos se formalizan precisamente a través de la educación no formal, así cualquier área problemática de la vida cotidiana acaba formando parte del currículum social, sobre el que se trabajará en las distintas experiencias socioeducativas.

El modelo propuesto también comparte las reflexiones que Alicante (2013) recoge en cuanto a la práctica en la Comunidad Terapéutica “*Manuene*” con drogodependientes, en lo que a trabajar con la globalidad de la personase refiere y con la desestructuración que presenta consigo mismo y con las relaciones que mantiene con los demás, utilizando la vida cotidiana y las relaciones grupales como escenario en *el aquí y ahora* donde el adolescente actúa sus dificultades personales y relacionales, posibilitando un trabajo re-constructivo y co-constructivo de las mismas en relación con los profesionales del Servicio y con el resto de usuarios del mismo.

De esta manera, estos escenarios posibilitan que, en torno a graves desregulaciones en situaciones aparentemente banales, se genere una oportunidad magnífica y privilegiada de poder poner palabras en torno a situaciones actuadas en presencia de un profesional, y por tanto traídas a la relación recordadas en conversaciones *ad hoc* de episodios pasados, con sus sesgos narrativos, a aspectos tales como: la imagen que intenta dar ante el grupo, fallas identitarias, posibles sentimientos de humillación, dificultades de relacionarse desde sus características personales con las características del profesional con el que ha surgido el conflicto, reminiscencias de lo que ha ocurrido con situaciones vividas en el pasado en relación a figuras vinculares significativas, etc. En otras palabras, de lo actuado (de forma consciente, más instrumental; o inconsciente, más reactivo) pasar a lo narrado, es decir, introducir conciencia y reflexión.

No podemos pasar por alto que estos escenarios deben posibilitar generar un espacio que refleje el funcionamiento de un ambiente familiar que resulte funcional y nutricional, recordar la definición de *ambiente validante* de Linehan (2003) para los miembros que lo componen, favoreciendo su desarrollo personal, su autonomía y la adecuación a la norma y el funcionamiento social mayoritario, y que el adolescente pueda trasladar a su familia de referencia cuando pueda incorporarse a la misma. De ahí también la importancia de involucrar a la familia en la intervención.

Un ambiente nutricional como el que este tipo de Servicio debe alentar debe estar regido, entre otras características, por:

- La expresión de adecuada de afectos coherentes a las situaciones que se viven.
- La capacidad de regular el funcionamiento relacional desde la conexión con el estado mental subjetivo propio y ajeno.
- La preocupación y el interés genuino por lo que le pasa al otro.

- La generación de mecanismos que permitan resolver los problemas, no desde el individuo aislado, sino desde todos los miembros implicados en la convivencia.
- La potenciación de las capacidades y recursos personales de la persona para dar respuesta a las dificultades que van a ir surgiendo en su vida.
- El favorecimiento de la regulación social a través de la regulación de los comportamientos que se apartan de la norma social.
- El establecimiento de una estructura y un funcionamiento que favorezca la estructuración personal y la regulación emocional.
- Compartir un sistema de valores y una mitología a partir de la cual establecer las reglas y roles que van a regir el funcionamiento de cada uno de sus miembros.

Así mismo, el Servicio debe estar fuertemente estructurado, puesto que esta estructuración favorece de forma simbólica y metafórica la estructuración personal de los adolescentes que conviven en ellos. De esta manera, el día a día debe estar estructurado en sus tiempos en base a actividades grupales, momentos organizados de ocio, rutinas diarias, etc., previamente establecidas y conocidas por todos. Las rutinas securizan, establecen orden y relajan ansiedades, puesto que permiten prever y eliminar las incertidumbres.

Hay que tener presente que la generación de un ambiente de estas características ya es de por sí un elemento terapéutico y debe ser un objetivo prioritario en la organización del Servicio. Si existe un ambiente tranquilo y regulado, cuando ingresa un adolescente desregulado en él, el propio ambiente interviene para regularlo, pues convierte en inoperativo el funcionamiento del adolescente. Y al contrario, si el ambiente es tenso y prevalece el conflicto, aun cuando ingrese en él un adolescente tranquilo, este

adolescente se desregulará y presentará alteración conductual como forma de adecuarse a las exigencias relacionales que ese ambiente le plantea.

6. AREA 5. EL TRATAMIENTO DE LA VIOLENCIA.

Como resulta obvio, la organización de un Servicio de estas características debe configurarse en torno a la problemática principal para la cual ha sido diseñado y debe proporcionar una respuesta eficaz ante ella. Desde el modelo propuesto, se trabaja con la desregulación emocional, que puede adoptar en lo conductual muchas formas pero cuyas formas más graves, por el impacto que produce en el profesional y en el resto de los adolescentes, son la agresividad y la violencia, como ya hemos visto en el capítulo dedicado a estos contenidos.

El trabajo con la agresividad y la violencia, apela a las *competencias* del profesional, es decir, a sus conocimientos teóricos sobre ambas, a sus herramientas metodológicas, al bagaje técnico en general, pero sobretodo, apela a las *actitudes* del profesional, es decir, a su disposición psíquica cuando entra en contacto con ellas.

Y aquí entramos en una materia delicada y en un aspecto que a veces es difícil de entender para un profesional que trabaja en la relación de ayuda, pero que debe ser una máxima en la práctica: “no se puede pretender ayudar en todo, no se puede pretender ayudar a todos. No se puede pretender ser útiles en todo y no se puede pretender ser útiles a todos”. Ello se fundamenta en la idea de Laplanche y Fontalis (1996) de que ningún analista o profesional va más allá de lo que le permiten sus propios complejos y resistencias internas. Es una realidad que hay profesionales que pueden ser muy válidos trabajando con niños oncológicos, pero no con adolescentes violentos, y viceversa, profesionales que son muy válidos trabajando con adolescentes violentos, pero que no

lo serían con niños oncológicos. Y esto tiene que ver con el concepto psicoanalítico de la contratransferencia que Laplanche y Fontalis (1996) definen como “la influencia del enfermo sobre los sentimientos inconscientes del médico” (p.84) y el manejo de la misma.

Es por ello que la organización de un Servicio de estas características debe tener muy presente la selección del personal que debe desarrollar su labor en ellos y la composición de los equipos de trabajo. La organización del Servicio debe garantizar que en todo momento los profesionales que atienden a este tipo de adolescentes van a poder responder de forma profesional, eficaz y eficiente a todas las situaciones en las que se produzcan desregulaciones emocionales y conductuales que cursen con violencia, transgresión o desafío, pero no de cualquier forma, sino no reciprocando, no participando en el patrón relacional disfuncional del adolescente, como ya se ha explicado en capítulos anteriores.

Esta respuesta eficaz, eficiente y profesional no sólo va a depender de las características del personal, sino que además deben tenerse en cuenta otros aspectos que resultan imprescindibles y que la organización del Servicio debe garantizar, como son:

- 1) Una metodología y una práctica que permita la adecuada comprensión del aspecto relacional de la conducta violenta y que todo acto de violencia tenga una respuesta adecuada, entendiendo por respuesta adecuada aquella que garantiza que la conducta violenta va a disminuir o desaparecer. Y es que en muchas ocasiones se implementan respuestas que para los profesionales pueden parecer respuestas adecuadas momentáneamente, pero que no disminuyen la conducta violenta. En estos casos no se han alcanzado, por tanto, una respuesta adecuada.
- 2) Unos protocolos de actuación, conocidos por todos, que dirijan la respuesta de los profesionales y del contexto

- 3) La no intervención de personal de seguridad en situaciones de violencia. Esto se consigue a través de una adecuada ratio de profesionales-adolescentes, intensificando la presencia de profesionales en los momentos que coincide con mayor presencia de adolescentes, invistiendo al personal auxiliar (administrativos, cocineros, personal de mantenimiento, psicólogos, etc.) con funciones educativas a través de una formación específica, etc.
- 4) Espacios y materiales adecuados a la intervención con violencia: material anti-vandálico, espacios convivenciales diferenciados y que permitan aislar las situaciones de violencia, etc.
- 5) Espacios de supervisión, tanto interna, como externa, donde se recojan de manera sensible, comprensiva y se trabajen las angustias, temores y dudas de los profesionales.

7. AREA 6. LA INTERVENCIÓN INDIVIDUAL.

La intervención individual es la modalidad básica de ayuda y de intervención que, en líneas generales, porque ya ha sido trabajado en otros apartados, persigue:

- Modificar escenarios de involuntariedad hacia la intervención en escenarios de implicación voluntaria en la misma.
- Pasar de un estado egosintónico con lo que le pasa en el adolescente, a un estado egodistónico.
- Propiciar un cambio de los patrones relacionales y del manejo del malestar que posibilite un ajuste más eficaz del adolescente en sus entornos de pertenencia.

Esta intervención individualizada está protocolizada en el funcionamiento del Servicio través de la figura del “tutor o tutora”, o también del “educador o educadora de referencia”. El funcionamiento más común suele establecer que este profesional de referencia se asigne desde el momento mismo del ingreso del adolescente en el Servicio, o en ocasiones incluso antes, una vez que se tiene conocimiento de la próxima entrada del adolescente y se reciben sus diferentes informes de valoración o de información de su situación.

El modelo propuesto establece que la asignación de este profesional de referencia se produzca en torno a la primera semana de la estancia del adolescente en el Servicio. La lógica de esta modalidad organizativa estriba en que se considera preferible tener pronto un profesional de referencia aunque sea sobre un primer conocimiento, a sabiendas de que es provisional y tentativo. Ello favorece un acompañamiento inicial del adolescente y una inducción en el Centro en sus aspectos convivenciales y de funcionamiento cotidiano. Favorece que las ansiedades iniciales se rebajen y permite al adolescente disponer de una figura que le resuelva dudas de funcionamiento. La observación de sus características personales y de sus patrones relacionales predominantes lleva tiempo, alrededor de un mes. Tras la misma, se decide la persona más adecuada como profesional de referencia desde sus características personales y de su manejo de ciertas relaciones.

No obstante, hay que aceptar que la relación con el adolescente atravesará momentos de mayor o menor conflicto, pero que la presencia de este conflicto en la relación es un buen predictor de la funcionalidad del vínculo y de la relación de ayuda que se está estableciendo, ya que es imposible el cambio sin crisis (Jeammet, 2011) y, como ya hemos visto, la segurización en el apego puede favorecer que el adolescente deposite sus ansiedades claustrofóbicas en esa figura. En todo caso, sólo se prevé la sustitución

de esta figura, que siempre supone un momento de crisis en el profesional y en el propio adolescente, en dos escenarios:

- 1) Que por un mal manejo de ciertos componentes el profesional de referencia no pueda evitar no reciprocitar, es decir, no pueda evitar entrar en relación desde los patrones relacionales disfuncionales del adolescente y que están en el origen de su estancia en el Servicio; y
- 2) seguramente muy relacionado con lo anterior, que el profesional de referencia no sea capaz de percibir recursos personales en el adolescente y en su entorno familiar posibilitadores del cambio.

Por lo general, esta intervención individual suele estar protocolizada en un aspecto más formal en el formato de *entrevista*, que por regla general suele concebirse como un espacio psico-educativo, sin embargo, en el modelo se concibe más más como una psicoterapia de apoyo, donde el profesional de referencia y el adolescente se encuentran para “hablar de sus cosas”. Este “hablar de sus cosas” se circunscribe a:

- 1) Abordar sucesos de la vida cotidiana que requieren una reflexión y a los que el adolescente o el profesional de referencia otorgan importancia.
- 2) Detectar los patrones relacionales disfuncionales conversando en ese espacio desde el no reciprocitar para generar patrones relacionales más adaptativos.
- 3) Favorecer la generación de egodistonia y la toma de conciencia de los recursos propios.
- 4) Favorecer el proceso de responsabilización, la petición de ayuda y la adhesión a los tratamientos que se propongan.

Y aunque hay muchas formas de poder llevar a cabo éste “hablar de sus cosas”, el modelo propone hacerlo desde dos modalidades que aunque ya han sido explicadas con anterioridad, conviene volver a recordar aquí:

- 1) La **aclaración y confrontación**, como técnicas básicas de origen psicodinámico que eluden el contenido interpretativo y que permiten parafrasear, parar y rebobinar, expresar que no se comprende bien lo que dice y confrontar discrepancias en el discurso, recogiendo cualquier malestar que ello pueda producir.
- 2) La **contención y validación emocional**, técnicas que se pueden implementar a continuación de las anteriores, dentro de un mismo encuentro y que junto con ellas suponen las coordinadas técnicas de entrevistas iniciales o de arranque de otras posteriores en el proceso del adolescente.

Por otra parte, la asignación del profesional de referencia es un acto organizativo del Servicio, que tiene su lógica dentro de la metodología y la intervención, pero que en muchas ocasiones no significa que esa persona ocupe el papel más importante en el mundo afectivo relacional del adolescente en el Servicio, es decir, el adolescente puede preferir los espacios de intimidad y confidencialidad con otro u otros miembros del equipo profesional. Esto en ocasiones es mal vivido por los profesionales, pues suele llevarles a cuestionarse profesionalmente, sin embargo, desde el modelo es un hecho natural, lo importante es que el adolescente sepa manejarse y sepa crear una relación propicia. En todo caso, la organización debe proveer de las herramientas necesarias para que el profesional de referencia disponga de toda la información sobre el adolescente que tiene asignado, aun cuando ésta haya sido facilitada a otro miembro del equipo educativo.

8. AREA 7. LA INTERVENCIÓN GRUPAL

Se trata de otra de las modalidades de intervención habituales en este tipo de Servicio y que ofrece numerosas posibilidades, pero también dificultades. La mayor dificultad radica en lo heterogéneo del perfil de los adolescentes que residen en estos dispositivos. Aun cuando es cierto que hay Servicios específicos para un determinado tipo de problemática (un caso habitual son los Servicios específicos para casos de violencia filio-parental), lo normal es que bajo la denominación de “problemas de conductas” convivan un abanico amplio de adolescentes que, no pudiendo residir en unidades psiquiátricas porque no tienen patología psiquiátrica, o la que presentan no aconsejan el ingreso en este tipo de dispositivos salvo de forma puntual en momentos de crisis, y no pudiendo ser acogidos en centros de justicia juvenil porque no tienen interpuestas medidas judiciales privativas de libertad, presentan desregulación emocional y/o conductual, con perfiles tales como: trastornos adaptativos, trastornos reactivos, trastornos del espectro autista, TDAH complicados, trastornos bipolares, trastornos esquizoafectivos, trastornos de personalidad, trastorno disocial, menores extranjeros no acompañados, indisciplina, la ya mencionada violencia filio-parental, etc., y además con una variación de edad importante, puesto que cuando hablamos de estas edades (entre los 13 y 18 años), un año de diferencia representa una frontera importante en cuanto desarrollo cognitivo y madurativo a todos los niveles.

De esta forma, el trabajo grupal no debe ser una acción encaminada a trabajar siempre conjuntamente con todos los usuarios del Servicio, sino que debe planificarse en base a las capacidades que presentan los adolescentes en los siguientes parámetros fundamentalmente:

- Nivel cognitivo.

- Capacidad de mentalización y del uso de esa capacidad en beneficio propio y del otro.
- Tipo de violencia predominante: más reactiva o más instrumental.

Dentro de los diferentes espacios grupales que se pueden crear, teniendo en cuenta que siempre se va a trabajar con grupos abiertos debido a las constantes incorporaciones y salidas de adolescentes, el modelo propone:

- 1) **Grupos específicos** basados en los desarrollos de la terapia Dialéctico-Conductual, de la Psicoterapia basada en la Mentalización, o de la Psicoterapia Cognitivo-Analítica. Se trataría de grupos bajo la guía de uno o dos profesionales que abordan dificultades o sucesos que acontecen en el día a día del Servicio, o que ocurren en el mundo relacional externo de los adolescentes, trayéndolo al aquí y ahora del grupo, buscando no sólo el eco y la repercusión del adolescente de que se trate, sino también las resonancias que se despiertan en los otros adolescentes de pasajes de su vida y de sus relaciones, aprovechando el suceso del otro. Y todo ello partiendo de la premisa de que lo que proviene de un igual va encontrar mayor relevancia que lo que proviene del adulto.
- 2) **Grupos de entrenamiento en habilidades sociales y para la vida**, pero discriminando los perfiles de carácter más instrumental, por cuanto que no sería positivo el entrenamiento en este tipo de habilidades con este perfil, ya que como señalamos en el capítulo de las fases de la intervención lo único que conseguiríamos sería convertirlos en más hábiles en su instrumentalización.

9. AREA 8. LA INTERVENCIÓN FAMILIAR.

El modelo propuesto no concibe la intervención individual sin la intervención también con la familia y, en las ocasiones en que sea posible y accesible, también con la red social del adolescente.

Como se ha dejado patente a lo largo de los capítulos anteriores, y explicado al hablar de la amenaza a la identidad, es relativamente fácil conseguir cambios comportamentales y relacionales en los adolescentes dentro de dispositivos residenciales, lo realmente complicado es conseguir que hagan extensibles esos logros a sus sistemas relacionales de pertenecía. Es por ello que es una realidad que, si la familia no cambia, los logros del adolescente no puedan sostenerse cuando vuelva a ella, o surjan fuertes recaídas.

Por tanto, no hay que olvidar que los profesionales, van a desaparecer en algún momento de la vida de estos adolescentes, pero lo que siempre va a estar presente en sus vidas es la familia. De hecho, es también una realidad que muchos de estos adolescentes, a pesar de haber permanecido durante largo tiempo (incluso años) en acogimiento residencial porque la situación familiar no reunía las condiciones necesarias para cubrir sus necesidades básicas a cualquier nivel, acaban volviendo, por múltiples y diferentes razones, al entorno familiar a pesar de que esas condiciones no hayan sufrido variaciones significativas.

Por esta razón, la intervención no puede ser concebida únicamente centrada en, o a través del abordaje del seguimiento educativo, que en numerosas ocasiones además se puede dar con un carácter de control en los momentos de las salidas y/o visitas del adolescente con sus familiares, fruto del régimen de visitas y/o salidas que tenga establecido institucionalmente, y que forma una parte importante del día a día en la intervención desde estos dispositivos.

Para el modelo no existen familias “difíciles”, familias “resistentes”, progenitores “tóxicos”, existen simplemente familias y progenitores, cada una con sus características y peculiaridades siempre distintas. No se trata de una propuesta ingenua o de negación de la realidad, sino que se trata de una propuesta auto-responsabilizadora, puesto que sitúa en el campo de actuación de la intervención de los profesionales la solución a las dificultades, es decir, si la dificultad radica en nosotros, la solución a la misma también. Situar la dificultad en la familia, sobre la que no tenemos control, aboca a que la solución sólo puede ser que ella cambie, pero si no lo hace, la intervención sobre ella se torna imposible o pueden aparecer conflictos bizarros.

Desde el modelo la forma de entender la intervención con familias en estos Servicios, pasaría por una propuesta no educativa, sino por una psicoterapia de apoyo, entendiendo ésta como una psicoterapia que aborda aspectos más básicos que una psicoterapia al uso, pero que son indispensables para que se genere el cambio, en nuestro caso: a) generando conciencia de problema, b) aumentando la capacidad de mentalización de los miembros y c) buscando la co-responsabilidad en la solución de las dificultades que atraviesan.

Todo ello, como ya se ha explicado, desde la combinación de ideas del modelo sistémico y de la terapia basada en la mentalización con familias, con el objetivo último de que la familia esté dispuesta a solicitar ayuda en los recursos que ofrece la red institucional a tal efecto y que son complementarios a la labor desde el Servicios (programas de intervención familiar, terapia familiar externa pública, o privada, etc.).

Al ser éste un aspecto fundamental de nuestra intervención, la organización del Servicio debe llevar a cabo acciones que la posibiliten y que consigan la máxima eficacia con la mayor eficiencia, estas acciones consisten en:

- 1) Establecer reuniones periódicas en el propio Servicio con la familia, pero otorgando un papel casi de co-terapeuta a esta como vía para obtener su responsabilización, con los objetivos de obtener información relevante sobre el problema, consensuar la intervención que se va a realizar con el adolescente, sondear su opinión, conocer las dificultades que pueden observar para poder llevarla a cabo, solicitar su apoyo en la misma, etc.
- 2) Facilitar una formación específica a todos los profesionales en intervención con familias.
- 3) Trabajar en co-terapia entre el profesional de referencia del adolescente y el profesional o profesionales de referencia de la familia
- 4) Desarrollar “experiencias de éxito” con los adolescentes y sus familias, tal y como se explicó en el capítulo acerca de las fases de la intervención.
- 5) Asumir temporalmente el control de la conducta del hijo o hija, pero llevando a cabo estrategias cada vez más empoderadoras de la autoridad de los progenitores.
- 6) Favorecer tiempos y acciones educativas con apoyo de profesionales en el ámbito familiar.
- 7) Favorecer la coordinación con los agentes institucionales de la red que trabajan específicamente con familias y ajenos al Servicio, buscando trasladar la intervención en esos espacios a la intervención educativa del Servicio.

10. AREA 9. LA COORDINACION Y EL TRABAJO EN RED.

La problemática que presentan estos adolescentes es de una complejidad y una diversidad que hace inviable su abordaje por parte únicamente de los profesionales del Servicio, haciéndose necesaria la colaboración y la participación de otros agentes de la red institucional, especialistas en diversas áreas. Es por ello que necesariamente hay que abordar la coordinación y el trabajo en red, con las posibilidades, pero también con las dificultades que ello conlleva.

Como primer apunte, por coordinación y trabajo en red profesional, orientado y útil se entiende el trabajo coordinado de todos los agentes que intervienen con el adolescente y su familia, debiendo todos compartir necesariamente objetivos comunes, favoreciendo la unidad de acción y no la fragmentación, de tal manera que como señala Gómez del Toro (2006):

El diagnóstico interinstitucional debe de convertirse en la pieza clave del eje vertebrador del proyecto de trabajo que se va a realizar con el adolescente. En este sentido, lo que se viene a defender son aquellos aspectos que están afectando a más de una faceta en la vida de ese adolescente y desde las distintas instituciones trabajar para cambiar dichos aspectos. (p.5)

En la mayoría de las ocasiones, muchos de estos adolescentes han pasado por profesionales de diversos ámbitos antes de ingresar en un Servicio de estas características. Es por ello que se hace precisa una evaluación de cuál ha sido la relación de ese adolescente y/o su familia con los sistemas amplios a los que pertenecen esos profesionales. Ello con una serie de propósitos que van a ser fundamentales en la intervención en este apartado, y que como señalan Speck y Attneave (1974) se concretan en:

- 1) Ver el lugar que ocupan los Sistemas amplios en la vida del adolescente y su familia.
- 2) Ver formas de ingresar en el adolescente y la familia que no reproduzcan intentos anteriores ineficaces.
- 3) Crear y mantener con el adolescente y la familia una relación nueva e imprevista.
- 4) Mantener relaciones viables con los diferentes profesionales del resto de los sistemas amplios.
- 5) Conocer los elementos de la red familia sistemas amplios que por el momento son imposibles de cambiar (por ejemplo, vuelta de un hijo o hija al hogar).
- 6) Apoyar y llevar a cabo intervenciones en la relación familia sistemas amplios cuando se ha determinado que ése es el nivel donde hay que intervenir.
- 7) De no llevar a cabo esta intervención, tal y como recoge Herrero (2008), se corren una serie de riesgos que dificultan, e incluso en muchos casos hacen inviable, una intervención eficaz y funcional.
- 8) La parcialización de los Servicios, que en muchas ocasiones se encuentran fragmentados y no actúan de forma coordinada.
- 9) La urgencia y la presión, que favorece que los profesionales den una respuesta rápida sin haber hecho una adecuada valoración y trabajo sobre la demanda.
- 10) La falta de diagnóstico, que fruto de lo anterior propicia que se apliquen recursos inadecuados o se planteen objetivos imposibles.

- 11) El pseudoacuerdo, que posibilita trabajar como si hubiera un acuerdo entre los diferentes agentes en el problema a tratar, los objetivos y la metodología a implementar, cuando en realidad no es así.
- 12) La dilución del proceso familiar, que desresponsabiliza a la familia y ésta deja que otros hagan por ella.
- 13) Las triangulaciones entre Servicios, generándose sistemas a tres bandas con la familia que conllevan mensajes contradictorios y enfrentamientos entre profesionales.
- 14) Los isomorfismos, o lo que es lo mismo, reproducir los profesionales las pautas relacionales disfuncionales que se producen en la familia y que están en el origen del problema con el adolescente.
- 15) Las relaciones disfuncionales, por sentimientos de incompreensión, o por sentirse mal tratados, tanto de la familia, como de los profesionales.
- 16) La competitividad entre Servicios, por problemas de competencia, de jerarquías, etc.

Fruto de estos riesgos, es posible en ocasiones observar familias con muchos agentes intervinientes; familias con agentes intervinientes durante generaciones, donde el agente casi parece un miembro más de la familia; familias desactivadas que esperan que los profesionales hagan por ellos; aumento de la problemática relacional a pesar de una gran cantidad de profesionales interviniendo, etc.

Todo ello nos sitúa en la necesidad de generar modalidades cooperativas de trabajo y para ello es necesario que los profesionales que intervengan tengan presente que, como recoge Rodríguez (2006):

- Que el profesional debe tener la convicción de necesitar contar con el otro porque solo no puede.
- Que todos somos víctimas/co-responsables de los mandatos institucionales y que nuestra intervención tiene que dirigirse a dos niveles: usuarios y a la propia organización.
- Que el grupo de profesionales se perciban como oportunidad de intercambio de visiones en posición de complementariedad alternante, y por tanto se produzca un reconocimiento y una legitimación del otro.

A modo de conclusión, la organización del Servicio debe:

- 1) Favorecer un clima de trabajo comprensivo entre los diferentes agentes intervinientes.
- 2) Buscar consensos entre los agentes intervinientes en torno a una demanda conjunta y el establecimiento de objetivos y de líneas de intervención.
- 3) Procurar disminuir el número de profesionales intervinientes, si es posible, asumiendo un mismo profesional varias funciones, siempre en coordinación con los profesionales de otros Servicios.
- 4) Propiciar una disminución de los conflictos del adolescente y su familia con los agentes externos intervinientes.
- 5) Favorecer la responsabilización del adolescente y de su familia en su proceso, pero cada vez de manera más autónoma.
- 6) Favorecer la creación y la participación de la familia en redes informales que le ayuden a la solución de sus problemas sin la necesidad de la red institucional.

Por último, destacar que la coordinación y el trabajo en red es necesaria para diseñar un trabajo conjunto de calidad que permita al adolescente y su familia escuchar el mismo mensaje desde distintos ámbitos y profesionales, al margen de la especificidad del recurso externo activo, lo que va a permitirles que lo introyecten como un mensaje con valor.

11. AREA 10. LA DISPONIBILIDAD EN EL SERVICIO DE UN MODELO DE INTERVENCIÓN Y UNA PROPUESTA DE ITINERARIO EDUCATIVO-TERAPÉUTICO

Todo Servicio debe contar con un modelo de intervención sustentado en un bagaje teórico suficiente que establezca coherencia y dirección a las intervenciones que se lleven a cabo en el mismo. Para que algo resulte profesional, educativo, terapéutico, debe ser coherente, que lo que hoy hagamos vaya a ser similar a lo que hagamos mañana, que nuestra práctica se sustente en una teoría sólida y articulada, y eso sólo lo da un modelo propio de intervención (Estalayo et al., 2014). En este sentido, Galán (2014) recalca este aspecto, señalando que:

Al enfrentarse a las dificultades psicológicas de estos menores, el profesional necesita un marco conceptual que sustente su trabajo, y resulta recomendable una reflexión crítica sobre el ajuste y suficiencia del modelo teórico que cada uno utiliza al trabajar con una población tan específica. (p.203)

O en palabras de Cahill (2016), “todo tratamiento necesita un marco teórico profundo que sustente las intervenciones” (p.534).

Así mismo, en aras de esa coherencia y marco necesarios, el trabajo tiene que estar establecido con una propuesta de itinerario educativo-terapéutico que dirija la labor, la forma de entender de todos los profesionales que conforman un equipo. Debe ser

compartido por todo el equipo desde el plano de la comprensión de las causas del sufrimiento de los adolescentes y sus familias, de las técnicas a implementar, de la necesidad de comprender un proceso madurativo. Uno de los problemas más frecuentes en Servicios de estas características son las diferencias de criterio entre los profesionales que expresan opiniones sobre sus propias concepciones teóricas, lo que puede llevar a simultanear intervenciones desde visiones sobre un mismo caso, luchas de “poder” técnico y confusiones y desacuerdos acerca de las intervenciones sobre los casos. Disponer de una visión consensuada es muy necesario.

En todo caso, ese modelo de intervención no debe depender de la entidad gestora que dirija el Servicio, sino debe basarse en modelos interdisciplinarios basados en la evidencia, en los factores comunes y estar abierto a periódicas revisiones. Debe adaptarse a las características de la población, pero también a los límites, posibilidades y demanda de la Administración. También es positivo que incorpore la visión de un tiempo limitado para la intervención.

En ese sentido, es no sólo recomendable sino necesaria la existencia de un Proyecto de Centro “real”, que recoja esta perspectiva y que esté a disposición y en conocimiento de todos los profesionales, así como formación continua y disposición de material de intervención ajustado a dicha propuesta, evitando decir y creer una cosa pero en realidad estar haciendo otra muy distinta.

CAPÍTULO 11.
CONCLUSIONES Y LÍNEAS DE DESARROLLO

La articulación y desarrollo del modelo de Vinculación Emocional Validante (VEV) responde a la necesidad de disponer de una comprensión y metodología aplicable a contextos de Justicia Juvenil y de Acogimiento Residencial Específico, de cara a hacer frente al crecimiento de problemas de Salud Mental de origen exógeno entre los adolescentes atendidos, teniendo en cuenta a su vez, la involuntariedad que suelen presentar.

De este modo, este modelo pasa por definir un espacio que permita simultanear concepciones y herramientas educativas, psicoterapéuticas y sociales en el mismo dispositivo de intervención, llevado a cabo por un conjunto de profesionales que intervienen de forma simultánea con el adolescente. Ello requiere articular ese espacio teniendo en cuenta las demandas institucionales de contextos que tienen como característica la obligatoriedad a la vez que postulan el interés superior del adolescente y su bienestar. Para ello, el modelo recoge aportaciones de disciplinas educativas, psicoterapéuticas y sociales para responder a dichas demandas, lo que constituye una de sus aportaciones: la especialización de la intervención a partir de los contextos, las características de los adolescentes atendidos y la técnica relacional para acometerlo.

Así, el modelo propone una visión circular de la relación, entendiendo la misma como el foco principal en el que intervenir y desde el que promover cambios. Esta propuesta se articula a partir de aportaciones ya existentes, partiendo de una modalidad psicoterapéutica de apoyo, basada en el paradigma de los factores comunes, que requiere atender a los contenidos carenciales, conflictivos y los recursos personales, combinando la perspectiva del déficit con la del conflicto y que considere el vínculo como un elemento indispensable de buen pronóstico pero no como un fin en sí mismo.

De esta forma, ese vínculo propicia una sintonía o alianza que tiene como pilar central las características personales del profesional y que está destinada a alcanzar objetivos como limitar las conductas externalizantes, generar un espacio interpersonal contenedor y validante, construir una adherencia al tratamiento, construir confianza, así como posibilitar toma de conciencia de problema y egodistonía pero también conciencia de recursos, para mantenerlos y generalizarlos, permitiendo integrarse en recursos externos normalizados. Así, el modelo aporta también una concepción teórica de carácter educativo-psicoterapéutico-social, desde la que se interviene sobre las conductas externalizantes y su impacto en los adolescentes y su entorno, en y desde la relación entre el profesional o equipo en su conjunto y el adolescente o su entorno. Esta perspectiva está centrada en el proceso y no en el contenido, partiendo de una visión circular de las relaciones, de una mutua influencia o intersubjetividad de gran complejidad y riqueza.

Ante ello, el modelo VEV propone orientarse en dichas dinámicas de cara a posibilitar un vínculo sano y con características educativo-terapéuticas. Esta definición del vínculo y la descripción de cómo crearse para tener componentes que movilicen el cambio es otro factor que defiende el modelo y que tiene aplicaciones prácticas concretas. Para ello, se construye una propuesta desde 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. Ello supone una apuesta por abordar la relación desde una perspectiva evolutiva que mantiene el foco en la adquisición de habilidades que promuevan la regulación emocional y conductual. En esa línea se parte de una circularidad interna de factores como el estilo relacional, el estilo y conductas de apego, los contenidos emocionales básicos y los procedimientos relacionales o roles recíprocos,

así como de una circularidad bidireccional a través de las dinámicas que surgen de relacionar estos componentes desde la figura del profesional con estos mismos factores desde la persona del adolescente. A continuación se adopta una circularidad sistémica que permita visualizar e intervenir sobre esas dinámicas, resaltando su utilidad práctica en la relación del profesional con el adolescente, contribuyendo a la posibilidad de situarse en la relación y ser consciente de los factores que se mueven en el mismo, distinguiendo aquellos que lo bloquean de los que lo facilitan. Ello busca convertir posibles círculos relacionales problemáticos o viciosos en otros virtuosos desde los que poder abordar la intervención y la creación de nuevas formas de relación más adaptativas en el adolescente, así como proponer formas concretas de abordaje de la involuntariedad o falta de colaboración. Todo ello, es de especial consideración al comprender la alianza o sintonía como un factor de buen pronóstico, por lo que el modelo propone también técnicas concretas que pueden utilizarse desde estilos personales distintos.

Así las cosas, este proceso de configuración del vínculo supone una serie de pasos o momentos que, junto a otros, se concreta en la propuesta del modelo VEV de un itinerario educativo-terapéutico de intervención que describe un proceso acumulativo y articulado a través de una serie de etapas y fases (primera desvinculación, encuadre-disciplina, contención, validación, confianza básica, responsabilización, amenaza a la identidad, desistencia, desvinculación y revinculación). Esta visión de proceso 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. Es por ello que cada una de las etapas y fases, conlleva objetivos específicos, criterios de éxito y

técnicas de intervención. Este proceso se basa en otras propuestas anteriores de contenido teórico distinto entre sí pero con componentes coincidentes y circunscritos en el paradigma de los factores comunes y que disponen de suficiente evidencia empírica. Esta aportación es central desde el modelo porque dirige 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 también permite a los profesionales acometer tareas consensuadas desde estilos personales diferentes, generando la vivencia de una tarea común, lo que en contextos donde los profesionales que intervienen son varios, ayuda a evitar dinámicas que reproduzcan aquellas que el adolescente ya ha vivido.

Por otra parte, esta propuesta de itinerario tiene una aplicación individual pero también familiar y grupal. Ello parte de la consideración del ambiente como espacio de intervención y como matriz de simultánea acción de tres planos que se condicionan entre sí: el individual, el familiar y el grupal. Además, conlleva el criterio de que sigan un desarrollo compensado y equilibrado, de forma que su consideración permita ajustar objetivos y límites en la intervención dentro del Servicio de Justicia Juvenil y de Protección para favorecer el posterior ajuste en el exterior.

Por otra parte, también posibilita disponer de una visión más completa de la evolución de cada caso que optimice la toma de decisiones de los equipos desde una comprensión de cada circunstancia o conducta dentro de unas condiciones de progreso o retroceso, así como de descripción de las características del momento en el que se encuentra.

A continuación, el modelo VEV propone el abordaje de las conductas externalizantes tipo: violencia, consumo de tóxicos e interrupciones de la relación de ayuda (fugas...).

Para ello, diferencia tipos de violencia y distingue formas de intervención según la predominancia de cada una de ellas en una vertiente más general y objetivable y aporta un diferencial que concreta tales formas de intervención hacia una propuesta que introduce los componentes del vínculo y de carácter subjetivo. Este aspecto contribuye a superar una visión de la conducta como foco de intervención, a la vez que posibilita intervenir sobre la misma. También aporta el criterio de abordar especializadamente cada tipo de violencia, disminuyendo las consecuencias negativas de tratar todos los supuestos de la misma forma. En este sentido, también propone estrategias para cada uno de esos supuestos y las circunscribe en el itinerario ya descrito, lo que hace posible cruzar varios criterios de diagnóstico educativo-psicoterapéutico-social y ajustar las intervenciones al respecto.

En cuanto a los consumos, se sigue una propuesta desde los mismos criterios, distinguiendo tipos de consumo e intervención subsiguiente a través del itinerario descrito.

También se atienden las interrupciones y la posible concomitancia de estas tres conductas, proponiendo criterios de priorización de la atención de unas antes que otras, de cara a atender los casos de mayor dificultad con una propuesta de niveles de gravedad.

Por último, se exponen unos criterios de organización de un Servicio de cara a poder implementar una propuesta de las características del modelo VEV. Estos aspectos organizativos serían la evaluación de la situación personal del adolescente y de su familia, el análisis de la demanda, el vínculo, el ambiente y la vida cotidiana, las conductas externalizantes y su atención, la intervención individual en entrevistas, la grupal en actividades y la familiar, así como la coordinación y el trabajo en red, junto a

la disponibilidad en el Servicio de un modelo de intervención y una propuesta de itinerario educativo-terapéutico.

1. LÍNEAS DE DESARROLLO

No obstante, existen aspectos a mejorar, adaptar o desarrollar. El modelo está evolucionando, y en este sentido, en cuanto a las posibles líneas de desarrollo, se pueden señalar tres ámbitos: teórico, modalidad de intervención y metodológico.

A nivel teórico, todo ello pasa por recoger la propuesta de Beitman y Yue (2004) respecto a la articulación y fundamentación del itinerario de intervención y a la preparación de profesionales de intervención directa con adolescentes. Implementar con adaptaciones la aportación de Bateman y Fonagy (2016) acerca del uso de la mentalización con adolescentes con Trastorno Antisocial de la Personalidad, en el que el déficit de mentalización puede explicar el funcionamiento violento (no el trasgresor). Pero también una mayor capacidad de mentalización puede correlacionar con violencia, y este supuesto, en conforme al modelo, con tipos más instrumentales; y, por último, desarrollar la función social del modelo en su vertiente comunitaria de cara a incorporar herramientas destinadas a la integración social y mantenimiento del adolescente, pero también a la intervención con entornos de cara a sensibilizarles y colaborar en el abordaje de este tipo de sufrimiento y conductas externalizantes.

A nivel de modalidad de intervención, queda abordar una psicoterapia de apoyo de índole familiar y contenidos sistémicos que ponga el foco en la involuntariedad del sistema, el impacto de las conductas externalizantes y el andamiaje hacia soluciones distintas según los supuestos, mediante formatos en los que los miembros del equipo de

intervención puedan ayudar a transitar a todos los miembros hacia espacios externos normalizados de ayuda. Este aspecto es muy relevante, dado que es el factor que puede permitir la generalización de los cambios o avances que el adolescente haya podido conseguir durante su estancia en los centros residenciales; además de desarrollar la vertiente comunitaria como escenario real de crecimiento y asentamiento de los cambios del adolescente. Ello pasa por acometer la tarea de la coordinación con recursos externos, como ya recogeremos en el apartado metodológico.

En el nivel metodológico, se plantea realizar estudios empíricos de cara a evaluar la implementación del modelo en dispositivos de intervención. Dichos estudios, centrados en valorar su evidencia, podrían articularse alrededor de valorar el impacto de la intervención sobre variables individuales de los adolescentes que influyen en su funcionamiento (pre y postest), sobre el cumplimiento de los planes de trabajo con carácter institucional y sobre su grado de integración en los entornos sociales de procedencia. Otro aspecto a evaluar, dada su importancia para el modelo, sería el conjunto de características personales y competencias que mejoran el vínculo con adolescentes con este tipo de conductas externalizantes y en este tipo de contextos, cruzando información procedentes de estudios ya existentes en esta línea, con la procedente de profesionales que intervienen en estos contextos y también de los adolescentes atendidos en estos centros.

También es imprescindible revisar el itinerario de aplicación individual respecto a tres fases concretas. En primer lugar, revisar la primera desvinculación, de cara a limitar los contenidos de duelo que se dan en su seno a la identificación y la validación de la experiencia, posponiendo aspectos más internalizantes a la etapa de vinculación emocional validante, donde se puedan abordar desde su expresión y relación con conductas problemáticas.

En segundo lugar, la fase de la amenaza a la identidad, respecto al desarrollo de formas concretas para abordar las recaídas de forma que su atención individual no repercuta en la dinámica grupal, o que las diferencias individuales en la forma de abordar estos momentos no se conviertan en un elemento comparativo entre adolescentes o confusional para los profesionales de intervención directa. Además, la colaboración con la familia y su entorno, es decir que la evolución del adolescente y su entorno sigan un proceso parejo o muy cercano, conlleva la necesidad de desarrollar herramientas para mantenerse en una zona de desarrollo parecido y de técnicas “hacia fuera” de los centros, lo que se traduce en una mayor importancia del entorno en la etapa de autonomía.

Y en tercer lugar, la fase de desvinculación, que debe diseñar estrategias desde fases anteriores que permitan que ese momento se visualice con anterioridad, dándole contenido en actividades grupales internas en los centros, en tipos de entrevista individual específicos para su abordaje y en el desarrollo de indicadores desde fases anteriores que dejen ver las posibles dificultades que puedan darse en este sentido.

De esta forma, esta revisión en la desvinculación puede ser paralela a la de la amenaza de la identidad, en la hipótesis de que los casos que presentan recaídas de difícil resolución en el momento de la amenaza, también lo hacen en el de desvinculación. Y también puede estar relacionada con la revisión de la primera desvinculación, en el sentido de observar si las dificultades de desvinculación del dispositivo coinciden o no, con las formas expresadas en la primera desvinculación de su entorno, a través de analizar los contenidos emocionales y los patrones relacionales implicados.

Hay otros aspectos que también exigen atención como:

- Aplicar el modelo en otros contextos no residenciales y menos caracterizados por la necesidad de control o con aspectos distintos en el mismo. Ello puede pasar por adaptar el itinerario a esos espacios desde la etapa de autonomía, generando otras nuevas, y en modificar las técnicas en las etapas anteriores en aspectos como las formas de la primera desvinculación, las características del encuadre externo y las formas de trabajo conjunto con el entorno desde el primer contacto.
- Desarrollar las formas de evaluación y detección de perfiles de adolescentes con presencia de violencia instrumental con y sin insensibilidad emocional. Ello para especializar la intervención con adolescentes con predominio instrumental no insensible en los que las conductas externalizantes no se deban a carencias personales o ambientales. También para atender específicamente a aquellos con presencia de insensibilidad, adaptando para estos últimos, tanto el itinerario como las técnicas.
- Adaptar el modelo para nuevas formas emergentes en la población atendida en estos centros, tales como abusadores sexuales, miembros de bandas juveniles... Cada uno de estos tipos, requiere un acercamiento específico y basado en la especial incidencia en aspectos intrapsíquicos como los primeros, o la búsqueda de identidad o entornos de pertenencia como los segundos, pero con un uso predominante de la violencia instrumental. Todo ello, de cara a especializar la intervención como forma alternativa al uso exclusivo del endurecimiento de las medidas punitivas y de control.
- Adaptar conceptos del modelo como la circularidad a los equipos de intervención directa de los centros. Ello pasaría por tratar de adaptarlo a las reuniones de equipo en el ámbito de los posibles conflictos en los procesos de

toma de decisiones, en las posturas de distintos miembros sobre el abordaje de casos, niveles de implicación de cada uno de ellos o en la defensa de modalidades técnicas contrapuestas. Ello pasaría por construir un espacio seguro de intercambio, más allá de las funciones que cada profesional tenga asignadas.

- Adaptar esos mismos conceptos a la figura del profesional en el espacio de desarrollo personal a través de la formación continua y de supervisión interna.
- Desarrollar formatos aplicados de supervisión externa a profesionales de otros centros. En la actualidad se dispone de uno centrado en el abordaje de casos pero falta el dirigido a dinámicas de equipo y a desarrollo metodológico. Además, cabe perfeccionar y adaptar el ya existente y que se desarrolla en tres planos: a) formulación de demanda de supervisión en el apartado de previos, b) datos a preparar antes del momento de encuentro y forma de desarrollo del mismo, y c) de otros sucesivos, que el modelo denomina “pensando juntos”.
- Desarrollar metodológicamente factores de éxito en la intervención, tales como la intervención con las familias, las formas de coordinación con otros agentes externos y el abordaje comunitario. Con las familias ello pasaría por añadir a la actual aplicación del modelo, el desarrollo de un diferencial de intervención articulado en base a variables como: a) resiliencia/desistencia, valorando diferentes intervenciones según se pueda restablecer la convivencia o no; b) instrumental/reactiva, estableciendo según el predominio de un tipo u otro de conducta externalizante en el síntoma del adolescente como paciente designado, c) entorno continente-incontinente/adolescente vulnerable-no vulnerable, que abren cuatro formatos distintos de dinámicas familiares y de subsistemas implicados y, por tanto, intervenciones y técnicas diferentes, y d) la combinación de los factores de los tres parámetros anteriores.

Otro elemento clave en el modelo es la coordinación, el desarrollo de una buena coordinación desde el modelo pasaría por implementar el modelo AMBIT que se basa en la idea de que un solo profesional centralice la intervención y el resto de agentes intervinientes apoyen emocionalmente o con información a dicho profesional. Esta aplicación, tendría un carácter interno y la figura sería el profesional encargado de la tutoría y también un carácter externo, en el que el modelo apuesta porque el profesional sea miembro del equipo que en cada momento se hace cargo de la intervención más intensa o, en su defecto, con el profesional del equipo que se sostenga más tiempo con el adolescente en su entorno habitual.

Esta postura respecto a la coordinación encaja con la necesidad de abordar la intervención en su dimensión comunitaria, resaltando la función de andamiaje al adolescente, fundamentalmente en las etapas de autonomía y despedida y cierre.

Del modelo se deriva también la necesidad de profundizar y organizar las propuestas existentes respecto a dos focos de intervención: la demanda y la involuntariedad. En cuanto a la demanda, actualmente tratada desde el modelo con el adolescente, es necesario añadir la existencia de otras provenientes de la familia, de la Institución en la que se enmarca el centro de intervención y la de los equipos de intervención. Si la demanda del adolescente coincide con las otras, la intervención discurre en su consecución. Pero este supuesto no tiene por qué ser así: en este supuesto, la intervención no puede avanzar sin conjugarlas por lo que las estrategias deben centrarse en ello, aunque sea para conseguirlo en planos concretos. La articulación de un espacio y de las técnicas para ello, están pendientes de desarrollo. De hecho, ello puede estar en la base de cuestiones pendientes anteriores como las referidas en el apartado del itinerario y la familia.

Este aspecto está unido con el de la involuntariedad, que puede expresarse precisamente en no colaborar por no coincidir con la formulación del problema, es decir, el adolescente no coincide en este sentido con la familia, la Institución y el equipo. Ello requiere incorporar este aspecto al actual abordaje de la involuntariedad del modelo.

También, es necesario resaltar, que la falta de coincidencia puede darse entre la familia y la Institución o el equipo, o incluso entre la Institución y el equipo. Todo ello, puede generar dinámicas de desencuentro múltiple que necesitan ser atendidas en las primeras etapas de la intervención, con nuevas técnicas y manejo de los tiempos, quizá, incluso, modificando objetivos y criterios de éxito de las mismas.

De ahí insistir en:

- Desarrollar herramientas de soporte documental y que apoyen la objetivación y coordinación en los equipos de intervención: fichas, hojas de evaluación, registros acumulativos...
- Crear y desarrollar indicadores objetivables de calidad sobre los procesos de intervención a través de aspectos evaluables en la organización de los Servicios. Podría implementarse con un listado de aspectos, en cada uno de los apartados que el modelo postula para organizarse, cuya presencia en distinta intensidad evidenciase su implementación con un nivel suficiente de éxito.

REFERENCIAS

- Abeijón, J.A. (2011). La violencia en su contexto. En R. Pereira (Eds.), *Psicoterapia de la violencia filio-parental. Entre el secreto y la vergüenza* (pp. 24-44). Madrid: Morata.
- Abeijon, J. A. (2013). Patología de la demanda. Mosaico. *Revista de la Federación Española de Asociaciones de Terapia Familiar*, 5(4), 62-75.
- Abeijón, J.A. e Irastorza, M.J. (2007). Adolescencia tardía y consumo de drogas. *Revista Norte de Salud Mental*, 7(27), 31-35.
- Achenbach, T.M. (1978). The child behavior profile: I boys aged 6-11. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(3), 478-488.
- Achenbach, T.M. y Edelbrock, C. (1983). *Manual for the Child Behavior Checklist and revised child behavior profile*. Burlington, VT: Thomas.
- Ainsworth, M.D.S. (1979). Infant-mother attachment. *American Psychologist*, 34, 932-937.
- Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A psychological study of the Strange Situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Aláez, M., Martínez, R. y Rodríguez, C. (2000). Prevalencia de trastornos psicológicos en niños y adolescentes, su relación con la edad y el género. *Psicothema*, 12(4), 525-532.
- Alarcón, A. (2008). Fundamentos técnicos de la psicoterapia de apoyo. *Revista Colombiana de Psiquiatria*, 37(1), 113-126.
- Alba, J.L., Aroca, C. y López-Latorre, M.J. (2016). El modelo criminológico de evaluación e intervención para menores en conflicto con la ley. *Archivos de Criminología, Seguridad Privada y Criminalística*, 3(6), 26-55.

- Alexander, F. y French, T.M. (1946). *Psychoanalytic Therapy: Principles and Application*. New York: Ronald.
- Alicante, F.J. (2013). El símbolo: una herramienta educativa en la Comunidad Educativa Manuene. *Consejo General de Colegios de Educadoras y Educadores Sociales*. Recuperado en: www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/251.pdf.
- Allaire, B. y McNeill, R. (1983). *Teaching Patient Relations in Hospitals: The Hows and Whys*. Health Forum.
- Alves, C., Vilariño, M. y Arce, R. (2013). Salud mental de menores infractores. *Revista Investigación Criminal*, 6, 34-48.
- Anderson, C.A. y Bushman, B. (2002). Human Aggression. *Annual Review of Psychology*, 53, 27-51.
- Andolfi, M. (2003). *El coloquio relacional*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Anna Freud National Centre for Children and Families. (2010). *Mentalizations based Treatment Manual (MTB)*. Recuperado en: mbt-f.tiddlyspace.com
- Armsden, G., Pecora, P., Payne, V. y Szatkiewicz, J. (2000). Children placed in long-term foster care: An intake profile using the Child Behavior Checklist/4-18. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 8(1), 49-64.
- Arnett, J.J. (2000). Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469-480. doi: 10.1037//0003-066X.55.5.469
- Asen, E. y Fonagy, P. (2011). Mentalization-based Therapeutic Interventions for families. *Journal of Family Therapy*, 34(4), 347-370. doi:10.1111/j.1467-6427.2011.00552.x
- Ausloos, G. (1999). *Las capacidades de la familia. Tiempo, caos y proceso*. Barcelona: Herder.

- Ávila, A. (2001). Reglas, funciones y vectores del encuadre: su papel generador del proceso analítico. *Intersubjetivo: Revista de Psicoterapia*, 3(1), 29-42.
- Ávila, A. (2013). La relación, contexto determinante de la transformación. Reflexiones en torno al papel de la interpretación, el insight y la experiencia emocional en el cambio psíquico. *Temas de Psicoanálisis*, 6, 1-16.
- Ávila, A. (2015). Del encuadre como factor técnico a la intersubjetividad del vínculo terapéutico. *Clínica e Investigación Relacional*, 9(2), 394-397.
- Bailey, S. y Tarbuck, P. (2006). Recent advances in the development of screening tools for mental health in young offenders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, 373-377.
- Bandura, A. (1972). *Aggression: a social learning analysis*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. New York: Prentice Hall.
- Barkley, R.A., Edwards, G.H. y Robin, A.L. (1999). *Defiant Teens: A Clinician's Manual for Assessment and Family Intervention*. New York: The Guildford Press.
- Barry, C.T., Golmaryami, F.N., Rivera-Hudson, N. y Frick, P.J. (2013). Evidence-based assessment of conduct disorder: Current considerations and preparation for DSM-5. *Professional Psychology: Research and Practice*, 44(1), 56-63. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0029202>
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 147-178.
- Bartholomew, K. y Horowitz, L.M. (1991). Attachment styles among Young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244.

- Barudy, J. y Dantagnan, M. (2005). *Los Buenos tratos a la infancia. Parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Gedisa.
- Bateman, A.W. y Fonagy, P. (2003). The development of an attachment-based treatment program for borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3), 187-211.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based Treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Baum, L.J., Archer, R.P., Forbey, J.D. y Handel, R.W. (2009). A review of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-Adolescent (MMPI-A) and the Millon Adolescent Clinical Inventory (MACI) with an emphasis on juvenile justice samples. *Assessment*, 16, 384-400.
- Baumrind, D. (1966). Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*, 37(4), 887-907.
- Becedoniz, C. y Rodríguez, F.J. (2005). Factores primarios de éxito en programas de intervención con delincuentes juveniles: Análisis desde el pasado para la realidad del siglo XXI. En F. Fariña, R. Arce y M. Novo (Eds.), *Psicología Jurídica del Menor y la Familia. Colección Psicología y Ley 2* (pp. 79-91). Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- Beitman, B.D. y Yue, D. (2004). *Psicoterapia. Programa de formación*. Barcelona: Masson.

- Bejar, A. y Pimienta, A. (2015). Un grupo terapéutico con adolescentes en instituciones de reforma. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 60, 33-38
- Berger, M. (1999). *L'enfant instable. Approche clinique et thérapeutique*. Paris: Dunod.
- Bergeret, J. (1974). *Manual de Psicología Patológica (Pathological Psychology)*. Barcelona: Toray Mason.
- Bertolino, B. (2006). *Terapia orientada al cambio con adolescentes y jóvenes. Una nueva generación de procedimientos y prácticas respetuosos y eficaces*. Barcelona: Paidós.
- Biagini, M., Torres, J., Torruco-Salcedo, M. y Carrasco, B. (2009). Estudio comparativo de psicoterapia de grupo para el tratamiento de pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Salud Mental*, 32(3), 241-249.
- Bilbao-Bilbao, I., Lanza-Castelli, G., Redondo, I., Torres-Gómez, B., y Calvete, E. (2014). Método para la evaluación de la mentalización en el contexto interpersonal (MEMCI) aplicado a la relación parento-filial. (method for the assessment of the mentalization in the interpersonal). *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 57, 69-77.
- Bion, W. (1962). *Learning from Experience*. London: Heinemann.
- Blasco, C., Fuentes-Peláez, N. y Pastor, C. (2014). Aproximación a los factores explicativos del desistimiento en jóvenes infractores. *Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa*, 58, 186-203.
- Bleger, J. (1971). Le groupe comme institution et le groupe dans les instituons. Traducción francesa en R. Kaes (Eds.), *L'Institution et les Institutions* (pp. 47-61). París: Dunod.

- Bloch, S. y Crouch, E. (1985). *Therapeutic factors in group Psychotherapy*. Oxford, Inglaterra: Oxford University Press.
- Born, M. y Boët, S. (2003). Delincuencia, desistencia y resiliencia en la adolescencia. En M. Manciaux (Eds.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp. 143-144). Barcelona: Gedisa.
- Botbol, M. (2016). États limites et délinquance juvénile: Évolution des réponses judiciaires. *L'information psychiatrique*, 92, 49-53.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment (Vol. 1)*. New York: Basis Books.
- Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety & Anger. Attachment and Loss*. Londres: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1980). *Loss: Sadness & Depression. Attachment and Loss*. Londres: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1985). The role of childhood experience in cognitive disturbance. En M.J. Mahoney y A. Freeman (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp.181-200). Nueva York: Plenum Press.
- Bravo, A. y Fernández del Valle, J. (2003). Las redes de apoyo social de los adolescentes acogidos en residencias de protección. Un análisis comparativo con población normativa. *Psicothema*, 15(1), 136-142.
- Bravo, A. y Fernández del Valle, J. (2009a). Crisis y revisión del acogimiento residencial. Su papel en la protección infantil. *Papeles del Psicólogo*, 30(1), 42-52
- Bravo, A. y Del Valle, J. (2009b). *Intervención socioeducativa en acogimiento residencial*. Gobierno de Cantabria. Consejería de empleo y bienestar social. Dirección general de políticas sociales. Recuperado de: [http://www. Servicios](http://www.Servicios)

sociales cantabria. org/uploads/documentos e
informes/IntervSocioeducativa_Acogimiento Residencial. pdf.

- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Bronsard, G., Lancon, C, Loundou, A., Auquier, P., Rufo, M., y Siméoni, M. (2011). Prevalence rate of DSM mental disorders among adolescents living in residential group homes of the French Child Welfare System. *Children and Youth Services Review, 33*(10), 1886-1890.
- Burke, D., Loeber, R. y Lahey, B.B. (2007). Adolescent conduct disorder and interpersonal callousness as predictors of psychopathy in young adults. *Journal of Clinical Child & Adolescence Psychology, 36*, 334-346.
- Burns, B.J., Phillips, S.D., Wagner, H.R., Barth, R.P., Kolko, D.J., Campbell, Y. y Landsverk, J. (2004). Mental health need and access to mental health services by youths involved with child welfare: A national survey. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 45*(8), 960-970.
- Bushman, B.J. y Anderson, C.A. (2001). Is it Time to pull the plug on the hostile versus instrumental aggression dichotomy? *Psychology Review, 108*, 273–279. Doi: 10.1037/1076-8971.13.2.143
- Buss, A.H (1961). *The psychology of aggression*. Oxford, England: Wiley.
- Cabré, V. y Castillo, J.A. (2003). Las tensiones inherentes al ejercicio profesional. Educación Social. *Revista de Intervención Socioeducativa, 23*, 48-59.
- Cahill, C. (2016). *Los desafíos de los trastornos de la personalidad*. Madrid: Grupo 5.
- Campagne, D.M. (2014). El terapeuta no nace, se hace. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 34* (121), 75-95. doi: 10.4321/S0211-5735201400010000

- Campo, G. y Villegas, J. (2011). Grupos de apoyo comunitarios. *Revista Mosaico*, 50, 19-33.
- Cancrini, L. (1996). *La caja de Pandora*. Barcelona: Paidós
- Cantó, J. (2008). Trastorno de conducta en niños bajo la mirada cognitivo-conductual [recurso de internet]. Recuperado en: es.slideshare.net.
- Caprara, G. y Pastorelli, C. (1996). *Indicadores precoces de adaptación social. Psicopatología en niños y jóvenes. Desarrollos actuales*. Madrid: Pirámide
- Carrasco, M.A. y González, M.J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: Definición y modelos explicativos. *Acción psicológica*, 4(2), 7-38.
- Ceberio, M. (2004). *Cenicientas y patitos feos. De la desvalorización personal a la buena autoestima*. Barcelona: Herder
- Chimpén, C. (2016). Terapia narrativa y adolescentes obligados al tratamiento. *Revista Mosaico*, 63, 33-44
- Coderch, J. (2007). Conflicto, déficit y defecto. *Clínica e investigación relacional*, 1(2), 359-371.
- Coderch, J. y Codosero, A. (2015). Entre la razón y la pasión. Algunas reflexiones acerca del espíritu del encuadre en el psicoanálisis relacional. *Clínica e Investigación Relacional*, 9(2), 358-393.
- Cohn, D.A. (1990). Child mother attachment of six years old and social competence at school. *Child Development*, 61, 152-162
- Colapinto, J. (2014). ¿Puede mostrar cómo la mima? Cuatro enseñanzas de Salvador Minuchin condensadas en una pregunta. *Revista Redes*, 29, 29-36.
- Conner, K.R., Duberstein, P.R., Conwell, Y. y Caine, E.D. (2003). Reactive aggression and suicide: Theory and evidence. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 413-432. doi: 10.1016/s1359-1789(02)00067-8.

- Connor, D.F., Ford, J.D., Albert, D.B. y Doerfler, L.A. (2007). Conduct Disorder Subtype and Comorbidity. *Annals of Clinical Psychiatry*, 19(3), 161-168.
- Contreras, L. y Cano, M.C. (2012). El menor infractor en la sociedad actual: Una aproximación a los principales factores psicosociales vinculados a la conducta delictiva juvenil. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 1(1), 39-54.
- Corey, G. (1995). *Teoría y práctica de la terapia grupal*. Bilbao: Desclée De Brouwer
- Corsini, R. y Rosenberg, B. (1955). Mechanism of group psychotherapy: process and dynamics. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51, 406-411.
- Crespo, M.M. y Girón, S. (2010). Atención temprana a adolescentes en riesgo por consumo de drogas (I). Aspectos teóricos. *Revista Mosaico*, 45, 1-12.
- Crick, N.R. y Dodge, K.A. (1996). Social information – processing mechanism in reactive and proactive aggression. *Child Development*, 67, 993–1002.
doi:10.1111/j.1467-8624.1996.tb01778.x
- Csibra, G. y Gergely, G. (2011). Natural Pedagogy as Evolutionary Adaptation. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 364(1567), 2359-2367.
- Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas*. Barcelona: Gedisa.
- Damasio, A. (1995). *El error de Descartes. La razón, la emoción y el cerebro humano*. Barcelona: Destino.
- Damasio, A. (2005). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la emoción y de los sentimientos*. Barcelona: Crítica.
- De la Peña, F. y Palacios, L. (2011). Trastornos de la conducta disruptiva en la infancia y la adolescencia: Diagnóstico y tratamiento. *Salud Mental*, 34(5), 421-427.
- De Tychey, C. (2003). La resiliencia vista por el psicoanálisis. M. Manciaux (Eds.), *La resiliencia: resistir y rehacerse* (pp.185-201). Barcelona: Gedisa

Decreto 131/2008 de 8 de julio. *Regulador de los recursos de acogimiento familiar para la infancia y la adolescencia en situación de desprotección social.*

Recuperado de: <https://www.euskadi.eus/bopv2/datos/2008/08/0804678a.pdf>.

Decreto 80/2009 de 21 de abril. *Sobre centros educativos de cumplimiento de medidas privativas de libertad en la CAPV.* Recuperado de: www.euskadi.net/r48-bopv2/es/bopv2/datos/2009/09/0905094a.pdf.

Delgado, L., Fornieles, A., Costas, C. y Brun-Gasca, C. (2012). Acogimiento residencial: problemas emocionales y conductuales. *Revista de Investigación en Educación, 10*(1), 158-171.

Di Clemente, C.C. y Prochaska, J.O. (1982). Self -change and therapy change of smoking behavior: a comparison of process of change of cessation and maintenance. *Addictive Behaviours, 7*, 133-142.

Dio Bleichmar, E. (2004). *Trastornos del comportamiento en niños y adolescentes.* Madrid: Fundación MAPFRE y Fundación O'Belén.

Dionne, J. y Altamirano, C. (2012). Los desafíos de un verdadero sistema de justicia juvenil: una visión psicoeducativa. *Universidad Psychologica, 11*(4), 1055-1064.

Diputación de Gipuzkoa. (2012). Programa Marco de Acogimiento Residencial de la Diputación de Gipuzkoa. Recuperado de: www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/16082.pdf.

Dodge, K.A. (1991). The structure and function of reactive and proactive aggression. En D.J. Pepler y K.H. Rubien (Eds.), *The development and treatment of childhood aggression* (pp. 201-218). New York: Erlbaum.

Dodge, K.A. y Coie, J.D. (1987). Social information processing factors in reactive and proactive aggression in children's peer groups. *Journal of Personality and Social Psychology, 53*, 1146-1158. doi: 10.1037//0022-3514.53.6.1146

- Dodge, K.A., Lochman, J.E., Harnish, J.D., Bates, J.E. y Petit, G.S. (1997). Reactive and proactive aggression in school children and psychiatrically impaired chronically assaultive youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 37 – 51. doi: 10.1037/0021-843X.106.1.37
- Doise, W. (1978). *Psicología Social y relaciones entre grupos*. Barcelona: Rol.
- Dollard, J., Doob, L.W., Miller, N.E., Mowrer, O.H. y Sears, R.R. (1939). *Frustration and aggression*. New Haven: Yale University Press.
- Entrena, M.S. y Díaz, F.A. (1998). *Psicopedagogía de la Educación Social*. Madrid: CCS.
- Eron, L. D. y Huesmann, L.R. (1984). The control of aggressive behavior by changes in attitudes, values, and the conditions of learning. En R.J. Blanchard (Eds.), *Advances in the study of aggression, vol.1* (pp. 139-173). Orlando, FL: Academic Press.
- Escudero, V. (2009). La creación de la alianza terapéutica en la Terapia Familiar. *Apuntes de Psicología*, 27(2-3), 247-259.
- Escudero, V. (2013). *Guía práctica para la intervención familiar II*. Contextos familiares cronificados o de especial dificultad. Junta de Castilla y León, Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, Gerencia de Servicios Sociales.
- Estalayo, A. (2011). Violencia adolescente y circularidad: De la teoría a la práctica. En R. Pereira (Eds.), *Adolescentes en el siglo XXI: Entre impotencia, resiliencia y poder* (pp. 385-402). Madrid: Morata.
- Estalayo, A., Rodríguez, O. y García, J. (2014). Reflexiones en torno a los internamientos terapéuticos y su especificidad. *Revista sobre la infancia y la adolescencia*, (7), 11-24. doi: <http://dx.doi.org/10.4995/reinad.2014.3333>

- Estalayo, A., Rodríguez, O. y Gutiérrez, R. (2016). El encuadre en contextos de intervención convivencial de protección de menores y justicia juvenil: Intervención psicoterapéutica en instituciones. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 62(2), 33-42.
- Estalayo, A., Rodríguez, O. y Gutiérrez, R. (2017). Aplicaciones de la mentalización con familias en contextos de Protección y Justicia Juvenil. *CEIR. Clínica e investigación relacional. Revista electrónica de Psicoterapia*, 11(1). doi: <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2017.110107>
- Estalayo, A., Rodríguez, O. y Romero, J.C. (2009). Estilos de crianza y ambientes familiares en adolescentes y adolescentes violentos. Un modelo psicoterapéutico de apoyo para la intervención. *Cuadernos de Psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 48, 113-129.
- Estalayo, A. y Romero, J.C. (2003). Evolución de la tipología de menores internados en Centros de Reforma de la Comunidad Autónoma Vasca. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 35/36, 193-204.
- Estalayo, A. y Romero, J.C. (2004). El profesional en contexto de control, Trastornos del comportamiento en niños y adolescentes. *Fundación Mapfre Medicina*, 355-368.
- Estalayo, A. y Romero, J.C. (2005). Intervención en problemas de conducta: desarrollo y contención validante. *Redes. Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 15, 99-113.
- Fazel, S., Doll, H. y Langström, N. (2008). Mental disorders among adolescents in juvenile detention and correctional facilities: A systematic review and

metaregression analysis of 25 surveys. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 47(9), 1010-1019.

Fearon, P., Target, M., Sargent, J., Williams, L., McGregor, J., Bleiberg, E., Fonagy, P. (2006). Short-term mentalization and relational therapy (SMART): an integrative family therapy for children and adolescents. CAP 10. (pp. 202-222).

Tomado de Allen, J.G y Fonagy, P. (2006) *Handbook of mentalization-based treatment* (Coord). John Wiley and Sons, Ltd . West Sussex: England

Feduchi, L. (2011). El adolescente ante su futuro. *Temas de psicoanálisis. Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis*, 1.

Feil, N. y De Klerk-Rubin, V. (2002). *Validación: Un método para ayudar a las personas mayores desorientadas (Albor)*. Barcelona: Herder.

Fernández, M.J. (2007). *Trastorno límite de la personalidad. Estudio de un concepto controvertido*. Salamanca: Amarú.

Fernández, A., González, M.A., Abeijón, J.A., Bravo, B., Fernández de Legaria, J.A., Guadilla, M.L..., Rey, F. (2010). *Abordaje integrado intra y extrahospitalario de los trastornos de conducta en la adolescencia*. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. Informe nº: Osteba D-10-01.

Fernández-Molina, M., Fernández Del Valle, J., Fuentes, M.J., Bernedo, I.M. y Bravo, A. (2011). Problemas de conducta de los adolescentes en acogimiento preadoptivo, residencial y con familia extensa. *Psicothema*, 23(1), 1-6.

- Figley, C.E. y Nelson, T.S. (1989). Basic family therapy skill: Conceptualization and initial findings. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15(4), 349-366. doi: 10.1111/j.1752-0606.1989.tb00820.x
- Folino, J.O. y Mayer, E. (2011). Juvenile offenders' assessment. *Current Opinion in Psychiatry*, 24, 436-441.
- Fonagy, P. (1999). Persistencias transgeneracionales del apego: Una nueva teoría. *Aperturas psicoanalíticas: Revista Internacional de Psicoanálisis*, 3, 1-17.
- Frank, J.D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Frankl, V.E. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frick, P.J. (2001). Effective Interventions for Children and Adolescents with Conduct Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 46(7): 597-608
- Frick, P.J., Cornell, A., Bodin, S., Dane, H., Barry, C. y Lonely, B. (2003). Callous-unemotional traits and developmental pathways to severe conduct problems. *Developmental Psychology*, 39, 24-260. doi: 10.1037/0012-1649.39.2.246
- Frick, P.J. y Ellis, M. (1999). Callous-unemotional traits and subtypes of conduct disorder. *Clinical Child Family Psychology Review*, 2(3), 149-168.
- Frick, P.J., y White, S.F. (2008). Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 359-375.
- Froufe, M. (1997). *El inconsciente cognitivo. La cara oculta de la mente*. Madrid: Biblioteca Nueva. Colección Psicología Universidad.

- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping*. London: Routledge
- Galán, A. (2013). Recursos residenciales para menores seriamente disruptivos: Aportaciones técnicas a un debate social e institucional. *Papeles Del Psicólogo*, 34(1), 23-41.
- Galán, A. (2014). Tratamiento psicológico de niños y adolescentes en acogimiento residencial. Aportaciones a un campo específico de intervención. *Papeles Del Psicólogo*, 35(3), 201-209.
- Galán, A., Bermúdez, M., Gutiérrez, G., Ojea, J.P. y Marabel, F. (2007). Los trastornos del comportamiento en el sistema de protección a la infancia y adolescencia: La conducta de los menores y el papel de los profesionales. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 43, 89-116
- García, R. (2015). La educación no formal en el ámbito residencial de prevención de salud mental de menores con trastornos del comportamiento. *Revista de Educación Social*, 20, 1-18.
- Garrido, V., López, M^a.J. y Alba, J.L. (2005). *Manual de intervención educativa en readaptación social. Programa del pensamiento prosocial*. España: Tirant Lo Blanch
- Gilbert, P. (2015). *Terapia centrada en la compasión. Características distintivas*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Gilbert, P. (2015). *Mindfulcompassion*. London: Robinson

- Gobierno Vasco. (2014-2018). IV Plan de Justicia Juvenil del Gobierno Vasco. Tomo I. Recuperado de: https://www.irekia.euskadi.eus/.../PLAN_JUSTICIA_JUVENIL_2014-2018.
- Gómez del Toro, R. (2006). La terapia/intervención en red en el tratamiento de adolescentes en riesgo de exclusión. *Acciones e investigaciones sociales, 1*, 447-459.
- González-Alonso, J.M. (2016). Familias y menores obligados al tratamiento. Procedimientos que facilitan la iniciación de una terapia. *Revista Mosaico, 64*, 84-92.
- González-García, C., Bravo, A., Arruabarrena, I., Martín, E., Santos, I. y Fernández del Valle, J. (2017). Emotional and behavioral problems of children in residential care: Screening detection and referrals to mental health services. *Children and Youth Services Review 73*, 100-106.
- Gradillas, V. (2002). *Trastornos de la personalidad en la práctica médica*. Barcelona: Masson.
- Greenberg, J. (1995). Psychoanalytic technique and the interactive matrix. *Psychoanalytic Quarterly, 63*, 1-22.
- Greenberg, L. S. (2000). *Emociones: una guía interna*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Greenberg, M.T., Speltz, M.L. y DeKlyen, M. (1993). The role of attachment in the early development of disruptive behaviour problems. *Development and Psychopathology, 5*, 191-213.

- Gude, R. y Fandiño, R. (2006). Psicopatología infanto-juvenil en un centro terapéutico de menores. *Cuadernos De Psiquiatría y Psicoterapia Del Niño y Del Adolescente*, 41/42, 35-46.
- Guiot, J.M. (1994). *Organizaciones sociales y comportamientos*. Barcelona: Herder.
- Gunderson, J.G. y Gabbard, G.O. (2002). *Psicoterapia en los trastornos de personalidad*. Barcelona: Ars Médica
- Gurbindo, M.Á. (2015). Ajuste psicológico emocional en la población infanto-juvenil en situación de conflicto social: Una aproximación a los estilos de afrontamiento personal. El caso de Navarra. *Pensamiento Americano*, 9(16), 58-77.
- Haigh, R., Bateman, A., Fonagy, P., Pearce, S., Dare, C., Parry, G. y Kisely, S. (1999). Psychotherapy for severe personality disorder. *British Medical Journal*, 319(7211), 709-719. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.319.7211.709a>
- Hanson, C.L., Henggeler, S.W., Haefele, W.F. y Rodick, J.D. (1984). Demographic, individual, and family relationship correlates of serious and repeated crime among adolescents and their siblings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 528-538.
- Hayez, J.Y. (2004). *La destructividad en el niño y el adolescente. Clínica y seguimiento*. Barcelona: Herder.
- Herfritz-Sinville, L. y Stanford, M.S. (2014). Hostile attribution bias in impulsive and premeditated aggression. *Personality and individual differences*, 56, 45-50. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2013.08.017>

Herrero, P. (2008). La red inteligente. *Zerbitzuan: Gizarte Zerbitzuetako Aldizcarria [Revista de Servicios Sociales]*, 43, 65-72.

Hubbard, J.A., McAuliffe, M.D., Morrow, M.T. y Romano, L.J. (2010). Reactive and proactive aggression in childhood and adolescence: Precursors, outcomes, processes, experiences and measurement. *Journal of Personality*, 78, 95-118.
Doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00610.x

Ibabe, I., Jauregizar, J. y Díaz, O. (2007). *Violencia filio-parental. Conductas violentas de jóvenes hacia sus padres*. Vitoria-Gasteiz. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

Informe Mundial sobre la violencia y la salud: resumen (2002). Publicado en español por la *Organización Panamericana de la Salud para la Organización Mundial de la Salud*. Washington, D.C.

Jackson, S., Cicognani, E. y Charman, L. (1996). The measurement of conflict in parent-adolescent relationships. En L. Verhofstadt-Denève, I. Kienhorst, y C. Braet (Eds.), *Conflict and development in adolescence* (pp.75-91). The Netherlands: DSWO Press, Leiden University.

Jeammet, P. (2002). La violencia en la adolescencia: Una respuesta ante la amenaza de la identidad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 33-34, 59-91.

Jeammet, P. (2011). Síntomas y alteraciones del comportamiento en la adolescencia: ¿son una respuesta adaptativa, aunque destructiva, a una amenaza? Consecuencias para las respuestas educativas y terapéuticas. En R. Pereira

(Eds.), *Adolescentes en el siglo XXI. Entre impotencia, resiliencia y poder* (pp. 573-594). Madrid: Morata.

Johnson, R., Browne, K. y Hamilton-Giachritsis, C. (2006). Young children in institutional care at risk of harm. *Trauma, Violence & Abuse*, 7(1), 34-60.

Kaës, R., Correale, A., Diet, E., Duez, B., Kenberg, O. y Pierre Pinel, J.P. (1998). *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales. Elementos de la práctica psicoanalítica en institución*. Buenos Aires: Paidós.

Karasu, T. (1986). The specificity versus non specificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.

Kenberg, O. (1987). *Trastornos graves de la personalidad. Estrategias psicoterapéuticas*. México, D.F.: Manual Moderno.

Kenberg, O. (2005). *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación psicoterapéutica*. México: Manual moderno.

Kiligmo, B. (1989). Conflicto y déficit. Implicaciones para la técnica. *International Journal of Psychoanalysis*, 70, 111-126.

King, N.S., Crawford, S., Wenden, F.J., Moss, N.E.G. y Wade, D.T. (1995). The Rivermead Post Concussion Symptoms Questionnaire: a measure of symptoms commonly experienced after head injury and its reliability. *Journal of neurology*, 242(9), 587-592.

Kochanska, G. (2006). Toward a synthesis of parental socialization and child temperament in early development of conscience. *Child development*, 64(2), 325-347

- Kohut, H. (1971). *El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Kohut, H. (2002). *Los dos análisis del señor Z*. Barcelona: Herder.
- Koldobsky, N. M. (2005). *Trastorno borderline de la personalidad: Un desafío clínico*. Argentina: Polemos.
- Lacan, J. (2005). *De los nombres del padre*. Barcelona: Paidós.
- Lagerspetz, K.M.J, y Westman, M. (1980). Moral approval of aggressive acts: a preliminary investigation. *Aggressive Behaviour*, 6, 119-30.
- Lamas, C. (1997). Los primeros contactos. En Coletti, M. y Linares, J.L. (Eds.), *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática. La experiencia de Ciutat Vella* (pp. 83-123). Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Lambert, M.J. (1992). Implications of outcome research for psychotherapy integration. En J.C. Norcross y M.C. Goldfried (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration* (pp.94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M.J. (2013). Outcome in psychotherapy: The past and important advances. *Psychotherapy*, 50(1), 42-51. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/a0030682>
- Landry, M., Smith, D.E. y Steinberg, J.R. (1999). Anxiety, depression and substance use disorders diagnosis, treatment and presenting practices. *Journal of psychoactive drugs*, 23, 572-581

- Lanza, G. (2013). La mentalización de la afectividad: Sus perturbaciones y su abordaje clínico. *Temas de Psicoanálisis, Revista de la Sociedad Española del Psicoanálisis*, 5.
- Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (1996). *Diccionario de Psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Larizgoitia-Jauregi, A. (2013). Continuidad de cuidados en el sistema de atención a personas con trastorno mental grave: Experiencia de la residencia Zurimendi. *Rehabilitación Psicosocial*, 10(2), 32-38.
- Lasa, A. (2015). Los adolescentes y los límites: Contención y trasgresión. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 60, 127-140.
- Lasa, A. (2016). *Adolescencia y salud mental. Una aproximación desde la relación clínica*. Madrid: Grupo 5.
- Lehman, A.F., Myers, C.P. y Corty, E. (1989). Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Hospital and community Psychiatry*, 40, 1019-1025.
- Lerner, R.M. (2002). *Concepts and theories of human development*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lerner, R.M. (2007). *The Good Teen: Rescuing adolescents from their myths of the storm and stress years*. New York: The Crown Publishing Group.
- Leveton, E. (1987). *El adolescente en crisis. Su apoyo en terapia familiar*. México DF: Pax México.

- Ley Orgánica 5/2000 de 12 de enero. *Reguladora de la responsabilidad penal de menores*. Recuperado de: noticias.juridicas.com/base_datos/Penal/lo5-2000.html.
- Linares, J.L. (1996). *Identidad y narrative. La terapia familiar en la práctica clínica*. Barcelona: Paidós Terapia Familiar.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de la personalidad límite*. Barcelona. Paidós.
- Lipsey, M.W. (1995). What do we learn from 400 research studies on the effectiveness of treatment with juvenile delinquents? In J. McGuire (Eds.), *What works? Reducing reoffending* (pp. 63-78). New York: John Wiley & Sons.
- Lipsey, M.W. (2009). The primary factors that characterize effective interventions with juvenile offenders: A meta-analytic overview. *Victims and Offenders*, 4(2), 124-147.
- Livia-Segovia, J. y Ortíz-Morán, M. (2008). Análisis psicométrico de la lista de chequeo de problemas de conducta para niños de 6 a 11 años. *Revista Avances en Medición*, 6(1), 59-70.
- López, P. (2002). *Sistemas de Responsabilidad Penal para Adolescentes* (seminario Internacional). United Nations International Children's Emergency Found.
- López, M. J., Alba, J.L. y Garrido, V. (2005). Tendencias psicológicas en la educación de los delincuentes juveniles. En F. Fariña, R. Arce y M. Novo (Eds.), *Psicología Jurídica del Menor y la Familia. Colección Psicología y Ley*, 2(pp.101-115).Santiago de Compostela: Xunta De Galicia.

- López-Ibor, J., Pérez-Urdániz, A. y Rubio, V. (1996). *Examen internacional de los trastornos de la personalidad: Módulo DSM-IV. Versión española*. World Health Organization: Madrid.
- López, L., Romero, E. y Luengo, M.A. (2011). La personalidad psicopática como indicador distintivo de severidad y persistencia en los problemas de conducta infanto-juveniles. *Psicothema*, 23(4), 660-665.
- López, L., Romero, E. y González, B. (2011). Delimitando la agresión adolescente: Estudio diferencial de los patrones de agresión reactiva y proactiva. *Revista Española de Investigación Criminológica*, 9, 1-29.
- Lynam, D.R., Caspi, A., Moffitt, T.E., Loeber, R. y Stouthamer-Loeber, M. (2007). Longitudinal evidence that psychopathy scores in early adolescence predict adult psychopathy. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 155-165.
- Lyons-Ruth, K. (1999). The two-person unconscious: Intersubjective dialogue, enactive relational representation, and the emergence of new forms of relational organization. *Psychoanalytic Inquiry*, 19(4), 576-617.
- Main, M. y Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In M. Yogman y T.B. Brazelton (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Norwood, NJ: Ablex.
- Manciaux, M. (2003). *La Resiliencia: Resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Marsee, M.A. y Frick, P.J. (2007). Exploring the cognitive and emotional correlates to proactive and reactive aggression in a sample of detained girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 35, 969 – 981. doi: 10.1007/s10802-007-9147-y

- Marsee, M.A. y Frick, P.J. (2010). Callousun emotional traits and aggression in youth. En A. William y L. Elizabeth (Eds.), *Emotions, aggression and morality in children: Bridging development and psychopathology* (pp.137-156). Washington: American Psychological Association.
- Marina, J.A. (2004). *Aprender a vivir*. Barcelona: Ariel.
- Martín, E., Rodríguez, T. y Torbay, Á. (2007). Evaluación diferencial de los programas de acogimiento residencial para menores. *Psicothema*, 19(3), 406-412.
- Martínez B., Moreno, D., Musitu, G., Villarreal-González, M. y Sánchez-Sosa, J.C. (2012). *El tránsito del adolescente. Retos y oportunidades*. Valencia: Palmero Ediciones.
- Maruottolo, C. (2011). Los trastornos de personalidad y los cambios propuestos en la reconceptualización para el DSM-5: Controversias y coincidencias. *Avances En Salud Mental Relacional / Advances in Relational Mental Health*, 10(1), 1-15.
- Mash, E.J. y Graham, S.A. (2001). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. En V. Caballo y M.A. Simón (Eds.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Trastornos generales* (pp.29-56). Madrid: Pirámide.
- McConaughy, E., DiClemente, C., Prochaska, J., Velicer, W. y Freedheim, D.K. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 26(4), 494-503. doi:10.1037/h0085468.
- Megargee, E.I. (1966). Undercontrolled and overcontrolled personality types in extreme antisocial aggression. *Psychological Monographs: General and applied*, 80(3), 1-15.

- Mestre, J.M. y Guil, R. (2012). *La regulación de las emociones. Una vía a la adaptación personal y social*. Madrid: Psicología Pirámide.
- Méndez, P. y Barra, E. (2008). Apoyo Social Percibido en Adolescentes Infractores de Ley y no Infractores. *PSYKHE*, 17(1), 59-64.
- Mendivil-Eguiluz, C., Auzmendi, Y., Urrita, M., Aparicio-Telleria, D., Bravo-Albizu, M. y Iruin-Sanz, A. (1999). Experiencia en colaboración socio-sanitaria en Psiquiatría infanto-juvenil. *Psiquiatría pública*, 11(5-6), 176-184.
- Micucci, J.A. (2005). *El adolescente en la terapia familiar. Cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Millon, T. (1993). *Manual of Millon Adolescent Clinical Inventory*. Minneapolis: NCS
- Micucci, J.A. (2005). *El adolescente en la terapia familiar. Cómo romper el ciclo del conflicto y el control*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Minuchin, S. (1982). *Familias y terapia familiar*. Buenos Aires: Gedisa.
- Minuchin, S. y Fishman, H.C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Buenos Aires: Paidós Terapia Familiar.
- Mirapeix, C. y De Rivera, L. (2010). *Revisión histórica de los modelos integradores en psicoterapia*. Presentado en XI Congreso Virtual de Psiquiatría. Recuperado en: www.interpsiquis.com.
- Moffit, T.E. (2006). Life-coursepersistent versus adolescence-limited antisocial behavior. En D. Cicchetti y D.J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (pp. 570-598). New York: Wiley.

- Molinuevo, B. (2014). Trastorno disocial y DSM-5: Cambios y nuevos retos. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría, Revista Iberoamericana de Psicosomática, 110*, 53-57.
- Moore, B.E. y Fine, B.D. (1997). *Términos y conceptos psicoanalíticos*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Moreno, J.L. (1966). *Psicoterapia de grupo y psicodrama*. México: Fondo de cultura económica.
- Musitu, G., Buelga, S., Lila M.S. y Cava, M.J. (2001). *Familia y adolescencia: Un modelo de análisis e intervención psicosocial*. Madrid: Síntesis.
- Muris, P. y Maas, A. (2004). Strengths and difficulties as correlates of attachment style in institutionalized and non-institutionalized children with below-average intellectual abilities. *Child Psychiatry and Human Development, 34*(4), 317-329.
- Navarro, E., Meléndez, J.C., Sales, A. y Sancerni, M.D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema, 24*(3), 377-383.
- Neuburger, R. (1984): *L'autre demande*. París: Payot.
- Noller, P. y Callan, V. (1991). *The adolescent in the family*. London: Routledge.
- Obradovic, J., Pardini, D.A., Long, J.D. y Loeber, R. (2007). Measuring interpersonal callousness in boys from childhood to adolescence: An examination of longitudinal invariante and temporal stability. *Journal of Clinical Child & Adolescence Psychology, 36*, 276-292.

- O'Connor, T. (2002). The effects of parenting reconsidered: findings, challenges and applications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 555-572.
- Odgers, C.L. y Russell, M.A. (2009). Can adolescent dating violence be prevented through school-based programs?. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 163, 767-768. doi: 10.1001/archpediatrics.2009.129
- Olweus, D. (1980). Familial and temperamental determinants of aggressive behaviour in adolescent boys: a causal analysis. *Developmental Psychology*, 16, 644-660.
- Orange, D.M., Atwood, G.E. y Stolorow, R.D. (2012). *Trabajando intersubjetivamente. Contextualismo en la práctica psicoanalítica*. Madrid: Agora relacional.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. y Parks, B.K. (1994). Process and Outcome in Psychotherapy. En A.E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*, (pp.270-376). Oxford: John Wiley and Sons Inc.
- Orobio de Castro, B., Merk, W., Koops, W., Veerman, J.W. y Bosch, J.D. (2005). Emotions in social information processing and their relations with reactive and proactive aggression referred aggressive boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34, 105-116. doi: 10.1207/s15374424jccp3401_10
- Ortega-Campos, E., García-García, J. y Frías-Armenta, M. (2014). Meta-análisis de la reincidencia criminal en menores: Estudio de la investigación española. *Revista Mexicana de Psicología*, 31(2), 111-123.
- Palmonari, A. (1993). *Psicología del l'adolescente*. Bolonia: IlMulino

- Pang, J.S., Ang, R.P., Kom, D.M.Y., Tan, S.H. y Chiang, A.Q.M. (2013). *Patterns of Development*, 22, 794-812. doi:10.1111/sode.12024
- Paschall, M.J., Ringwalt, C.L. y Flewelling, R. (2003). Effects of parenting, father absence and affiliation with delinquent peers on delinquent behavior among African American male adolescents. *Adolescence*, 38, 15-34.
- Patterson, G.R. (1973). *A social learning approach. III Coercive Family Process*. Eugene, OR: Castalia.
- Patterson, G.R. y Stouthamer-Loeber, M. (1984). The correlation of family management practices and delinquency. *Child Development*, 55, 1299-1307.
- Patton, J., Stanford, M. y Barrat E. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51, 768-74.
- Pécora, P. J., Jensen, P. S., Romanelli, L. H., Jackson, L., y Ortiz, A. (2009). Mental health services for children placed in foster care: An overview of current challenges. *Child Welfare*, 88(1), 1-25.
- Penado, M., Andreu, J. M. y Peña, E. (2014). Agresividad reactiva, proactiva y mixta: Análisis de los factores de riesgo individual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 24, 37-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2014.07.012>
- Pérez-Luco, R. y Alfaro, J. (2012). Psicología y justicia juvenil. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1053-1054.
- Pinsker, H. (2002). *Introducción a la psicoterapia de apoyo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Prato, J.A., Espejo, N., Valdivieso, M.J., Aguirre, C. y González, M. (2011). Salud mental en adolescentes privados de libertad: Una deuda pendiente. *Revista Médica De Chile*, 139(7), 959-960.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1983). Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-95
- Prochaska, J.O. y Di Clemente, C.C. (1985). Common process of self-change in smoking, weight control and psychological distress. En S. Shiffman y T.A. Wills (Eds.) *Coping and substance use* (pp. 345-363). Londres: Academia Press.
- Prochaska, J.O., Di Clemente, C.C. y Norcross, J.C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Privat, P. y Quélin-Souligoux, D. (2000). El niño en psicoterapia de grupo. Madrid: Síntesis. 7
- Recalcati, M. (2014). *El complejo de Telémaco. Padres e hijos tras el ocaso del progenitor*. Barcelona: Anagrama.
- Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, E., Stouthamer-Loeber, M. y Liu, J. (2006). The Reactive – Proactive Agresion Questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive Behavior*, 32, 159 – 171. doi: 10.1002/ab.20115.

- Rappaport, N. y Thomas, C. (2004). Recent Research Findings on Aggressive and Violent Behavior in Youth: Implications for Clinical Assessment and Intervention. *Journal of Adolescent Health, 35*, 260-277.
- Raven, J. C., Court, J. H. y Raven, J. (1993). *Test de Matrices Progresivas. Escalas Coloreada, General y Avanzada*. Manual. Buenos Aires: Paidós
- Redondo, S. y Andrés, A. (2007). La psicología de la delincuencia. *Papeles del Psicólogo, 28*, 147-156.
- Redondo, S., Martínez, A. y Andrés, A. (2012). Intervenciones con delincuentes juveniles en el marco de la justicia: Investigación y aplicaciones. *Edupsykhé, 11*(2), 143-169.
- Rioseco, P., Vicente, B., Saldivia, S., Cova, F., Melipillán, R. y Rubi, P. (2009). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en adolescentes infractores de ley. Estudio caso-control. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría, 47*(3), 190-200.
- Rodríguez-Sacristán, J. (1995). Los rasgos propios del enfermar en la infancia. En J. Rodríguez-Sacristán (Eds.), *Psicopatología del niño y del joven* (pp. 65-77). Sevilla: Universidad de Sevilla.
- Rodríguez, A. (2006). El proceso de integración de la teoría y la práctica en la docencia de trabajo social con familias. *Acciones e Investigaciones Sociales, 1*, 324-352.
- Rodríguez, L. y Fernández, C. (2013). Psicoterapia cognitivo analítica y trastornos de la personalidad. *Acción Psicológica, 10*(1), 65-74.
doi:<http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7034>

- Romero, J.C. (2015). La intervención en violencia filio-parental en contextos residenciales: La creación del vínculo educativo-terapéutico. *Trabajo presentado en I Congreso Nacional de Violencia Filio-Parental, Madrid*. Libro de Actas (p.346). Ed.EOS.
- Romero, J., Bejarano, A. y Álvarez, N. (2000). *Alianza terapéutica en pacientes adictos: Una propuesta de instrumento*. Recuperado en: <http://www.erasdicciones.org/Revista/numero9/pdf/tesis.pdf>
- Romero, E., Luengo, M.A., Gómez, J.A., Sobral, J. y Villar, P. (2005). Evaluación de la psicopatía infanto-juvenil: estudio en una muestra de niños institucionalizados. *Anuario de Psicología Jurídica, 15*, 23-37.
- Rutter, M. (2000). Children in substitute care: Some conceptual considerations and research implications. *Children and Youth Services Review, 22*(9), 685-703.
- Ryle, A. (1982). *Psychotherapy: A Cognitive Integration of Theory and Practice*. Londres, UK: Academy Press.
- Ryle, A. y Kerr, I.B. (2006). *Psicoterapia cognitiva analítica. Teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Sainero, A., Fernández del Valle, J. y Bravo, A. (2015). Detección de problemas de salud mental en un grupo especialmente vulnerable: Niños y adolescentes en acogimiento residencial. *Anales de psicología, 31*(2), 472-480. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.182051>
- Saint-Exupéry, A. (1953). *El Principito*. Barcelona: Salamandra.

- Sameroff, A.J. y Chandler, M.J. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. En F.D. Horowitz (Eds.), *Review of Child Development Research* (pp. 187-244). University of Chicago Press. Chicago.
- San Juan, C. y Ocáriz, E. (2010). *Perfil psicosocial, Análisis del delito y Evaluación de la intervención educativa en menores con medidas judiciales en la CAPV*. Instituto Vasco de Criminología /Kriminologiaren Euskal Institutua. Vitoria-Gasteiz: U.P.V./E.H.U.
- Sanabria, A.M. y Uribe, A.F. (2009). Conductas antisociales y delictivas en adolescentes infractores y no infractores. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 203-218.
- Sánchez, J. (2015). *Trastornos antisociales en niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis.
- Schimd, M., Goldbeck, L., Nutzelt, J. y Fegert, J.M. (2008). Prevalence of mental disorders among adolescents in German youth welfare institutions. *Child and Adolescents Psychiatry and Mental Health*, 2(1), 1-8
- Selvini, M. (1990). *Crónica de una investigación. La evolución de la terapia familiar en la obra de Mara Selvini Palazzoli*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M. (1995). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Selvini, M., Cirillo, S., Selvini, M. y Sorrentino, A.M. (1990). *Los juegos psicóticos en la familia*. Barcelona: Paidós.
- Serebrisky, H. (2012). *Terapia de grupo. Un abordaje desde el enfoque sistémico*. Bolivia: Ajayu.

- Serrano, I. (1998). *Agresividad Infantil*. Madrid: Pirámide
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P. y Datta, A. (2008). The Child Attachment Interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental Psychology*, 44(4), 939-956. doi: 10.1037/0012-1649.44.4.939
- Simsek, Z., Erol, N., Öztop, D. y Münir, K. (2007). Prevalence and predictors of emotional and behavioral problems reported by teachers among institutionally reared children and adolescents in Turkish orphanages compared with community controls. *Children and Youth Services Review*, 29 (7), 883-899.
- Sirvent, M.T., Toubes, A., Santos, H., Llosa, S. y Lomagno, C. (2006). Revisión del concepto de educación no formal. *Cuadernos de cátedra de educación no formal*. OPFYL. Facultad de Filosofía y letras. UBA: Buenos Aires. Recuperado en: <http://www.unesco.org.uy/ci/fileadmin/educacion/Revisi%C3%B3n%20del%20Concepto%20de%20EduNoFormal%20-%20JFIT.pdf>
- Sluzki, C. (1994). *Violencia familiar y violencia política. Implicaciones terapéuticas*. Buenos Aires: Paídos.
- Sluzki, C. (2005). *Conflictos adolescentes: cómo pasar de la confrontación a la colaboración*. Llevado a cabo en el IV Congreso Mundial de Psicoterapia, Buenos Aires. Recuperado de: <http://www.lanacion.com.ar/733768-conflictos-adolescentes-como-pasar-de-la-confrontacion-a-la-colaboracion>.
- Sluzki, C.E. (2009). Bebés difíciles, progenitores difíciles. Hacia un modelo basado en la calibración recíproca. *Revista de psicoterapia relacional e intervenciones sociales*, 22, 11-28.
- Speck, R. y Attneave, C. (1974). *Redes familiares*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Spielberger, C.D., Jacobs, G., Russell, S. y Crane, R.S. (1983). Assessment of Anger: the State-Trait Anger Scale. En J.N. Butcher y C.D. Spielberger (Eds.), *Advances in Personality Assessment*, vol.2. Hillsdale: LEA.
- Spielberger, C.D., Johnson, E.H., Russell, S., Crane, R.S., Jacobs, G.A. y Worden, T.J. (1985). The Experience and Expression of Anger: Construction and Validation of an Anger Expression Scale. En M.A. Chesney y R.M. Rosenman (Eds), *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral Disorders*. New York: Hemisphere/Mc Graw-Hill.
- Sobremonte, E. y Leonardo, J.J. (2001). El espacio socio-sanitario en la Comunidad Autónoma de Euskadi: una propuesta funcional de análisis. *Revista de Servicios Sociales*, 39, 5-18.
- Sroufe, L.A. (1988). The role of infant-caregiver attachment in development. In J. Belsky y T. Nezworski (Eds.) *Clinical implications of attachment* (pp.18-38). Hillsdale, N.J: Lawrence Erlbaum.
- Sroufe, L.A. (2005). Attachment and development: a prospective and longitudinal study from birth to adulthood. *Attachment and human development*; 7, 349-367.
doi: <http://dx.doi.org/10.1080/14616730500365928>
- Stolorow, R. y Atwood, G. (2004). *Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica*. Barcelona: Herder.
- Swenson, C. (1989). Kernberg and Linehan: Two approaches to the borderline patient. *Journal of Personal Disorder*, 3(1), 26-35. doi: 10.1521/pedi.1989.3.1.26
- Tió, J., Mauri, L. y Raventós, P. (2014). *Adolescencia y trasgresión. La experiencia del Equipo de Atención Mental al Adolescente (EAM)*. Barcelona: Octaedro.

- Tizón, J.L., Artigue, J., Parra, B., Sorribes, M., Ferrando, J., Pérez, C, Pareja, F., Gomá, M. y Marzari, B. (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? *Clínica y Salud*, 19, 27-58.
- Trevarthen, C. (1993). The self-born in intersubjectivity: The psychology of an infant communicating. En U. Nieser (Eds.), *The perceived self: Ecological and Interpersonal Sources of Self-Knowledge* (pp.121-173). New York: Cambridge University Press.
- Triandis, H. (1974). *Actitudes y cambio de actitudes*. Barcelona: Toray.
- Valdivia, C. (2003). *Los estilos educativos en la educación familiar*. Bilbao: Letras de Deusto.
- Vermeiren, R., Jaspers, I. y Moffitt, T. (2006). Mental health problems in juvenile justice populations. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 15, 333-351.
- Von Bertalanffy, L. (1968). *Teoría general de los sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Vitaro, F., Brendgen, M. y Tremblay, R.E. (2002). Reactively and proactively aggressive children: antecedent and subsequent characteristics. *Journal of Child and Psychology Psychiatry*, 43, 495–505. doi:10.1111/1469-7610.00040.
- Vygotski, L. S. (1978). *El desarrollo de los procesos mentales superiores*. Barcelona: Crítica.
- Wallin, D.J. (2012). *El apego en psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Watzlawick, P, Bavelas, J. y Jackson, D.D. (1995). *Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas*. Barcelona: Herder.

- Webster, C.D., Douglas, K.S., Eaves, D. y Hart, S.D. (1997). *HCR-20: Assessing risk of violence*. Vancouver: Mental Health Law & Policy Institute, Simon Fraser University.
- Wechsler, D., Pando, A.C. y De la Cruz López, M.V. (1993). *WISC-R: escala de inteligencia de Wechsler para niños-revisada: manual*. TEA ediciones.
- Wechsler, D. (2008). *Wechsler Adult Intelligence Scale—Fourth Edition (WAIS—IV)*. Pearson.
- Weinert, A.B. (1988). *Manual de psicología de las organizaciones*. Barcelona: Herder.
- Winnicott, D.W (1960). *Teoría de la relación paterno-filial*. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D.W. (1965). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott, D.W. (1980). *La familia y el desarrollo del individuo*. Buenos Aires: Hormé.
- Yalom, I.D. (1970). *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, Nueva York: Basic Books.
- Yalom, I. y Vinogradov, S. (1996). *Guía breve de psicoterapia de grupo*. Barcelona: Paidós.
- Zanarini, M.C. y Frakenburg, F. (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of personality disorder*, 21(5), 518-535.
- Zermatten, J. (2009). Once expertos nos ofrecen su punto de vista sobre el desarrollo de la justicia juvenil durante los últimos 20 años. En campaña *Dos décadas de la justicia de adolescentes: avances desde la adopción de la Convención de los*

Derechos del Niño. Bruselas: International Juvenile Justice Observatory.

Recuperado en: <http://www.oijj.org/crc20/index.php>

Zizek, S. (2009). *Sobre la violencia. Seis reflexiones marginales*. Barcelona: Paidós.

Zuckerman, M., Eysenck, S.B.G. y Eysenck, H.J. (1978). Sensation seeking in England and America: Cross-cultural, age, and sex comparisons. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 139-149.